

УДК 159.9

Роман ПОПЕЛЮШКО

доктор психологічних наук, професор,
Український державний університет імені Михайла Драгоманова
<https://orcid.org/0000-0002-1227-1292>
e-mail: r.p.popeliushko@udu.edu.ua

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДОРΟΣЛІЇ ОСОБИСТОСТІ У СТАНІ ГОСТРОГО ГОРЯ

У статті досліджуються психологічні та нейрофізіологічні особливості гострого горя у дорослої особистості та визначаються ефективні методи психологічної реабілітації після втрати близької людини. Автор розглядає прояви горя, його вплив на психічне здоров'я, поведінку та соціальне функціонування, а також чинники ризику розвитку саморуївної поведінки. Висвітлюються нейрофізіологічні механізми, що супроводжують гостре горе. Розкрито, як індивідуальні фактори, соціальна підтримка та генетична схильність впливають на інтенсивність і тривалість трауру.

Особлива увага приділяється етапності психологічної підтримки. Обґрунтовано інтеграцію сучасних психотерапевтичних підходів. Показано, що комплексна робота з клієнтом сприяє відновленню емоційної рівноваги, внутрішніх ресурсів, адаптації до життєвих змін та запобігас розвитку патологічного горювання.

Ключові слова: гостре горе; психологічна реабілітація; втрата близьких; кризова інтервенція; саморуївна поведінка; адаптація до втрати.

Roman POPELIUSHKO

Mykhailo Drahomanov Ukrainian State University

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF AN ADULT PERSONALITY IN A STATE OF ACUTE GRIEF

The article examines the psychological and neurophysiological characteristics of acute grief in adulthood and identifies effective strategies for psychological rehabilitation following the loss of a significant other. The study analyzes the physiological, emotional, cognitive, and behavioral manifestations of grief, its impact on mental health and social functioning, and the risk factors associated with the development of self-destructive behavior, including suicidal ideation and maladaptive coping patterns. The neurophysiological mechanisms accompanying acute grief are examined. It is elucidated how individual factors, social support, and genetic predisposition influence the intensity and duration of the grieving process.

The paper further explores the influence of individual psychological traits, attachment patterns, previous traumatic experiences, the availability of social support, and genetic predispositions on the intensity, duration, and trajectory of the grieving process. Acute grief is conceptualized within a biopsychosocial framework, emphasizing the dynamic interaction between biological vulnerability, psychological resilience, and socio-environmental resources.

Special emphasis is placed on the staged structure of psychological support: initial crisis stabilization, the active therapeutic phase, and the final stage of rehabilitation with the possibility of follow-up care. The integration of contemporary psychotherapeutic approaches is substantiated, including cognitive-behavioral interventions, meaning-centered and existential

techniques, trauma-informed care, body-oriented methods, and psychoeducation. It is demonstrated that a comprehensive and individualized rehabilitation program promotes emotional stabilization, restoration of internal resources, reconstruction of personal meaning systems, and adaptive adjustment to life changes while preventing the development of prolonged or complicated grief.

Keywords: acute grief; psychological rehabilitation; bereavement; crisis intervention; self-destructive behavior; suicidal ideation; maladaptive coping; biopsychosocial model; adaptation to loss.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-7>

Стаття надійшла до редакції / Received 09.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 12.05.2026

Опубліковано / Published 28.05.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Роман ПОПЕЛЮШКО

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

У вкрай динамічних умовах сучасного суспільства, а особливо в контексті українських реалій, що характеризуються тривалими соціальними трансформаціями, військовими подіями, масовими втратами, вимушеною міграцією та порушенням звичних життєвих структур, проблема психологічної реабілітації дорослої особистості у стані гострого горя набуває особливої наукової та практичної значущості. Гостре горе є природною реакцією на втрату, проте інтенсивність афективних переживань, глибина екзистенційної дезорганізації та порушення звичних механізмів саморегуляції можуть істотно ускладнювати процес адаптації дорослої людини до нових життєвих умов. У низці випадків переживання втрати виходить за межі нормативного горювання, трансформуючись у затяжні, ускладнені або патологічні форми, що супроводжуються дезадаптацією, соматичними порушеннями та зниженням соціального функціонування [8]. За таких обставин особистість потребує не лише емоційної підтримки, а системної, науково обґрунтованої психологічної реабілітації, спрямованої на відновлення внутрішньої цілісності та ресурсності.

Особливої гостроти означена проблематика набуває в умовах повномасштабної війни в Україні, що триває вже понад три роки та спричинила значні людські втрати, руйнування соціальних зв'язків, втрату дому, відчуття безпеки й стабільності. Значна частина дорослого населення перебуває у стані гострого горя, яке нерідко поєднується з травматичним досвідом, хронічним стресом і невизначеністю майбутнього. У такій ситуації постає нагальна потреба у розробленні

чітких теоретико-методологічних засад психологічної реабілітації дорослої особистості, які враховують вікові особливості, соціальні ролі, відповідальність за родину та професійну діяльність, притаманні зрілому віку. Психологічна реабілітація в цьому контексті розглядається не лише як підтримка у кризовий період, а як цілісний процес відновлення емоційної рівноваги, когнітивної впорядкованості, смисложиттєвих орієнтирів та здатності до подальшого особистісного розвитку.

Таким чином, дослідження особливостей психологічної реабілітації дорослої особистості у стані гострого горя має не лише високу актуальність, а й виразну соціальну значущість. Воно спрямоване на поглиблення теоретичного розуміння механізмів горювання в дорослому віці, уточнення принципів і стратегій реабілітаційного втручання, а також на вдосконалення практик кризового консультування й психосоціальної підтримки. Результати такого дослідження можуть сприяти підвищенню якості, адресності та ефективності психологічної допомоги, що особливо важливо в умовах масштабних суспільних потрясінь та зростання потреби у професійній психореабілітації дорослого населення.

Формулювання цілей статті

Метою статті є аналіз психологічних та нейрофізіологічних особливостей гострого горя та визначення ефективних методів психологічної реабілітації клієнтів, що переживають втрату близької людини. Для досягнення цієї мети передбачається вирішення наступних завдань: 1) проаналізувати фізичні, емоційні та когнітивні прояви горя у дорослої особистості та їхній вплив на психічне здоров'я; 2) актуалізувати ефективні психотерапевтичні та кризові методи підтримки, що сприяють відновленню внутрішніх ресурсів та адаптації до втрати.

Виклад основного матеріалу

Життя сучасної людини часто супроводжується трагічними подіями: насильницькими діями, злочинами, катастрофами природного чи техногенного характеру, тяжкими хворобами та іншими обставинами, здатними спричинити раптові втрати близьких і переживання горя. Горювання є процесом адаптації після втрати, тоді як горе - це суб'єктивне, індивідуальне переживання втрати. Теоретики по-різному аналізували сумування, зокрема через виділення стадій та фаз цього процесу, а також через завдання, які людина вирішує під час переживання втрати [8].

Горе розглядається як емоційна відповідь на втрату значущого об'єкта, частки власної ідентичності або свого майбутнього. Воно включає душевний біль, сум, гнів, безпомічність, провину та розпач. Горе може бути реальним або уявним, тимчасовим (розлука тощо) чи постійним (смерть), а також проявлятися у фізичній чи психологічній площині [11].

Одним із піонерів у вивченні психології горя був Е. Ліндемман, який наголошував на таких симптомах горювання, як: фізичні прояви; зміни у мисленні; відчуття провини; ворожі реакції; втрата звичних моделей поведінки; прояви рис померлого [3].

Дослідження останніх років підкреслюють, що горювання не завжди лінійне і може супроводжуватися циклічними коливаннями емоційного стану. Крім того, на інтенсивність і тривалість горя значною мірою впливає соціальна підтримка, особистісні ресурси та психологічні стратегії адаптації. Новітні психотерапевтичні підходи акцентують увагу на комбінуванні когнітивно-поведінкових технік, емоційної регуляції та ресурсного підходу для підвищення здатності людини справлятися з гострим горем [8].

Більшість людей, які переживають горе, зазнають суттєвих змін у поведінці, що іноді проявляється як саморуйнівна діяльність. Вони можуть мати підвищену схильність до суїцидальних дій. Така поведінка розвивається через так званий суїцидальний процес, який проходить кілька етапів: виникнення суїцидальних намірів; розвиток психічних розладів та зміни поведінки; наявність моделей самогубства у сім'ї; прояв вербальних і невербальних сигналів, що вказують на наявність суїцидальних думок [5].

Саморуйнівна поведінка є специфічним клінічним феноменом і часто виникає як реакція на пережите горе. Вона може проявлятися в різних формах, включно з фізичними та психологічними проявами. Психологи виділяють кілька ключових факторів, що підвищують ризик розвитку такої поведінки:

- *демографічні фактори* – особливо уразливими є певні вікові групи, такі як підлітки та люди похилого віку, незалежно від статі, оскільки ці періоди життя характеризуються підвищеною емоційною нестабільністю;

- *психопатологічні фактори* – наявність психічних захворювань або новоутворень може прямо провокувати саморуйнівну поведінку, потребуючи пильної уваги та підтримки з боку фахівців;

- *психологічні фактори* – сюди входять емоційна лабільність, відчуття безнадійності, труднощі з адаптацією,

імпульсивність, підвищена збудливість та інші психоемоційні особливості, що сприяють виникненню шкідливих дій;

– *біологічні фактори* – генетичні зміни та біологічні порушення можуть впливати на психологічний стан особи. Генетична схильність може модулювати реакції на стресові події та підвищувати ймовірність проявів саморуйнівної поведінки [6].

Особи, що зазнали емоційно травматичних втрат, можуть стикатися з фізичними, психічними та поведінковими трансформаціями. Травматичний досвід також часто ускладнює соціальні контакти та міжособистісні стосунки, порушуючи здатність до довіри та ефективного спілкування. Важливо враховувати, що реакція на горе індивідуальна і залежить від особистісних характеристик, попереднього досвіду та рівня соціальної підтримки.

Сучасні дослідження підкреслюють, що раннє виявлення суїцидальних ризиків та своєчасна психологічна підтримка можуть значно знизити негативні наслідки горя та запобігти розвитку саморуйнівної поведінки [1].

Щодо нейро-фізіологічних наслідків гострого горя, то це складний комплекс змін у функціонуванні нервової, ендокринної та імунної систем, що виникає внаслідок переживання втрати важливої соціальної чи особистісної значущої підтримки. З позиції сучасної психонейроімунології, гостре горе активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (ГГНВ), що супроводжується підвищенням рівнів кортизолу та адреналіну в крові. Цей процес забезпечує мобілізацію енергетичних ресурсів організму, однак тривале або надмірне підвищення цих гормонів може призводити до дисрегуляції когнітивних функцій, порушення уваги та пам'яті. J. Panksepp та сучасні дослідження соціальної нейробіології підкреслюють, що емоційна біль при втраті активує нейронні мережі передньої поясної кори, що частково пояснює феномен «соціальної болі» [14]. Водночас відзначається підвищена активність симпатичної нервової системи, яка проявляється у прискореному серцебитті, підвищенні тиску та порушенні сну, що, у свою чергу, негативно впливає на регуляцію емоцій та стресостійкість. Важливо зазначити, що індивідуальні відмінності у нейро-фізіологічній реакції на втрату залежать від попереднього досвіду стресових подій, рівня соціальної підтримки та генетичних факторів, що регулюють чутливість до кортизолу. Сучасна психологічна практика підкреслює, що раннє виявлення таких реакцій та використання психопрофілактичних стратегій може значно знизити ризик хронізації стресових реакцій. Зокрема, G. Bonanno виділяє феномен стійкості до втрати, коли організм, незважаючи на нейро-

фізіологічне навантаження, відновлює гомеостаз у короткий термін завдяки адекватним психосоціальним ресурсам [12]. Психологу важливо розуміти, що гостре горе – це не лише психічна, а й біологічна реальність, і її наслідки потребують комплексного науково обґрунтованого підходу.

Вторинні наслідки гострого горя включають зміни у нейромедіаторних системах, зокрема зниження рівня серотоніну та дофаміну, що пояснює появу пригніченості, апатії та зниження мотивації до діяльності. M. Shear зазначає, що ці зміни пов'язані не тільки з емоційною реакцією, а й із адаптивною роботою мозку, який намагається регулювати стресовий вплив і мінімізувати психологічну травму [15]. Одним із характерних феноменів є «когнітивна туманність» – порушення концентрації, зниження здатності до планування та прийняття рішень, що нейрофізіологічно обумовлено дисбалансом між префронтальною корою та лімбічними структурами. Важливим є також ефект ноцебо – надмірне очікування негативних наслідків, яке підсилює фізіологічні симптоми та підвищує рівень кортизолу. Системна психотерапевтична робота при гострому горі передбачає інтеграцію знань про ці нейро-фізіологічні процеси, використання методів регуляції дихання, релаксації та психоосвіти для стабілізації психофізіологічного стану. На рівні практики психолог повинен оцінювати індивідуальні реакції пацієнта, визначати ступінь ризику розвитку депресивних або тривожних розладів та пропонувати інтервенції, що зменшують надмірну активацію ГГНВ. Крім того, акцент робиться на підтримку соціальної взаємодії, оскільки ізоляція значно погіршує нейрофізіологічну регуляцію емоцій і може призвести до тривалої дезадаптації. Таким чином, сучасні підходи поєднують біопсихосоціальні принципи, що забезпечують комплексну роботу з гострим горем на рівні нервової, ендокринної та психологічної систем.

Особливої уваги заслуговують епізодичні та хронічні прояви гострого горя, які можуть трансформуватися у психосоматичні стани або сприяти розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у контексті втрат, що супроводжуються шокним переживанням [8]. Нейровізуалізаційні дослідження показують, що у перші дні після втрати активуються зони мозку, відповідальні за обробку емоційного болю, а при хронічній активації ці ж структури демонструють надмірне споживання енергії та порушення синаптичної пластичності. Сучасні практики психореабілітації акцентують увагу на інтеграції когнітивних і соматичних методів, таких як терапія присутності у тілі, дихальні техніки та медитація усвідомленості, що сприяють зниженню активації симпатичної нервової системи. Важливим є усвідомлення принципу

поступовості: надмірне психоемоційне навантаження може посилити нейрофізіологічні симптоми, тоді як адаптивна стимуляція підтримує гомеостаз. Ряд авторів, зокрема Т. О'Connog, підкреслюють, що відновлення після гострого горя відбувається на рівні мозку паралельно з емоційною інтеграцією втрати, і психотерапевтичні інтервенції повинні враховувати ці нейро-психологічні закономірності [13]. Психологи повинні розуміти, що комплексна робота з клієнтом передбачає не тільки психотерапевтичну підтримку, а й навчання технікам саморегуляції, моніторинг соматичних симптомів і координацію з медичними спеціалістами.

Також слід зауважити, що коли людина надто занурюється у переживання втрати, її рівень енергії та фізичної витривалості може знижуватися. У протилежному випадку, коли індивід надто активно зосереджується на процесі відновлення, може виникнути ризик уникнення усвідомлення втрати. Таким чином, коливання між цими станами є природною складовою трауру, а застрягання на одному з полюсів може розглядатися як патологічний прояв процесу горювання. Більшість людей, які пережили втрату близьких, родичів чи друзів, часто не здатні повністю виразити свої почуття, що веде до глибокого емоційного переживання і схильності замикатися в собі. Для психологів і психотерапевтів важливо враховувати індивідуальні особливості таких осіб, аби точно визначити проблеми та надати адекватну підтримку. Проте кожна людина має знайти власний шлях подолання цих випробувань [2].

Сучасна діяльність у сфері психічного здоров'я охоплює численні напрямки: надання першої психологічної допомоги, кризове втручання, профілактику ПТСР, терапію втрати та горя, а також інші суміжні питання. Ця сфера є надзвичайно важливою та актуальною і вимагає від фахівців постійного підвищення кваліфікації, опанування новітніх методик, активної співпраці з колегами та роботи в команді [4].

Етапи психологічної підтримки можна структурувати відповідно до фаз переживання втрати та горя:

- *допомога на етапі шоку*: надати термінову психологічну підтримку відповідно до емоційної реакції на звістку (апатія, ступор, паніка, істерика тощо), бути поруч із людиною, яка пережила втрату, та дбати про її безпеку. Якщо індивід бажає побути наодинці, не слід нав'язувати присутність;
- *допомога на етапі гострого горя*: обговорювати емоції, що виникли внаслідок втрати (оплакування), працювати зі спогадами про життя «до», аналізувати, що залишилося у теперішньому та що змінилося у повсякденності;

– *допомога на етапі відновлення*: підтримувати відбудову побуту, планування найближчих життєвих стратегій і тактик, в яких людина бачить своє життя «після» інтеграції травмуючої події. Враховуючи, що людина може повторно переживати гострий період, їй слід надавати можливість знову обговорювати втрату [10].

Горювання є природною емоційною відповіддю на втрату, однак у окремих випадках воно може набувати ускладненого перебігу, трансформуючись у затяжну кризу або депресивний стан. Психологічна підтримка осіб, які переживають втрату, спрямована на сприяння їхній адаптації до життєвих змін, збереження психічного здоров'я та відновлення внутрішніх ресурсів.

Психологічна реабілітація в період переживання горя є тривалим, поетапним процесом, орієнтованим на відновлення внутрішньої рівноваги, стабілізацію психоемоційного стану та повернення відчуття цілісності після тяжкої втрати чи травматичної події. Вона передбачає комплексний підхід, що включає створення безпечного простору для відкритого проживання емоцій із забезпеченням підтримки та прийняття. Важливою складовою цього процесу є професійна допомога, спрямована на опрацювання страхів, тривожності та деструктивних змін у життєвій структурі, які супроводжують горе. Одночасно реабілітаційна робота сприяє поверненню людини до активної соціальної взаємодії, відновленню особистісної ресурсності, формуванню нових смислів та поступовому відновленню повноти життя, що була порушена внаслідок втрати.

Процес психологічної реабілітації після втрати традиційно поділяють на кілька етапів, однак він не має лінійного характеру. Людина може повертатися до попередніх стадій або одночасно переживати різноспрямовані, інколи суперечливі емоції. Реабілітація клієнтів у стані гострого горя охоплює послідовність етапів, кожен із яких має власні цілі, завдання та методичні підходи. Така структуризація дозволяє фахівцеві гнучко адаптувати інтервенції відповідно до актуального емоційного стану клієнта. Найбільш доцільним є виділення трьох ключових етапів: первинної підтримки, активної терапевтичної фази та завершального етапу з можливістю подальшого супроводу.

Етап первинної підтримки охоплює період безпосередньо після втрати, коли клієнт перебуває у стані шоку, дезорганізації або глибокого емоційного потрясіння. Основною метою цього етапу є стабілізація психоемоційного стану та формування безпечного простору для проживання почуттів. Ключовим завданням виступає створення атмосфери довіри й психологічної безпеки. Емпатійне

слухання, безумовне прийняття будь-яких емоційних реакцій та підтримувальна присутність спеціаліста сприяють відкритому вираженню переживань. Водночас важливо здійснювати нормалізацію емоційних проявів, пояснюючи, що інтенсивний сум, гнів, провина, шок чи апатія є типовими реакціями на втрату [8]. Таке роз'яснення допомагає зменшити рівень самозвинувачення, сорому та страху втрати контролю над собою.

Важливо також забезпечити можливість емоційного розвантаження через плач, ведення щоденника, творчі форми самовираження або вербалізацію переживань у бесіді. Навіть проста можливість висловитися часто приносить тимчасове полегшення. Обов'язковим компонентом є оцінка ризиків - зокрема виявлення суїцидальних намірів, схильності до зловживання психоактивними речовинами чи інших форм саморуйнівної поведінки. За необхідності до роботи можуть бути залучені психіатр або інші профільні спеціалісти.

На початковому етапі важливе місце займає *психоедукація* - надання інформації про закономірності переживання втрати, етапи горювання, типові психофізіологічні реакції та можливі труднощі адаптації. Усвідомлення природності власних реакцій знижує тривожність, почуття провини й стигматизацію власного стану. Психоедукаційна робота також може включати обговорення ресурсів, стратегій самопомогі, значення соціальної підтримки та можливостей кризового втручання [8].

Одним із провідних методів роботи в стані гострого горя є *кризова інтервенція* - короткотривале, інтенсивне психологічне втручання, спрямоване на швидку стабілізацію емоційного стану, зменшення гострих стресових реакцій та профілактику деструктивних наслідків. Особливої актуальності вона набуває у перші години чи дні після травмуючої події. У межах цього підходу психолог не нав'язує рішення, а забезпечує підтримувальну присутність, емпатію та прийняття.

Кризова інтервенція зазвичай не передбачає глибокого терапевтичного опрацювання втрати, проте створює необхідну основу для подальшої реабілітаційної роботи. Її головне завдання - допомогти людині пережити первинний удар, зберегти базову функціональність та запобігти трансформації кризового стану у клінічні розлади [7].

На цьому ж етапі здійснюється первинна психологічна діагностика, визначається рівень ризику саморуйнівної поведінки та вирішується питання щодо доцільності залучення інших фахівців.

На наступному етапі розгортається *активна терапевтична робота*: клієнт поступово усвідомлює факт втрати та починає цілеспрямовано проживати пов'язані з нею почуття. Основною метою цього періоду є сприяння відкритому вираженню переживань, інтеграції втрати у власний життєвий досвід і формуванню нових способів існування без померлої людини.

Цей етап зосереджений на прийнятті реальності втрати. У взаємодії з психологом клієнт крок за кроком визнає незворотність події - усвідомлює, що втрачена особа або важлива частина життя більше не повернеться. Робота може включати бесіди про померлого, актуалізацію спогадів, обговорення значущих моментів спільного життя. Іноді застосовується створення так званих «капсул пам'яті», до яких входять фотографії чи особисті речі, що дозволяє зберігати символічний зв'язок із минулим [9].

Важливою складовою є глибоке опрацювання емоційного спектра, який супроводжує горювання: смутку, гніву, відчаю, страху. Окрема увага приділяється осмисленню значення втрати – її впливу на ідентичність клієнта, його роль у родині та соціумі, а також трансформації уявлень про майбутнє.

Кризовий стан, що виникає після втрати, доцільно розглядати як закономірну реакцію на травматичну подію. У процесі подолання кризи людина може набути нового досвіду та розширити власні адаптаційні ресурси. Водночас за умови дезадаптивного реагування існує ризик поглиблення стану й формування психічних розладів, що потребують спеціалізованої допомоги психотерапевта, психіатра або суїцидолога [1].

У межах активної фази застосовуються різні психотерапевтичні підходи:

1. *Когнітивно-поведінкова терапія* доцільна у випадках, коли горювання супроводжується нав'язливими думками, почуттям провини, деструктивними переконаннями чи неадаптивними когнітивними схемами. Психолог допомагає клієнту ідентифікувати автоматичні негативні думки та поступово трансформувати їх у більш реалістичні й конструктивні. Також застосовуються техніки поведінкової активації для поступового повернення до звичного життя.

2. У ситуаціях появи глибоких *екзистенційних переживань* – роздумів про сенс життя, смерть, самотність чи справедливість - використовуються елементи екзистенційної терапії. Цей підхід спрямований на переосмислення життєвих цінностей і сприяє особистісному зростанню, не пропонуючи готових відповідей, а створюючи простір для внутрішнього пошуку [8].

3. Якщо клієнтову складно вербалізувати свої почуття, ефективною може бути *арт-терапія*. Використання малюнків, колажів, ліплення чи інших творчих засобів дозволяє символічно й безпечно виразити горе, страх, злість або провину, сприяючи емоційному розвантаженню та поступовому прийняттю втрати.

4. Оскільки горювання часто супроводжується соматичними проявами доцільним є застосування *тілесноорієнтованих методів*. Дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, техніки заземлення та фокусування на тілесних відчуттях допомагають знизити рівень стресу й відновити відчуття контролю над власним станом.

5. *Біосугестивну терапію* у роботі з клієнтом, який переживає горе втрати близької людини, доцільно застосовувати як метод м'якого психофізіологічного впливу, спрямованого на зниження емоційної напруги, тривожності та соматичних проявів стресу. Через вербальні формули навіювання у стані глибокої релаксації або легкого трансу психолог допомагає клієнту нормалізувати дихання, зменшити вегетативні реакції, стабілізувати афективний стан та поступово відновити внутрішні ресурси.

6. Переживання втрати передбачає не лише поступове «відпускання» померлого, а й трансформацію зв'язку з ним у нову, символічну форму. Тому важливою складовою психологічної підтримки є формування або збереження *індивідуальних ритуалів пам'яті*: написання прощального листа, створення пам'ятного предмета, перегляд фотографій, вшанування значущих дат. Такі дії виконують терапевтичну функцію - вони допомагають завершити незавершені емоційні процеси, виразити невисловлені почуття, інтегрувати спогади у життєвий наратив клієнта та надати втраті особистісного сенсу. Символічні практики сприяють збереженню внутрішнього зв'язку з померлим без руйнівної фіксації на минулому [9].

7. Для частини клієнтів результативною є участь у *групах підтримки* для осіб, які пережили втрату близької людини. Взаємодія з людьми, що мають подібний досвід, знижує відчуття ізольованості, нормалізує емоційні реакції та формує відчуття спільності. У груповому форматі створюється простір для обміну переживаннями, взаємного прийняття та підтримки. Такі групи можуть функціонувати у формі відкритих дискусій, тематичних зустрічей, арттерапевтичних занять або спільних ритуальних практик, що сприяють колективному проживанню втрати та відновленню соціальних зв'язків [7].

Тривалість цього етапу може варіюватися від кількох тижнів до кількох місяців і залежить від індивідуально-психологічних

особливостей клієнта, характеру втрати та рівня соціальної підтримки. Ефективність роботи значною мірою визначається професійною гнучкістю фахівця, його здатністю адаптувати методи до актуальних потреб клієнта та супроводжувати людину в її унікальному, нелінійному процесі переживання втрати.

Коли інтенсивність афективних реакцій поступово знижується, розпочинається *завершальний етап* психологічної роботи. Його ключова мета полягає у підтримці клієнта в процесі адаптації до нових життєвих обставин та консолідації позитивних змін, досягнутих у терапії. На цьому рівні акцент зміщується з гострого переживання втрати на інтеграцію досвіду та відновлення життєвої перспективи.

У межах завершального етапу: здійснюється узагальнення результатів терапевтичної взаємодії, аналіз досягнутих змін та ресурсів, які були мобілізовані; клієнт формулює особистісні висновки щодо пережитого досвіду, окреслює нові цінності, життєві орієнтири та смисли; визначаються індивідуальні стратегії самопідтримки, включно з навичками емоційної саморегуляції та способами реагування на можливі тригери; обговорюється доцільність профілактичного супроводу, зокрема у періоди підвищеної емоційної вразливості (річниця втрати, значущі дати або ситуації, що можуть актуалізувати спогади).

Завершення терапії не обов'язково означає повне припинення професійного контакту. У ряді випадків доцільним є домовленість про періодичні підтримувальні зустрічі, які виконують превентивну функцію, допомагають своєчасно відреагувати на можливі регресивні прояви та забезпечують відчуття стабільної опори у складні моменти життя.

Отже, поетапна модель психологічної реабілітації клієнтів у стані гострого горя забезпечує системність і логічну послідовність допомоги з урахуванням динаміки емоційного процесу. Кожний етап – від стабілізації до адаптації та інтеграції досвіду – виконує окрему терапевтичну функцію, сприяючи внутрішньому зціленню, відновленню особистісної цілісності та поверненню до повноцінного соціального й емоційного функціонування.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

У результаті теоретичного дослідження визначено, що гостре горе є багатовимірним біопсихосоціальним процесом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та нейрофізіологічні прояви й потребує комплексного підходу до психологічної реабілітації.

Обґрунтовано доцільність поетапної моделі допомоги, що забезпечує послідовне опрацювання втрати, зниження ризиків ускладненого горювання та відновлення адаптивного функціонування особистості. Ефективність втручання залежить від індивідуалізації методів, поєднання різних психотерапевтичних підходів і своєчасної профілактики дезадаптивних станів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з емпіричною перевіркою ефективності запропонованої моделі у різних категорій дорослого населення, зокрема осіб із травматичним досвідом втрати, а також із вивченням нейрофізіологічних маркерів адаптації до горя. Актуальним є розроблення стандартизованих програм психологічної реабілітації, валідних діагностичних інструментів і міждисциплінарних підходів, що підвищать результативність допомоги в умовах сучасних соціальних викликів.

Література

1. Заушнікова М.Ю. Кризове консультування: конспект лекцій. Ірпінь : ДПУ. 2021. 284 с.
2. Каліщук С.М. Прикладні моделі психологічного супроводу особистості в кризі. *Габітус*. 2023. Вип. 46. С. 144-151.
3. Кашпур Ю.М., Марчук Н.В., Казьмірук А.В. Екзистенційний підхід в консультуванні особистості, що пережила втрату. *Scientific Collection «InterConf», (39): with the Proceedings of the 8th International Scientific and Practical Conference «Science and Practice: Implementation to Modern Society»* (December 26-28, 2020). Manchester, Great Britain : Peal Press Ltd., 2020. P. 775-781.
4. Кресан О.Д. Проблема переживання втрати і робота з нею в гуманістичній та екзистенційній психології і психотерапії. *Гуманітарний корпус: [збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії]*. Випуск 48. Київ : ТОВ «НВП Інтерсервіс», 2022. С. 47-50.
5. Пилягіна Г., Башинський О. Мотивація саморуйнівної поведінки у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектру. *PMGP*. 2020. 5(3). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263>
6. Пилягіна Г.Я., Хаустова О.О., Марута Н.О. Медична психологія: в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія. Вінниця : Нова книга. 2020. 496 с.
7. Попелюшко Р., Кургузов В. Теоретичний огляд доказових практик психологічної реабілітації населення під час війни. *Psychology Travelogs*, 2025. (5), С. 69-79.

8. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія. Київ: «Видавництво Людмила». 2020. 392 с.

9. Пророк Н. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ : ОБСЄ, 2018. 208 с.

10. Сингаївська І., Берестовська А. Особливості надання психологічної допомоги жінкам, які переживають втрату близької людини під час війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2024. №1 (73), С. 214-226.

11. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ : ОБСЄ, 2018. 240 с.

12. Bonanno, G.A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 2004. 59(1), P. 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>

13. Creswell, C., & O'Connor, T.G. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. In D. Skuse, H. Bruce, & L. Dowdney (Eds.), *Child psychology and psychiatry: Frameworks for clinical training and practice*. 3rd ed., Wiley-Blackwell, Oxford, 2017. P. 355-361. <https://doi.org/10.1002/9781119170235.ch39>

14. Panksepp, J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford : Oxford University Press. 2004. 480 p.

15. Shear, M.K. Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 2015. Vol. 372. № 2, P. 153-160.

References

1. Zaushnikova M.Iu. Kryzove konsultuvannia: konspekt lektsii. Irpin : DPU. 2021. 284 s. [in Ukrainian].

2. Kalishchuk S.M. Pryingkladni modeli psykhoholichnoho suprovodu osobystosti v kryzi. *Habitus*. 2023. Vyp. 46. S. 144-151. [in Ukrainian].

3. Kashpur Yu.M., Marchuk N.V., Kazmiruk A.V. Ekzystantsiyni pidkhid v konsultuvanni osobystosti, shcho perezhyla vtratu. Scientific Collection «InterConf», (39): with the Proceedings of the 8th International Scientific and Practical Conference «Science and Practice: Implementation to Modern Society» (December 26-28, 2020). Manchester, Great Britain : Peal Press Ltd., 2020. R. 775-781. [in Ukrainian].

4. Kresan O.D. Problema perezhyvannia vtraty i robota z neiu v humanistychnii ta ekzystantsiynii psykhologii i psykhoterapii. *Humanitarnyi korpus: [zbirnyk naukovykh statei z aktualnykh problem filosofii, kulturologii, psykhologii, pedahohiky ta istorii]*. Vypusk 48. Kyiv : TOV «NVP Interservis», 2022. S. 47-50. [in Ukrainian].

5. Pyliahyna H., Bashynskyi O. Motyvatsiia samoruinivnoi povedinky u patsientiv z psykhotychnymy rozladamy shyzofrenichnoho spektru. *PMGP*. 2020. 5(3). <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/263> [in Ukrainian].

6. Pyliahina H.Ia., Khaustova O.O., Maruta N.O. *Medychna psykhologhiia: v 2-kh t. T. 2. Spetsialna medychna psykhologhiia*. Vinnytsia : Nova knyha. 2020. 496 s. [in Ukrainian].

7. Popeliushko R., Kurhuzov V. Teoretychnyi ohliad dokazovykh praktyk psykhologichnoi rehabilitatsii naselennia pid chas viiny. *Psychology Travelogs*, 2025. (5), S. 69-79. [in Ukrainian].
8. Popeliushko R.P. Psykhologichna rehabilitatsiia kombatantiv pry viddalenykh naslidkakh stresohennykh vplyviv: monohrafiia. Kyiv: «Vydavnytstvo Liudmyla». 2020. 392 s. [in Ukrainian].
9. Prorok N. Osnovy rehabilitatsiinoi psykhologii: podolannia naslidkiv kryzy. Navchalnyi posibnyk. Tom 1. Kyiv : OBSIe, 2018. 208 s. [in Ukrainian].
10. Synhaivska I., Berestovska A. Osoblyvosti nadannia psykhologichnoi dopomohy zhinkam, yaki perezhyvaiut vtratu blyzkoj liudyny pid chas viiny. *Vcheni zapysky Universytetu «KROK»*, 2024. №1 (73), S. 214-226. [in Ukrainian].
11. Tsarenko L. Osnovy rehabilitatsiinoi psykhologii: podolannia naslidkiv kryzy. Navchalnyi posibnyk. Tom 2. Kyiv : OBSIe, 2018. 240 s. [in Ukrainian].
12. Bonanno, G.A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 2004. 59(1), P. 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
13. Creswell, C., & O'Connor, T.G. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. In D. Skuse, H. Bruce, & L. Dowdney (Eds.), *Child psychology and psychiatry: Frameworks for clinical training and practice*. 3rd ed., Wiley-Blackwell, Oxford, 2017. P. 355-361. <https://doi.org/10.1002/9781119170235.ch39>
14. Panksepp, J. *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford : Oxford University Press. 2004. 480 p.
15. Shear, M.K. Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 2015. Vol. 372. № 2, P. 153-160.