

Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини

Факультет соціальної та психологічної освіти

Кафедра психології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**СУЧАСНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ ТА ВТРАТИ**

Виконала:

студентка 2 курсу, 263 групи

Спеціальності 053 Психологія

Освітня програма «Психологія»

Петровська І.І

Керівник: кандидат

психологічних наук, доцент

Харченко Н.А

Рецензент:

доктор психологічних наук,

професор Сафін О.Д.

Умань - 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження особливостей переживання горя та втрати	
1.1. Горе та втрата як предмет психологічних досліджень	6
1.2. Специфіка переживання горя та втрати різними віковими групами.....	18
1.3. Психологічні особливості пандемії COVID-19.....	36
Висновки до першого розділу	52
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження реалізації сучасних психологічних підходів до діагностики особливостей переживання горя та втрати	
2.1. Методологія та організація дослідження.....	54
2.2. Результати дослідження та їх обговорення	57
2.3. Психологічні засоби корекції переживання горя та втрати у період пандемії COVID-19.....	69
Висновки до другого розділу	82
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТКИ	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. Горе як реакція на значні втрати – майже універсальний людський досвід, який може впливати на емоційну, фізичну, когнітивну, поведінкову і духовну сферу людини в скорботі. Психологічна допомога при втраті близької людини завжди була в центрі уваги науковців та практиків. Численними науковими дослідженнями доведено, що основне завдання психолога полягає тому, щоб допомогти клієнту, так би мовити «зробити роботу горя», а не зменшити чи притупити гостроту душевних переживань. Процес скорботи, горювання не хвороблива чи неадекватна реакція, якої слід уникати, натомість з сучасних інтегративно-ресурсних, конструктивістських і гуманістичних позицій він прийнятний і необхідний.

Пандемія COVID-19 суттєво змінила життя людей всього світу, поставивши серйозні виклики не лише медичній галузі, а й психологічній науці та практиці, не в останню чергу це стосується проблем переживання горя від втрати близької людини чи реальної загрози її життю. Станом на 2 червня 2021 р. загальна кількість померлих від COVID-19 становить 3,75 млн осіб і продовжує зростати. Родини, члени яких хворіють на коронавірус або мають важкі його ускладнення можуть відчувати так зване випереджувальне горе, яке, разом із ситуацією високого рівня невизначеності, стає ключовим у розвитку патологічного горювання; на думку С. Pearse, J. R. Honey (2021) натепер в усьому світі спостерігається «мовчазна епідемія горя». Ситуація ускладнюється ще й відсутністю таких ритуалів, як похорон, прощання з померлим у відкритій труні, що часто призводить до безправного горя, а стигма «смерті від ковіду» негативно позначається на соціальній підтримці та доступі до інших ресурсів, які полегшують процес горювання. За таких умов вивчення особливостей горювання та шляхів психологічної допомоги тим, хто втратив рідних під час пандемії COVID-19 є досить актуальним.

Об'єктом дослідження є реакції горя.

Предметом дослідження є сучасні психологічні підходи до діагностики особливостей переживання горя та втрати.

Метою дослідження є теоретичний аналіз та емпіричне вивчення сучасних психологічних підходів до діагностики особливостей переживання горя та втрати.

Для досягнення мети дослідження поставлено такі **завдання**:

- 1) Теоретично проаналізувати поняття «горе» та «втрата»;
- 2) Розкрити психологічні особливості горювання під час пандемії COVID-19;
- 3) Емпірично вивчити вплив пандемії на переживання особистістю горя та втрати;
- 4) Запропонувати тренінгову програму, спрямовану на полегшення переживання горя та втрати.

В якості **гіпотези** дослідження висунуто припущення про існування відмінностей у вираженості горювання осіб різної статі.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали принцип єдності свідомості і діяльності (С. Рубінштейн, О. Леонтьєв), генетичний підхід у психологічних дослідженнях (Ж. Піаже, Л. Виготський, Е. Еріксон, Г. Костюк, С. Максименко); ключові аспекти теорії переживання горя та втрати (Г. Балл, Ф. Березін, В. Казначеев, В. Клименко, Ц. Короленко, А. Налчаджян А. Маклаков, С. Максименко, Г. Сельє); основні положення особистісного й вікового підходів до вивчення процесу розвитку людини в онтогенезі (Г. Балл, М. Боришевський, Л. Виготський Г. Костюк, С. Максименко, Т. Титаренко та ін.); концепції впливу стресогенних чинників на особистість (Ф. Березін, Л. Калхаун, З. Кісарчук, Т. Крюкова, С. Лукомська, С. Нартова-Бочавер, М. Магомед-Емінов, Р. Тадеші, I.R. Galatzer-Levy, A. D. Mancini, M. Westphal).

У роботі застосовувалися такі **методи**: теоретичний аналіз і узагальнення наукової літератури, тестування, методи якісного аналізу даних, методи математичної статистики. Зокрема, використано наступні методики: Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, A.S. Zigmond і R.P. Snaith, 1983, адаптація А.В. Андрущенко, 2003), опитувальник симптомів

ПТСР PCL-5 (F.W. Weathers); опитувальник «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (С. Норман в адаптації Т. Крюкової); показники посттравматичного зростання визначено за допомогою опитувальника посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, в адаптації М. Магомед-Емінова); опитувальник реакцій горювання (HGRC, N S Hogan, 2001, україномовна адаптація В.Л. Зливков, 2020), COVID-стрес шкали (COVID Stress Scales, S. Taylor, 2019, україномовна адаптація В.Л. Зливков, 2020).

Отримані дані піддавалися статистичному аналізу (кореляційний r -критерій Пірсона, t -критерій Стюдента, U -критерій Манна-Вітні) з подальшою їх якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS 21.0.

Організація дослідження. Загальна вибірка досліджуваних складає 108 осіб, чий рідні та друзі померли під час пандемії COVID-19.

Теоретичне значення дослідження полягає в уточненні поняття «горе», зокрема під час пандемії, як теоретичної основи дослідження; в з'ясуванні основних відмінностей між горем та втратою; в отриманих даних, що розширюють уявлення про горювання під час пандемії коронавірусної інфекції.

Практична значимість результатів дослідження. Результати емпіричного дослідження можуть бути використані в діяльності фахівців, що працюють у вищих навчальних закладах, психологічних центрах, можуть бути застосовані в розробці соціально-психологічних тренінгів з навчання та розвитку студентів.

Структура роботи складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Публікації автора за темою дослідження:

Харченко Н., Петровська І. Психологічні засоби корекції переживання горя та втрати у період пандемії COVID-19 (досвід України та Європи).

Виклики сучасної психологічної науки країн ЄС: перспективи інтеграції українського досвіду [збірник тез методологічного семінару лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України]. Відп. ред. В.Л. Зливков; укладачі С.О. Лукомська, О.В. Котух. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2022. С. 72-73 <https://lib.iitta.gov.ua/732124>

Харченко Н., Петровська І. Специфіка переживання горя та втрати різними віковими групами. СУЧАСНІ ТРЕНІНГОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ: ЕКОТРЕНІНГ [збірник тез доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції]. Відп. ред. Т.Д. Перепелюк. Умань : Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, 2022. С. 56-60

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження особливостей переживання горя та втрати

1.1. Горе та втрата як предмет психологічних досліджень

У дослідженнях, що стосуються питання психічного стану людини після смерті рідних, розглядаються такі поняття як «горе (grief)», «втрата (bereavement, loss)», «посттравматичне зростання (post-traumatic growth)», «розрада (consolation)». Часто поняття «grief» та «bereavement» перекладаються як горе, горювання, вважаються синонімами, але в останні роки загальноприйнятим є їх розрізнення, так «grief» – це суб'єктивне переживання втрати, емоційні, когнітивні, функціональні та поведінкові реакції на смерть, а «bereavement» – стан, об'єктивний статус відносно померлої людини, позначення факту втрати. Перше поняття за сенсом ширше і стосується не лише смерті близької людини, а й інших видів втрат – молодості, здоров'я, тощо. Відповідно, є ще одне поняття, яке неможливо оминати про аналізі реакцій горювання, це «mourning» – траур, що іноді вживається як синонім страждання та горя, як правило, більш конкретно посиляючись на поведінкові прояви горя, на які впливають соціальні та культурні ритуали, такі як похорони, поминальні дні (S. Zisook, K. Shear, 2009).

Українською мовою «*скорбота*» (від давнього кореня *(s)ker-b(h)/*(s)kor-b(h) – «скручувати(ся)», «морщити(ся)», людина в скорботі «засихає» за тим, з ким вона розлучена...) означає почуття, викликане глибокими переживаннями, стражданнями; печаль, сум; протилежне до радості. «Горе» слово зі праслов'янської мови, що означає «те, що пече, мучить»; таким чином іменник горе несподівано знаходиться в близькій спорідненості з дієсловом горіти. В англійській мові «*скорбота*» (*grieving*) є дієсловом, а не іменником, статичним станом чи умовою, тобто є формою психосоціального та, ймовірно, духовного переходу від початкового сприйняття втрати, що руйнує життя, через період часто бурхливої адаптації до моменту відносної стабільності після гострого горювання. У часовій перспективі адаптація до

втрати когось або чогось полягає у відновленні відчуття безпеки та ідентичності людини, тобто, по суті, є розвитковим процесом, що не зводиться до низки психологічних симптомів, психіатричних діагнозів або культурно зумовлених соціальних ролей.

Єдиної загальноприйнятої класифікації періодів горювання натепер не існує, хоча дослідники відзначають наявність загальних тенденцій в різних періодизаціях цього процесу. У нашому дослідженні ми базуємось на моделі подвійних процесів у вправлянні з втратою (DPM), яка інтегрує теорію когнітивного стресу та традиційні теорії горя. Спочатку вона розроблялася у контексті втрати одного з подружжя, а потім стала застосовуватися й щодо інших видів втрати й травми в цілому. Згідно з DPM, ефективне вправління з горюванням охоплює стресори, орієнтовані на втрату (*loss-oriented, LO*) та стресори, орієнтовані на відновлення (*restoration-oriented, RO*). Стресори LO означають вправління із втратою померлої людини (наприклад, переживаючи горе, шукаючи сенс втрати, аналізуючи її).

Ключовим аспектом даної моделі є те, що під час горювання у повсякденному житті всі люди стикаються із необхідністю переключати увагу від ситуацій, що вимагають орієнтації на втрату до ситуацій, орієнтованих на відновлення та навпаки (Schut, 1999). Це динамічний процес, коли орієнтації та втрату та відновлення змінюють одна одну, відповідно людина стикається з тим, що в одних ситуаціях вона добре адаптується до життя без померлої людини, а в інших – ні, що є абсолютно нормальним в процесі оптимальної психологічної адаптації до втрати. Звідси, здатність ефективно справлятися зі втратою близької людини передбачає вміння бути гнучким у різних ситуаціях, у тому числі у сприйнятті свого актуального стану («сьогодні мені важко, але вчора я зробила... і відчула, що можу вирішувати такі справи без ...»).

Згідно із моделлю подвійного процесу вправління із втратою (Stroebe, Schut, 1999, 2001), процес скорботи розглядається крізь призму двох цілей: орієнтації на втрату (прийняття і визнання втрати) та орієнтації на

відновлення. Орієнтація на втрату відбувається у формі відокремлення від померлої людини, що виражається у плачі, крику, сумі, тузі, натомість орієнтація на відновлення відноситься до діяльності, за допомогою якої людина починає будувати нове життя і нову ідентичність, в якій померлий присутній духовно і символічно, але не фізично. Адаптація до втрати полягає у коливаннях між цими двома орієнтаціями, що відбувається доти, поки не буде знайдено сенс як у втрачених відносинах, так і в новому (повторно) побудованому житті.

Втрата – це людський досвід, пов'язаний із позбавленням чогось значущого й афективно забарвленого, цінного з точки зору відчуття індивідом своєї цілісності та стабільності існування. Окрім смерті близьких людей, до категорії втрат належать звільнення з роботи, зміна соціального статусу, інвалідизація, втрата фізичної привабливості, матеріальних цінностей, а також розлучення, смерть домашньої тварини або публічної особи тощо. Подібні ситуації диференціюють, виділяючи фізичні та символічні аспекти.

Фізична втрата – позбавлення матеріального об'єкта, що є очевидним і зрозумілим для оточуючих.

Символічна втрата – це зникнення чогось невлвовимого, але символічно значущого для людини, що часто взагалі не визнається оточуючими за втрату. Це може бути вихід на пенсію, розвиток хронічного захворювання, крах надій.

Спочатку горе намагалися описати як низку послідовних стадій. Кількість стадій у різних авторів коливалася від чотирьох до дванадцяти. Передбачалося, що психотерапевт допомагає клієнту рухатися від стадії до стадії. Однак, як виявилось, стадії не мають чітких меж і іноді вже прожита стадія дає рецидиви на стадіях пізніших. Крім того, іноді деякі стадії були відсутні або бували так погано виражені, що їх не вдавалося відстежити і відповідно опрацювати. До того ж, прояви горя на всіх стадіях дуже індивідуальні, отже, часто залишалося неочевидним, на що повинні бути

спрямовані зусилля психотерапевта. Все це робило практичне застосування цих описів процесу горя важким і незручним.

Приклад цього буквального розуміння – ставлення людей до стадій вмирання, описаних Елізабет Кюблер-Росс. Після виходу її книги «Про смерть і вмирання» (Kubler-Ross, 1969) багато людей очікували, що вмираючі пацієнти пройдуть перераховані нею стадії у певному порядку, і були розчаровані, якщо пацієнт якусь із цих стадій пропускав. Описані нею стадії вмирання також використовувалися для опису процесу горювання, хоча і з деякими обмеженнями (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007).

Для початку слід розповісти про етапи розвитку в психології теоретичних уявлень про горювання та про те, як працювали із втратами раніше.

Перша хвиля. Насамперед, це психоаналіз і З. Фройд з його роботою «Сум і меланхолія». Есе побачило світ у 1917 році і саме з цього моменту почалося наукове вивчення горя. Автор розглядав горе окремо від депресії та вважав його особливим психічним станом. Також він запровадив термін «робота горя». З.Фройд розглядав переживання горя через прив'язаність лібідо у втраченому об'єкті та втрату цього об'єкта. Він вважав, що особистість у цей момент робить роботу смутку. Вона створює сильний душевний біль, але завдяки ньому «Я» знову стає вільним. Після завершення цієї роботи людина може знову побудувати нові відносини і відновити повсякденне життя. Енергія лібідо таким чином переноситься на новий об'єкт замість втраченого. Робота горя розглядалася як емоційний катарсис, в якому горюючий мав звільнитися від свого горя і рухатися вперед, залишивши минуле позаду. У цей момент виникла і тривалий час підтримувалася концепція, що горючий повинен висловити і прожити свої емоції, пов'язані з втратою, а також сепаруватися з новим життям.

Друга хвиля. Еріх Ліндемманн та його робота «Клініка гострого горя», що вийшла у 1944 році. Він зробив колосальну працю з вивчення реакцій

людей у стані гострого горя, виявив різні його форми і першим узвичаїв стадії переживання втрати.

Він виділяв у своїх працях такі положення:

1. Гостро горе – це специфічний синдром, що характеризується певною психологічною та соматичною симптоматикою.

2. Гостре горе зазвичай виникає відразу ж після кризової події, але може бути відстроченим у часі. Також воно може не проявлятися явним чином або виявлятися у вигляді надмірної реакції.

3. Може траплятися так, що замість типового синдрому, спостерігається спотворена картина. Але кожна з них може представляти один із аспектів синдрому.

4. Ці спотворені переживання горя можуть бути змінені та трансформовані у нормальну реакцію горя, що супроводжується дозволом горювати, вивільненням непрожитих емоцій.

Е. Ліндеманн виділив основні ознаки горя: фізичне страждання, поглиненість особистістю померлого, вина, ворожі реакції, втрата моделей поведінки. Також він розглянув та представив п'ять форм горя:

1. Спотворені реакції горя. Це тяжко болючі реакції, які мають захисний характер. Вони пов'язані з небажанням або суб'єктивною неможливістю усвідомити реальність втрати, прийняти хворобливі почуття та переживання у зв'язку з подією.

2. Хронічне чи перебільшене горе. Це стан, коли симптоми посилюються чи затягуються у часі.

3. Відстрочене або запізнювальне горе. Виявляється, коли з якихось причин людина не може відкрито переживати своє горе і симптоми горя усвідомлюються і проживають ним через якийсь час за нормальним сценарієм.

4. Пригнічене чи стримане горе. Процес горювання маскується, пригнічується, у зв'язку з чим через якийсь час проявляється у психосоматичних захворюваннях.

5. Передбачаюче горе. Процес горювання в даному випадку починається до факту самої втрати через страх смерті або втрати близької людини.

Е. Ліндемманн також виділив 4 стадії проживання горя:

1. Шок: людина, яка переживає втрату не розуміє або важко усвідомлює, що сталося. Вона відчуває заціпеніння, приголомшення, шок.

2. Протест і туга: той, хто втратив, відчуває напругу і роздратування. Все поряд нагадує про минуле. Іноді на цій стадії може спостерігатися феномен «неправдивого впізнавання», коли виникає ілюзорне переживання присутності померлого, впізнавання його серед інших тощо.

3. Дезорганізація та страждання: чітке усвідомлення факту втрати та переживання душевного болю у зв'язку з ним, можуть бути депресивні симптоми.

4. Відділення та реорганізація: сепарація від втраченого об'єкта, можливість створювати нові відносини та відновлення колишнього життя.

У цей час закріплюється ідея про «нормальне» та «патологічне» горювання. Останнє виникає у разі придушення горя, тому участь консультанта чи лікаря може сприяти полегшенню вираження клієнтом своїх переживань. Це допомагає, на думку Е. Ліндемманна, вилікувати патологічний стан нездатності до кінця прожити горювання.

Третя хвиля. У цей час основний акцент робиться на стадіях проживання горя. Представники: Е. Кюблер-Росс, Дж. Боулбі, Дж. Ворден і сюди можна включити і Ф.Є. Василюка. Дж. Боулбі мав схожі із З. Фройдом погляди на горювання. Він вважав, що при втраті близької людини відбувається втрата об'єкта прихильності, а процес переживання горя буде подібний до пережитого дитячого досвіду відносин зі значним дорослим. Дж. Боулбі розробив теорію прихильності, у якій він запровадив поняття «поведінка прихильності». Вона є інстинктивною поведінкою, що формується в період дитинства і має на меті отримати близькість з материнською фігурою. Тому, на його думку, у тих, хто втратив і з'являється

почуття гніву спочатку після втрати об'єкта прихильності. Як і З. Фройд, він вводить поняття смутку, називаючи його «хронічним смутком», що проходить через певний час. Весь процес горювання є відображенням феномену втрати об'єкта прихильності - від спроб його повернути до смирення з безповоротністю втрати.

Дж. Ворден описав симптоми фізіологічного переживання горя. Він виявив їх та описав у процесі обстеження великої кількості своїх клієнтів. Основні симптоми такі: тягучі почуття в животі, стиснення грудної клітки, стиснення в горлі, підвищена чутливість до шуму, все здається ірреальним, коротке дихання, слабкість у м'язах, нестача сил, сухість у роті. У своїй книзі «Консультація та терапія горя» Дж. Ворден пропонує свій спосіб роботи з втратою. Він вважає, що горючий повинен проживати горе через чотири завдання, виконання яких може говорити про завершення роботи горювання.

1. Визнати факт втрати;
2. Пережити біль втрати;
3. Налагодити оточення, у якому відчувається відсутність померлого;
4. Побудувати нове ставлення до померлого та продовжувати жити.

У вітчизняній психології проблему горювання вивчав Ф. Ю. Василюк. Він запропонував у цьому контексті дві парадигми:

1. Парадигма забуття. Це потреба в максимальному відриві та відділенні від образу людини, що пішла.

2. Парадигма пам'яті. Цей процес включає дві складові: трансформація і переструктурування відносин з минулим і створення нового образу «Я» того, хто переживає втрату.

Ф. Ю. Василюк виділив п'ять стадій переживання горя:

1. Шок та заціпеніння.
2. Пошук.
3. Гостре горе.
4. Залишкові поштовхи та реорганізація.
5. Завершення.

Він визначав роботу горя як поступовий перехід горючого з етапу перебування у минулому, де живий об'єкт втрати, у теперішній час. Цей процес обумовлюється пошуком нових символічних ролей для того, що пішов і вибудовуванням іншого сенсу відносин з ним в поточному моменті. Горювання допомагає проаналізувати минулі відносини, наново вибудувати спогади про образ померлого, знайти нові сенси та породити актуальну роль того, хто пішов у теперішньому.

Прихильники теорії диференціальних емоцій вважають горе складною структурою, що включає фундаментальні емоції та афективно-когнітивні взаємодії. Її творець, К. Ізард вважає, що ядром горя є страждання. Воно виконує ряд функцій: (а) повідомляє, що людині погано, (б) спонукає вжити заходів для її зменшення, усунення причин або зміни відносин, а також (в) полегшує згуртування людей усередині груп (сім'ї чи суспільства).

Останнім часом широкої популярності набув новий погляд на роботу з горючою людиною, запропонований Вільямом. Ворденом. Його концепція дуже зручна для діагностики і роботи з актуальним горем, а також якщо доводиться мати справу з горем, яке не пережите багато років тому і виявленого під час терапії, розпочатої за зовсім іншим запитом. В. Ворден запропонував варіант опису реакції горя не за стадіями або фазами, а через чотири завдання, які повинні бути виконані горючим. Ці завдання по суті схожі з тими завданнями, які вирішує дитина в міру дорослішання і сепарації від матері. В. Ворден вважає цей підхід найбільш зручним для клініцистів і найбільш близьким до теорії З. Фрейда про роботу горя.

Зазначимо, що описані нижче завдання можна застосувати для будь-якої втрати (не лише смерті близької людини, а й втрати роботи, розлучення, вимушеного переїзду, значущих стосунків тощо).

Завдання 1. *Прийняття реальності втрати*

Коли хтось помирає, навіть якщо смерть очікувалася, завжди виникає думка, «Цього не може бути!». Перше завдання горювання – зіткнутися віч-на-віч з реальністю того, що ця людина мертва і вона ніколи не повернеться.

Частково прийняття цієї реальності полягає в тому, що людина усвідомлює неможливість возз'єднання, принаймні у цьому житті.

Однією з форм заперечення смерті і неприйняття реальності втрати є так звана «муміфікація» (Дж. Горер «Порнографія смерті»), тобто збереження речей померлого в повному порядку на випадок його / її повернення. Класичним прикладом є королева Вікторія, яка після смерті свого чоловіка принца Альберта день у день залишала на увазі його одяг і бритву і часто ходила по палацу, розмовляючи з ним. Батьки, що втратили дитину, часто залишають дитячу кімнату в тому вигляді, в якому вона була до її смерті. Відразу після смерті близької людини це досить типово, але якщо це триває роками, це можна вважати запереченням. Інший спосіб, яким люди захищаються від реальності, - *заперечення значення втрати*. Втрата може їм здаватися менш значною, ніж насправді. Часто можна чути слова на кшталт: «Він не був хорошим батьком», «Ми не були близькі», «Я не сумую за ним». Деякі люди відразу ж викидають одяг та інші речі, що нагадують про покійного. Видалення всього, що нагадує про небіжчика, - це протилежність муміфікації, яка мінімізує втрату. Нерідко це трапляється після травматичною смерті. Загалом, травмівна смерть – смерть від самогубства, передозування чи іншої стигматизованої смерті може ускладнити виконання цього завдання, особливо якщо сім'я чи друзі не можуть визнати чи прийняти реальність того, як людина загинула.

Прийняття реальності втрати вимагає часу, так як воно пов'язане не тільки з її інтелектуальним визнанням, але і з емоційним прийняттям. Багато недосвідчених консультантів цього не розуміють і дуже фокусуються на інтелектуальному визнанні втрати, ігноруючи її емоційне прийняття. Людина, яка переживає втрату може інтелектуально усвідомлювати незворотність втрати задовго до того, як почуття дозволять їй визнати цю інформацію правдою. Хоча робота над першим завданням горювання вимагає часу, традиційні ритуали (такі, як похорон) допомагають багатьом горюючим просуватися в бік прийняття. Ті, хто не був присутній на

похоронах, можуть потребувати інших зовнішніх підтверджень реальності смерті. Це особливо складно в разі раптової смерті, особливо якщо той, хто залишився в живих не бачив тіло померлого.

Завдання 2. *Опрацювання болю, спричиненого втратою*

Кожна втрата означає роботу над низкою різних емоцій – від смутку, страху, самотності, відчаю, безвиході та гніву до звинувачення, сорому, полегшення. цьому завданні важливо визнати, поговорити і зрозуміти ці складні емоції, а не заперечувати та уникати їх.

Суспільство може відчувати себе некомфортно з почуттями горюючого і тому ненав'язливо посылатиме йому повідомлення на кшталт: «Не варто сумувати - це ти просто жалієш себе». Банальні слова розради «Ти молода, у тебе ще буде дитина» або «Життя - для живих, і він не хотів би, щоб ти так побивалася» часто лунають оточуючими в спробі допомогти. Такі коментарі, стикаючись з власними внутрішніми захистами, призводять до заперечення необхідності горювання, що виражається в словах: «Мені не треба так себе почувати» або «Мені не треба сумувати».

Заперечення завдання проживання і переробки горя призводить до того, що люди вдаються до безлічі способів, щоб уникнути завдання 2. Найбільш очевидний з них - «обрубати» свої почуття і заперечувати наявний біль. Іноді це відбувається шляхом уникання хворобливих думок, хтось зумисно викликає тільки приємні думки про померлого. Ідеалізування померлого, уникнення всього, що нагадує про нього, вдавання до алкоголю, наркотиків або заспокійливих – інші способи перешкодити собі вирішити друге завдання. Деякі люди, не бажаючи переживати біль втрати, вдаються до «географічного» лікування. Вони подорожують, переїжджаючи з місця на місце, намагаючись знайти полегшення своїх почуттів. Це протилежно тому, щоб дозволити собі опрацювати цей біль: відчути її, знаючи, що одного разу він таки мине.

Завдання 3. *Пристосування до життя без померлого*

Це завдання реалізується протягом тривалого періоду часу і охоплює внутрішні, зовнішні і духовних пристосування – по суті, це переорієнтація, перебудова свого внутрішнього і зовнішнього світу, в якому вже немає померлої людини (чи іншої втрати). Зовнішнє пристосування – це пристосування до нових обставин, в яких немає померлого, має різне значення для різних людей, залежно від того, якими були відносини з померлим, і від різних ролей, які померлий грав в житті того, хто залишився в живих. Внутрішнє пристосування – тим, хто переживають втрату доводиться пристосовуватися до нового власного «Я», оскільки смерть впливає на самовизначення, самооцінку і самоефективність. Внутрішнім завданням горюючого стає відповідь на питання: «Хто я тепер?». Згодом негативні образи поступаються місцем більш позитивним, виживший стає здатним впоратися з цими завданнями і навчитися жити в цьому світі по-новому. Духовне пристосування – то, як людина сприймає світ. Смерть близької може перевернути всі уявлення про світ – кинути виклик фундаментальним життєвим цінностям і світоглядним переконанням, - переконанням, на які впливають наші сім'ї, однолітки, освіта, релігія і життєвий досвід. Нерідко переживаючий втрату відчуває, що втратив напрям у житті. Він шукає сенс у цій втраті, щоб життя знову набуло сенсу, щоб знову можна було відчувати його контрольованість.

Завдання 4. *Трансформація зв'язку із померлим і побудова «нового» життя*

Зазначимо, що у нас і в інших дослідників горювання виникає несприйняття словосполучення «нове життя», як власне і сам В. Ворден декілька разів переформулював це завдання. Готовність до нових відносин залежить не від здатності відмовитися від померлої людини, але від здатності знайти для нього підходяще місце в своїй психічній життя, - такого місця, яке було б важливим, але залишало простір для інших людей. Радість і тепло, яке ви відчули від померлої коханої людини, завжди буде з вами. Спробуйте подумати про час, який ви провели з нею як подарунок долі. Замість того,

щоб зосереджуватися на тому, що ви втратили, приділіть свою увагу тому, що отримали від коханої людини. Отже, почніть нове життя, але зберігайте при собі ті заповітні моменти та спогади як джерело радості та сили.

В. Ворден описує чотири типи ускладненого горювання: хронічне, перебільшене, відкладене та замасковане.

«Хронічне горювання» характеризується тривалою скорботою, стражданнями без зміни стану: «Життя зупинилася», «Для мене все ще триває цей кошмар», інтенсивність болючих переживань при цьому не змінюється.

«Перебільшене горювання» виявляється в надмірно інтенсивних реакціях, які іноді досягають такого рівня виразності, що зумовлюють психічні порушення на кшталт депресії з суїцидальними спробами, тривожні розлади, сам горюючий, так само як і в першому випадку, також усвідомлює зв'язок свого важкого стану з втратою.

«Відкладене горювання» характеризується тим, що в момент втрати адекватні події переживання виникають, але з меншою інтенсивністю, ніж можна було б очікувати. Подальше їх проживання як ніби не відбувається, але в майбутньому, виникають інтенсивні скорботні почуття у відповідь на менш значні втрати.

«Замасковане горювання», для якого характерна відсутність переживань, відповідних втраті. Горювання проявляється в соматизації або в деструктивній поведінці. Ці симптоми не пов'язуються у свідомості горюючого з втратою, водночас, вони можуть нагадувати симптоми померлого (тоді вони називаються «факсимільні симптоми»): горюючий може повторювати поведінку або виявляти тілесні хвороби померлого.

Існує багато теорій горя, і жодна з них не є абсолютною істиною, а швидше гіпотезами з деякими доказами, які їх підтверджують, і деякими доказами, які спростовують їх. Це, безумовно, корисні та відповідні завдання, але якщо ви не відчуваєте, що ви їх виконали, це не привід для паніки. Це може означати, що ви все ще працюєте в своєму горюванні, це може – це

просто не та модель, яка найкраще відображає ваш власний досвід, оскільки горе – унікальне для кожного, а всі теорії та завдання – достатньо умовні.

Немає чітких часових меж етапів чи обов'язковості їх проходження на шляху адаптації до втрати, але загалом вона виражається у розумінні того, що близька людина померла, її смерть незворотна, тепер треба сформулювати нові постійні стосунки з нею і побачити нові можливості для щасливого життя вже без коханої людини (Stroebe & Schut, 2010). Ми починаємо планувати своє подальше життя навіть тоді, коли все ще з'ясовуємо, що означає втрата. Горювання – період сильних емоцій, які необхідно вчитися регулювати. Типові способи регулювання емоцій під час гострого горя включають коливання уваги між болючими спогадами про померлу людину та відволікання від них; використання самоспостереження та рефлексії з переоцінкою тривожних аспектів втрати, відкритістю до спілкування зі значущими людьми та практикою усамітнення. *Для саморегуляції емоцій необхідні позитивні, теплі спогади про померлого, слід дозволити собі відволікатися на присмні справи, давати собі час на розваги, отримання задоволення від виконання цікавої діяльності.* Адаптація полягає знаходженні нового «Я», а отже у період горювання слід приділити велику увагу виявленню своїх нових інтересів та цінностей та планувати способи їх реалізації у повсякденному житті.

Доведено, що захисні механізми, які актуалізуються у сильних стресових ситуаціях, виконують роль так званої «психологічної імунної системи», яка дозволяє зберегти психологічне благополуччя шляхом витіснення, ігнорування, уникання стресової реальності. Особливо це стосується такої сильної емоції як страх (безперечний супутник горювання). Втім «уникання зустрічі з реальністю» перешкоджає успішній адаптації до втрати, у цьому випадку гостре горе набуває форми ускладненого хронічного горя, яке коригується значно важче і вимагає ще більших зусиль від горюючого, ніж він міг би докласти у випадку адаптації в період гострого горя. Наведемо перші ознаки, за якими з високою ймовірністю можна

припустити ускладнене горювання: протягом року горюючий все же ставить перед собою питання «Хто винен?», звинувачує інших у смерті рідного (лікарів, поліцію, зрештою – себе); горюючий створює так званий «меморіум» - кімнату, де жив померлий, або частину квартири, де зберігає речі померлого, щоденно торкається їх, аби відчутти запах, уявити його присутність.

1.2 Специфіка переживання горя та втрати різними віковими групами

Дорослі оцінюють ставлення дитини до смерті і значимість для неї цієї події крізь призму власного досвіду і наявних уявлень. Найчастіше подібні уявлення дорослих виявляються помилковими, їм властиво перебільшувати травматичність теми смерті для дитячої психіки і в силу цього замовчувати і обходити питання, пов'язані зі смертю та вмиранням.

Батьки і педагоги чекають від дитини певної емоційно-поведінкової реакції на смерть, відповідної їх власній поведінці і настановленням. Водночас у дітей при першому зіткненні зі смертю ще не сформована власна концепція цієї події, а тому реакція дитини може сприйматися оточуючими як патологічна, така, що лякає.

Для надання психологічної допомоги дітям в ситуації горя і втрати необхідно враховувати вікові особливості, специфіку особистісного розвитку, здатність дитини розуміти і приймати сам факт втрати і смерті зокрема.

Піонером емпіричного вивчення дитячого розуміння і ставлення до смерті вважається англійка С. Ентоні, яка в 1937-1939 роках провела клініко-психоаналітичне дослідження того, як діти різного віку, рівня розумового розвитку та психіатричного статусу відкривають для себе смерть. Використовуючи метод завершення історій і спеціально організовані спостереження за дітьми в сімейному колі, С. Ентоні прийшла до висновку про те, що становлення уявлень про смерть і ставлення до неї не може бути прив'язане до хронологічного віку, а може мати різну динаміку, як поступову, так і лавиноподібну. Все залежить від розвитку розумових здібностей і досвіду зіткнення зі смертю в своєму оточенні.

Класичною працею в галузі танатології дитинства безумовно є книга «Про дітей і смерть» Е. Кюблер-Росс. Автор, яка більшу частину життя присвятила роботі з термінальними та вмираючими хворими, робить акцент

на ставлення дитини до смерті, коли ця подія стає реальністю її власного життя.

Дівчинка родом з благополучної Швейцарії Е. Кюблер-Росс вперше зіткнулася з темою смерті ще в дитинстві, коли потрапила в лікарню і стала свідком смерті восьмирічної сусідки по палаті. Її вразила смерть дитини – на самоті, в стерильній і холодній лікарняній атмосфері, без підтримки рідних. З дитинства Елізабет запам'яталася і зовсім інша смерть – смерть її родича, який помер удома, в своєму ліжку, в оточенні рідних і сусідів. Ця смерть була зовсім іншою – не страшною та не сумною.

Але остаточно присвятити себе загоді людської смерті юна Елізабет вирішила після того, як в 1945 році побувала в звільненому від фашистів Майданеку. Там вона побачила малюнки, які залишали на стінах діти, які йшли в газові камери. «Стіни табору були покриті метеликами, - розповідає Е. Кюблер-Росс в своїй автобіографії. - Їх намалювали діти. Я абсолютно не могла зрозуміти цього. Тисячі дітей вирушали в газові камери, а послання, яке вони залишали після себе, - метелик». Згодом ці метелики стали для Елізабет символом трансформації, яку душа людини переживає на порозі смерті.

Загалом уявлення дітей про смерть можна поділити на чотири основні поняття: універсальність (все живе помирає), незворотність (раз мертвий, то мертвий назавжди), нефункціональність (усі функції організму припиняються) та причинно-наслідковий зв'язок (що саме спричиняє смерть). Немовлята та малюки, як правило, не здатні відрізнити смерть від розлуки з опікунами. Часткове розуміння універсальності, незворотності та нефункціональності зазвичай розвивається у віці від 5 до 7 років, але більш повне розуміння понять смерті, включаючи причинно-наслідковий зв'язок, зазвичай спостерігається приблизно до 10 років. Перш ніж зрозуміти нефункціональність, у дітей можуть виникнути конкретні питання, наприклад, як мертва людина буде дихати під землею. Менш часто вивчається концепція особистої смертності, яку більшість дітей певною

мірою розуміють до 6 років з глибоким розумінням приблизно у віці 8-11 років.

Розуміння причинно-наслідкових зв'язків слідує за цікавою закономірністю, коли на запитання про причини смерті 5-6-річні діти найчастіше називають неприродні причини (наприклад, насильство), 8-9-річні – природні причини (наприклад, хвороби), а 11–12-річні – духовні причини (наприклад, це час, відведений для життя). Перетворення причин у духовні пояснення, хоча і менш біологічні, насправді є більш схожими на такі у дорослих і можуть відображати більшу тривогу підлітків та дорослих щодо смерті, а відповідно й потенціал релігії зменшити цю тривогу, можливо, змінивши сприйняття незворотності. Окрім релігії, культура, соціальний контекст та популярні засоби масової інформації також можуть впливати на розвиток концепцій смерті.

Протягом перших двох років життя дитина, перебуваючи на превербальній стадії пізнавального розвитку, ще не може формулювати поняття, і смерть як ідея не може виникнути у неї. Класик дитячого психоаналізу О. Ранк йде далі і вважає, що найперше відчуття тривоги, пов'язаної зі смертю (страх смерті), виникає у дитини вже в період народження, коли вона фізично відокремлюється від матері. Однак цю ідею не слід сприймати буквально, скоріше мова йде про підсвідоме переживання, в основі якого лежить інстинкт самозбереження, оскільки діти віком до 2 років усвідомлюють постійність об'єкта і формують ментальний образ батьків/опікунів, відчуваючи неприємності, коли вони їх лишують та прагнуть їх повернення.

На першому році життя дитина поступово починає вибудовувати індивідуальні кордони, відокремлюючи себе від навколишнього простору і людей. До 6 місяців вона усвідомлює різницю між людьми, які турбуються про неї, і розуміє від кого більшою мірою залежить задоволення її фізичних та емоційних потреб. Тому втрата в цьому віці переживається в більшій мірі як емоційна депривація в зв'язку з втратою об'єкта, що здійснює

безпосередню турботу про дитину. Відсутність одного з батьків або іншої емоційно значимої особи, зумовлює те, що у дитини порушується відчуття захищеності (почуття безпеки). Емоційна депривація передусім проявляється в соматичних і поведінкових реакціях, таких як зміна режиму сну - неспання, переривчастий сон, зміна харчової поведінки аж до відмови від їжі (навіть за умови штучного вигодовування), розлади шлунково-кишкового тракту і дихальної системи, зниження імунітету, виникнення алергічних реакцій. У поведінці спостерігається регрес рухових і мовних функцій, підвищення плаксивості, збудливості, можуть виникати такі явища, як яктація, смоктання пальця та інше.

Зняття тривожності в зв'язку з емоційною депривацією сприяє визначенню в найближчому оточенні дитини людини, яка візьме на себе функції «материнського об'єкта» (того, хто буде здійснювати основний догляд і турботу). При цьому необхідно, щоб обрана фігура була постійною. Дитина не повинна передаватися від одних родичів до інших. Важливо створення сталості навколишнього простору та осіб, які здійснюють догляд.

Переживання втрати у віці від 2 до 3 років багато в чому залежить від рівня автономності дитини, її сепарації від симбіотичних відносин з материнським об'єктом. Зовнішні прояви переживання втрати багато в чому схожі з попереднім віковим періодом.

В силу особливостей мовленнєвого розвитку дітей даного віку переживання втрати ними практично не проговорюються. Специфічною для даного віку поведінковою реакцією є спроба повернути померлого шляхом дотику до його речей: діти обіймають речі, нюхають їх, засинають з ними, ховаються в шафі з речами померлого. Можуть бути характерні нав'язливі маніпуляції з предметами, незавершена гра. У цьому віці вже відбувається формування «психічного двійника» значимого дорослого. При втраті емоційно близького об'єкта дитина продовжує будувати історію взаємин з померлим і не розділяє внутрішню реальність із зовнішньою.

Ще однією з реакцій, які вперше виникають в даному віці, є реакція завмирання: дитина раптом припиняє активну діяльність, обличчя стає маскоподібним, відзначаються погляд в нікуди або в одну точку. У нормі тривалість такого стану може варіювати від декількох хвилин до 1-2 годин протягом дня. Більш тривале завмирання може служити підставою для звернення до фахівця, оскільки може свідчити про патологічні реакції втрати і «застрявання» на вирішенні першого завдання горя (прийнятті факту втрати).

У цьому віці також важливо збереження сталості умов проживання та режиму дня. В ситуації нав'язливих дій в грі («кружляння», нездатність завершити гру) необхідно запропонувати розвиток ігрової ситуації з подальшим її завершенням. Для полегшення прийняття факту втрати можна запропонувати дитині спільно розібрати речі померлого. Слід збільшити кількість часу, проведеного з дитиною.

Особливість дошкільного віку полягає в переважанні у дітей магічного мислення і егоцентризму. Багато подій та явищ життя розглядаються дитиною як створені за зовнішньої волі або, навпаки, через зовнішню вину. У дошкільному віці у дитини ще не сформоване таке поняття, як «назавжди». Діти не визнають незворотності смерті і говорять про неї як про від'їзд, сон, тимчасове явище. Такі особливості дошкільного віку накладають відбиток на специфіку переживання дитиною втрати близької людини. Якщо діти у віці 3-4 років розуміють смерть як «від'їзд» та очікують повернення померлого, батькам/опікунам важливо повторити ключове повідомлення про те, що померла людина не повернеться. До 5-6 років діти починають розуміти остаточність і необоротність смерті, хоча нещодавні роботи свідчать про те, що деякі діти можуть набути цього вже у 4 роки. Інші важливі компоненти включають розуміння особистої смертності (що смерть стосується самого себе) – це виникає приблизно у 5 років і непередбачуваність смерті (час смерті не відомий заздалегідь). Приблизно до 9 років у дітей формується «доросле» уявлення про смерть.

Переживання відрізняються в залежності від того, чи була смерть результатом тривалого захворювання або раптовою. Якщо дитина живе і / або постійно відвідує хворого родича, і при цьому ведуться розмови дорослих з дитиною про тяжкість захворювання і можливу смерть, то підготовка до втрати починається до моменту смерті і дитина легше справляється з горем, приймаючи факт втрати.

Разом з тим, якщо дитина спостерігає важке захворювання родича, але ситуація хвороби і можливого результату з нею не проговорюється, то це може спричинити розвиток невротичного страху хвороби як незворотного стану, що веде до смерті. В першу чергу розвиваються страхи щодо втрати інших родичів (перш за все батьків). Страх за власну смерть в результаті захворювання виявляється вкрай рідко в силу властивого цьому віку егоцентризму і віри у власну безсмертність. Проте в деяких випадках можна спостерігати фіксацію страхів хвороби з подальшою смертю самої дитини, яка проявляється в нав'язливій охайності та іпохондричних проявах («а я не захворію?»). У разі раптової втрати найчастіше спостерігається відстрочена емоційна реакція на смерть (навіть до декількох місяців).

«Магічне мислення» використовується для опису віри дітей, що думки, події чи бажання можуть викликати зовнішні події, напр що хвороба може бути викликана певною думкою чи поведінкою. Одночасно у дітей формується почуття совісті, але діти ще погано розуміють, як поширюється хвороба; що зумовлює появу хибних переконань (наприклад, хвороба є покаранням за їх погану поведінку). Це підкреслює важливість забезпечення того, щоб розмова з дітьми про смерть і хвороби були конкретними та лаконічними з метою уникнення непорозуміння або неправильних висновків про причину хвороба або смерть.

Відсутність первинної емоційної реакції на втрату є результатом несформованості концепції смерті у дитини. Доти поки дитина не визначить для себе дане поняття, вона не може емоційно реагувати на нього. Прояснення значення і сенсу смерті для дитини відображається в її

питаннях на цю тему, наприклад, «А що буває після смерті?», «А всі люди вмирають?». Діти можуть програвати ситуації похорону, включати в гру сюжети і символи, пов'язані зі смертю. Можна говорити про ритуалізації дитиною смерті. Подібна поведінка нормативна для даного віку і не повинна лякати дорослих. Таким чином дитина формулює концепцію смерті та намагається впоратися з власною тривогою, пов'язаної зі смертю.

При відсутності емоційної реакції з боку дитини на втрату можуть спостерігатися порушення харчової поведінки, розлади шлунково-кишкового тракту, загострення хронічних захворювань, поведінкова регресія. Найчастіше переживання втрати відображається у снах. Уві сні дитина може кликати померлого, плакати. Сон може бути неспокійним і поверхневим. При пробудженні часто дитина не може згадати подробиць сну. Можливий нічний енурез як невротична реакція на травмівну подію. Можуть відзначатися труднощі засинання: боїться засинати самотійно, просить залишити в кімнаті світло, проситься в ліжко до дорослих, довго і важко засинає. Порушення сну, соматичні і поведінкові реакції дитини на втрату є підставою для звернення уваги з боку дорослих і надання спеціальної психологічної допомоги. Запуск механізмів емоційного відреагування горя в цьому віці може бути спонтанним, наприклад, фотографія померлого родича протягом декількох місяців перебувала в полі зору дитини, але емоційна реакція на неї виникла раптом, без видимих на те причин. В такому випадку необхідно надати дитині можливість емоційного відреагування, в жодному випадку не варто її заспокоювати, відволікати від переживання. У такий момент важлива фізична присутність і тактильний контакт з дитиною. Одна з форм залишкового відреагування на смерть близької – це поява фігури неіснуючого іншого, ангела-хранителя, яка уособлює померлого.

Патологічне переживання втрати виникає при включенні патологічного впливу близьких, яке проявляється в надмірній фіксації уваги дитини на факт втрати (наприклад, «вони пішли в кращий світ», «тебе

кинули», «бідненький ... як же ти тепер будеш жити», «треба ж яке горе» тощо); у формуванні почуття провини в дитини за відсутність або невідповідність емоційної реакції (сміх, рухова активність; «в сім'ї горе, а ти веселишся») або за міркування і гри на тему смерті; в забороні на прояв емоцій у зв'язку з втратою («не плач», «мамі і так важко, а ти ще й плачеш»); в перенесенні відповідальності за смерть на дитину («якби ти добре себе вів, він / вона не вмерли б», «якщо твоя мама не народила тебе, у неї не було б проблем зі здоров'ям», «якби ти по-справжньому любив його / її, він / вона не помер (ла)»); в фіксації почуття провини вижишого («він / вона віддав (а) тобі все», «завдяки їй / йому ти живий», «якби не він / вона, ти б ...»); у формуванні образи на померлого («їй / йому там добре», «він / вона тепер в кращому світі»).

Ініціатива в обговоренні теми смерті повинна виходити від дитини. Не слід залишати без уваги питання дитини, пов'язані з темою смерті, при цьому треба намагатися дотримуватися нейтрального емоційного фону. Необхідно пам'ятати, що якщо дитина настільки розвинена, що може задати питання, то він досить розвинений, щоб отримати пряму відповідь на нього. Розмова про смерть легша, коли діти відчувають, що дорослим дійсно небайдужі їхні почуття і думки, коли бажання дитини спілкуватися заохочується уважним вислухуванням її позиції, повагою до її поглядів і щирими відповідями на питання. Інформація, що повідомляється дитині, повинна бути доступною. Тому доречним буде знаходити короткі, прості відповіді, відповідні питань дітей, і уникати багатослівності. Важливо відчувати міру, тобто сказати рівно стільки, скільки дитина готова почути, інакше надлишок або недолік інформації може поглибити тривогу, пов'язану зі смертю.

Дослідження показують, що розуміння дітьми феномену смерті сильно відрізняється від розуміння дорослих, головним чином через те, що маленькі діти не сприймають смерть як біологічну подію. Пояснення, які визначають смерть з точки зору «поломки тіла», «зупинки серця», хоча й є конкретними

та однозначними, швидше за все, не матимуть сенсу для маленької дитини, яка ще не визнає кінцевість смерті та її зв'язок із припиненням функціонування організму. Подібним чином спроба втішити засмучену дитину, зазначивши, що «його час померти» або «у неї було довге і гарне життя», часто невдалі, оскільки можуть бути когнітивно неприйнятними для маленьких дітей, які не визнають смерть як неминучий завершальний етап життєвого циклу. Щоб допомогти дітям зрозуміти і впоратися з явищем смерті, може знадобитися час для пояснень біологічних процесів в тілі людини та функцій її органів. Дитина, яка каже, що серце – для того, щоб любити, рот – для розмов, а шлунок – для їжі, ще не сформувала образ життя тіла, а тому навряд чи зрозуміє будь-які розмови про смерть як біологічне явище. Потрібно сформулювати уявлення про те, що людський організм функціонує для підтримки життя; що смерть, як протилежність життя, повинна передбачати припинення будь-якої нормальної тілесної діяльності; і зрештою, повинна бути викликана порушенням певного аспекту функціонування організму.

Великий зсув у розумінні дітьми ключових біологічних концепцій про структуру та функції людського організму та передачу хвороб відбувається у віці від 7 до 11 років. На цьому етапі діти також успішніше використовують свої навички обробки абстрактних понять, наприклад, вони можуть зрозуміти зміни, пов'язані з раком, такі як втрата волосся або ваги, однак ще не усвідомлюють загального впливу онкологічної хвороби на життя, хіміотерапії та її побічних ефектів. Орієнтація підлітків на короткострокові наслідки особливо актуальна для прийняття ними рішень щодо лікування та може сприяти напруженню між різними пріоритетами пацієнтів та осіб, які про них турбуються, наприклад прагнення підлітка до незалежності та зосередженість медичного працівника на своєчасному режимі лікування. Ситуація часто ускладнюється соціальною ізоляцією підлітків через періоди стаціонарного лікування та неможливість реалізувати своє прагнення до автономії через підвищену залежність від інших під час лікування. За таких

умов підлітки стають вразливими до депресивних і тривожних розладів, а тому часто потребують психологічної підтримки.

Хоча детермінанти дитячої смертності та пропонуються політичні та медичні заходи, спрямовані на її зменшення у літературі детально аналізуються, існує мало досліджень, які висвітлюють наслідки дитячої смертності для інших членів сім'ї. Зокрема, наявно мало доказів, щодо впливу переживання смерті брата чи сестри на розвиток чиблінга та перехід до його до дорослого життя.

Стосунки між братами та сестрами складають найдовший сімейний зв'язок, починаючи з народження молодшого брата та закінчуючи смертю одного з членів пари. Брати і сестри мають спільну сімейну спадщину, а у разі народження братів і сестер – спільний генетичний фон. Можливо, з цієї причини відносини між братами та сестрами нормативно характеризуються як егалітарні, взаємні та взаємні (Pollet and Noben 2011). Брати і сестри впливають один на один одного на розвиток не тільки в дитинстві, але і протягом усього життя, дані впливу можуть бути як позитивними, так і негативними (наприклад, зловживання наркотиками, підліткова вагітність).

Зі спільним досвідом та взаємопов'язаними траєкторіями розвитку можна очікувати, що втрата брата чи сестри в дитинстві призведе до збільшення ризику негативних впливів у різних аспектах. Ці наслідки можуть виникнути або безпосередньо від втрати близького члена сім'ї, або від непрямого постійного горя з боку батьків. Вони можуть бути пов'язані з досвідом народження брата чи сестри зі значною інвалідністю, що в кінцевому підсумку призвело до смерті, або з обставинами, що спричинили смерть (наприклад, тривала хвороба, чи навпаки, раптова або насильницька смерть).

Психологи припускають, що стосунки між братами та сестрами дають важливі ранні можливості для розвитку емоційного розуміння, саморегуляції та почуття належності. Брати і сестри є партнерами по іграх у дитинстві, але оскільки вони прагнуть встановити свою незалежність у підлітковому та

юнацькому віці, якість їх стосунків стає все більш чутливою до змін через чинники у житті окремих братів і сестер. На стосунки між братами та сестрами впливає не тільки стадія їхнього життєвого шляху, а й стать, причому жінки повідомляють про більшу близькість у стосунках між братами та сестрами, ніж чоловіки та одностатеві діади, ближчі, ніж пари між братами та сестрами. Ці результати свідчать про потенційно суттєві негативні наслідки переживання смерті брата або сестри, а також припускають потенційну неоднорідність впливів на основі статі (Cicirelli 2013).

Хоча смерть брата чи сестри може безпосередньо на сиблінга, зокрема зумовити емоційну самотність і навіть суїцидальну думку, брати і сестри відчують горе батьків, що, ймовірно, ще більше посилює їх горювання. По суті, відбувається вторинна травматизація вишивжих сиблінгів – їх власне горе посилюється тривалим горюванням батьків. Конкретна причина смерті також може мати різний вплив на братів і сестер: доведено, що смерть за насильницьких обставин (нещасні випадки, самогубства, вбивства) має особливо негативні наслідки для батьків порівняно зі смертю, пов'язаною з медичними причинами, і причина смерті, ймовірно, прямо чи опосередковано (через реакцію батьків) впливає на адаптацію братів і сестер до втрати сиблігів.

У нашому контексті цікавим є поположення про інвестування батьківських ресурсів у дітей, зокрема, батьки часто формують стосунки між братами та сестрами опосередковано різними способами, наприклад, через вибір народжуваності, що часто описується рішенням, яке передбачає «компроміс якості та кількості» дітей (Becker and Lewis 1973). Тобто батьки обирають, скільки мати дітей, зважаючи результати якості (більший людський капітал) або кількості (більша кількість дітей). Отже, вважається, що брати і сестри борються за час та увагу батьків, тоді як батьки забезпечують матеріальні блага та емоційну підтримку дітей. Коли присутня більша кількість братів і сестер, ресурси розподіляються на більшу кількість, тому, ймовірно, менше ресурсів доступно для кожної дитини. На відміну від

цього, брати і сестри також сприяють розвитку один одного та емоційній стабільності. Тому, якщо дитина помирає, ймовірно, емоційна підтримка з боку батьків буде меншою через їх власну реакцію та потреби, навіть якщо матеріальні ресурси для дітей, що вижили, збільшаться. Таким чином, передбачення впливу смерті дитини на тих, хто вижив, є теоретично неоднозначним: ми очікували б меншої конкуренції за батьківські ресурси, з одного боку, але ми також очікували б зменшення батьківських ресурсів і інвестицій (через горе).

Вплив смерті сиблінга проявляється в чотирьох загальних реакціях, які найкраще характеризуються словами самих братів і сестер (Davies, 1999).

«Мені дуже боляче всередині». Ця перша відповідь зосереджена на емоційних та психофізіологічних реакціях, які зазвичай пов'язані зі скорботою, включаючи, наприклад, смуток, гнів, розчарування, самотність, страх, тривогу, дратівливість та почуття провини. Однак, на відміну від дорослих, які більш охоче описують свої емоції та реакції, діти проявляють свій біль по-іншому. Вони можуть плакати, шукати уваги, погано поводитися, скаржитися на болі, сперечатися, бачити кошмари, боятися темряви, втрачати апетит або переїдати. Зазвичай вишивші сиблінги відчують провину, гнів та звинувачують себе.

«Я не розумію». Діти розуміють смерть залежно від рівня їхнього когнітивного розвитку. У міру дорослішання діти переходять від конкретних способів мислення до більш абстрактних або концептуальних. Якщо дітям не допомагають і не керуються їхнім розумінням смерті та пов'язаних з нею подій, вони стають дуже спантеличеними оскільки справді не розуміють того, що насправді відбулося.

«Я тут зайвий». Смерть у родині порушує звичну повсякденне сімейне життя. Батьки засмучені, знайомі та незнайомі відвідувачі йдуть до будинку, а діти відчують себе зайвими у власному ж домі, особливо якщо рідні їм неоднаразово кажуть «не плутайся під ногами», «не заважай». Будь-

яке відчуття нормальності життя втрачається, зміна ролей також відчувається як «втрата власного місця».

«Я поганий!» Така реакція може виникнути, коли діти відчувають, ніби дитина, яка померла, була улюбленою або досконалою, згодом виникає відчуття, що вишивший сиблінг не може зробити своїх батьків щасливими. Деякі брати і сестри намагаються бути хорошими у всьому, прагнуть довести, що вони гідні любові батьків, часто шукаючи «доказів» того, що їх батьки все ще люблять їх. У своєму горі батьки, інші члени сім'ї та друзі схильні увічнювати померлу дитину, надмірно підкреслюючи її чудові якості. Вцілілий брат чи сестра часто відчувають себе неадекватними порівняно з померлим братом або сестрою.

Існують наступні види впливу смерті сиблінга на виживших братів і сестер.

Зміни особистості: раннє дорослішання або навпаки, регрес у розвитку; відчуття ізольованості, смутку, гніву та страх перед новою смертю. **Зміна ставлення до школи та навчання:** байдужість до навчальних предметів, навіть тих, які раніше були цікавими, небажання спілкуватися з однокласниками, конфлікти з педагогами, зниження академічної успішності, складнощі концентрації уваги. **Зміна цілей і життєвих перспектив:** бажання дізнатися про смерть більше, прагнення стати лікарем щоб вилікувати рак, ДЦП тощо, намагання зрозуміти ціль існування. **Зміни у стосунках** (з однолітками, в родині, у тому числі у ролі брата/сестри в сімі): часто найкращими друзями стають ті, хто має подібний досвід, водночас спостерігається «залипання» на одному другові, при зменшенні контактів з іншими; в родині ж стосунки можуть змінитися як в сторону близькості, так і віддаленості.

Доведено, що існує прямий вплив власного горя вижившого брата чи сестри, пов'язаний із підвищеним рівнем депресії, агресивною поведінкою, соціальною ізоляцією, розладами харчування та проблемами адаптації. Ці емоційні та поведінкові проблеми можуть безпосередньо заважати

навчальним досягненням та працевлаштуванню, а також зменшувати перспективи одруження. Горе батьків може порушити ефективне батьківство як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі, змінити стосунки між батьком та дитиною, яка вижила, та змінити домашнє середовище, що, у свою чергу, може посилити прямі наслідки горя, який зазнав виживший брат чи сестра. Виживші брати і сестри можуть пережити екзистенціальну кризу, під час якої вони ставлять під сумнів сенс життя, бояться, що вони теж можуть померти, або втратять віру, що може послабити мотивацію їх досягнень.

Переживання дітьми та підлітками смерті бабусі/дідуся

Часто втрата дідуся/бабусі є першим досвідом втрати для дітей і має суттєвий вплив на їх психологічне благополуччя (Norpe & Norpe, 1997). Відносини, які складаються між дітьми та дідусем і бабусею, можуть бути дуже різноманітними, і якщо діти переважно відчувають близькість з ними, то для підлітків все не так однозначно. Хоча вважається, що сімейні стосунки формуються насамперед у нуклеарній родині, ці два покоління можуть відігравати важливу роль у житті один одного.

Поширені прояви підліткового горя включають шок, депресію, страх, самотність, гнів, труднощі зі сном, зміну навчальних звичок, почуття порожнечі, недовіри, почуття безнадії та почуття провини, а також почуття вразливості, страх перед близькістю та надмірна турбота про інших. Саме у підлітковому віці актуалізується страх смерті – особливо страх процесу вмирання. На переживання горя підлітками може вплинути їхня філософія щодо життя та смерті, рівень релігійних переконань та соціальна підтримка.

Отже, розуміння дітьми понять смерті розвивається протягом кількох років з частковим розумінням універсальності, незворотності та нефункціональності приблизно у віці 5-7 років, а більш доросле розуміння-у віці 10-12 років. Смертельно хворі діти та підлітки, як правило, хочуть отримувати інформацію про свою хворобу та прогноз, дана інформація, подана зрозумілою мовою знижує тривогу та відчуття ізоляції. Смертельно

хворі підлітки, як правило, хочуть прожити все своє життя на повну силу і відчувати те, що роблять здорові однолітки, наприклад, заводити нові дружні стосунки та досліджувати свою сексуальність. Спілкування з невиліковно хворими дітьми та підлітками має бути адаптоване до них та їх сім'ї, але існують структуровані підходи до повідомлення поганих новин, які можна адаптувати до більшості ситуацій.

Літній і старечий вік, як і будь-який інший, має свої здобутки та втрати. Аналізуючи роботи різних дослідників, присвячених цим віковим групам, Л. Анциферова зазначає, що інтелектуальний та емоційний розвиток, динаміка мотиваційної сфери спостерігаються і в період пізньої дорослості. Специфіка розвитку полягає в тому, що, наприклад, в інтелектуальній сфері розвивається переважно кристалізований інтелект, а флюїдний – як здатність набувати нових знань – починає згасати. Спостерігається погіршення пам'яті, знижується емоційний контроль. Однак поряд з появою певних проблем відбувається і розвиток компенсаторних механізмів, почуття відповідальності за близьких людей, виникає потреба в систематизації минулого і в його прийнятті в усій цілісності – так звана інтегративність. Остання закономірним чином співвідноситься з феноменом мудрості, основою якої, на думку Л. Анциферової, є «збереження позитивної ідентичності і стійкого імунітету стосовно негативних соціальних упереджень» (Анциферова, 2000, с. 67), тобто стійкості у протидії стигматизації, зумовленої соціальними стереотипами сприйняття соціумом літньої людини.

Порівняно з молодим віком, в картині життя літньої людини типовою стає така подія, як смерть родичів і друзів, однолітків, втрата найближчих людей, при цьому здатність переживати і співпереживати горю інших допомагає зрозуміти власні втрати і пережити їх. Крім того, люди часто вдаються до соціального порівняння, співвідносячи свою ситуацію з обставинами, в які потрапляють інші, і отримуючи тим самим певну підтримку. Вистояти перед горем допомагає осмислення свого життя як

продовження відносин з близькою людиною: «Уявні бесіди з ним, розповіді про свої невдачі, образи і успіхи зміцнюють переживання неперервного зв'язку» (Анциферова, 2004, с. 24). Ці ідеї, висловлені Л. Анциферовою, перегукуються з популярною нині у зарубіжній психології проблемою продовжених зв'язків («continuing bonds»).

Сімейні і подружні стосунки літніх людей довгий час залишалися на периферії наукового інтересу. У психології сімейних відносин розглядаються в основному проблеми створення і функціонування молодіжної сім'ї або сім'ї людей середнього віку. Слід зазначити, що сім'я для людини похилого віку стає джерелом стабільності, захищеності, міцності, радості, впливає на якість життя і її самооцінку. Відносини з дітьми, онуками допомагають літній людині визначити своє місце в нових умовах життя. Зосередженість на тому, щоб бути корисною вузькому соціальному простору власної сім'ї є одним з механізмів життєвої активності людини в старості. При цьому здатність прогресивно розвиватися, вести активний і здоровий спосіб життя, бути включеною у соціальне життя суспільства є важливим фактором адаптації до життєвих криз старості. Сім'я, повноцінні сімейні відносини допомагають літнім людям прийняти свою старість і гідно прожити заключний період свого життя в колі найближчих людей.

Зміна громадської позиції, вихід на пенсію, звуження соціального світу, віково-психологічні зміни літньої людини визначають багато в чому характер її сімейних відносин. Життєвий цикл сім'ї на даному етапі визначається народженням онуків і освоєнням в зв'язку з цим нових соціальних ролей бабусі / дідуся, підвищенням залежності від дорослих дітей і необхідністю прийняття допомоги від них, зміною сексуальних відносин, переживанням втрати чоловіка і необхідністю побудови нового способу життя в умовах вдівства або нового шлюбу. Вчені відзначають стабільність подружніх відносин в цьому віці, загострену потребу подружжя одне в одному, особливе усвідомлення цінності шлюбу, почутті гармонії, меншу конфліктність. Характер відносин подружжя в літньому віці багато в чому

визначається їх тривалою історією спільного проживання. Зокрема, літня сім'я перестає бути дітоцентричною структурою. У ній йде інтенсивне напрацювання нових патернів взаємодії із соціумом, пошук особистісно орієнтованих смислів. Змінюється ідеологія сім'ї в напрямку закритості – стратегія експансії змінюється фокусуванням на власних, внутрішньосімейних проблемах. У взаємодії чоловіка і дружини посилюється взаємозалежність, формуються спільні механізми репрезентації світу, в якому сім'я літніх людей функціонує, загальні фільтри, які сприяють вибору тієї чи іншої інтерпретації зовнішніх подій. Все це допомагає літнім людям знайти необхідні стратегії виходу з кризових ситуацій.

Особливості горювання у літньому віці значною мірою пов'язані із факторами, що передують втраті (наприклад, якістю подружніх відносин) та з контекстом смерті (Wortman & Voerner, 2011). Низький рівень конфліктності та високий – близькості у подружніх відносинах негативно позначаються на пристосуванні до втрати, тобто чим більше проблем було в родині, чим менша близькість між подружжям, тим легше відбувається процес горювання та менша ймовірність виникнення тривожних і/або депресивних розладів (Prigerson, Maciejewski & Rosenheck, 2000). Нерідко, смерть одного з подружжя відчувається як полегшення для іншого, особливо у випадку деменції першого, хронічних хвороб та «складного характеру» (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003). Крім того, соціально-демографічні змінні можуть суттєво пояснювати психологічну адаптацію до втрати, особливо це стосується статевих відмінностей, зокрема чоловіки похилого віку більше страждають від втрати дружини, ніж жінки після втрати чоловіка. Дані щодо зв'язку віку з перебігом горювання є доволі суперечливими, однак вчені сходяться на думці, що у літньому віці горе переживається менш інтенсивно та менш тривало, ніж у віці молодому, ймовірно, це відбувається через те, що втрата є більш очікуваною подією у літніх людей ніж у молодих (див. передбачуване горе). Однозначно доведено, що рівень освіти не впливає на горювання, дана соціально-демографічна

змінна хоча й вивчається у багатьох емпіричних дослідженнях, однак на процес горювання загалом не впливає, особливо якщо це стосується літніх людей (Bennett & Soulsby, 2012). Обставини смерті завжди впливають на горювання, однак якщо у молодості ймовірність вдівства достатньо низька, то у людей похилого віку є час підготуватися до смерті партнера, так люди, які доглядали чоловіка/дружину після важкої хвороби, демонструють нижчий рівень депресії ніж після раптової смерті партнера, по суті, смерть за віком є очікуваною, а значить природньою (Burton, Haley & Small, 2006).

Важливим чинником, який впливає на горювання людей похилого віку є соціальне неблагополуччя – емоційна та соціальна самотність. Саме у літніх людей смерть одного з подружжя зумовлює емоційну самотність – втрату емоційної прихильності, при тому, що самотність соціальна у них менше виражена через наявність дітей, онуків та іншого кола спілкування (Höpflinger & Carr, 2015).

1.3 Психологічні особливості пандемії COVID-19

У грудні 2019 року вчені виявили новий коронавірус (COVID-2019), пов'язаний зі спалахом пневмонії в Ухані. Вірус спричинив глобальну пандемію з далекосяжними наслідками, криза торкнулась кожної країни по всьому світу і порушила повсякденне життя так, як ніяка інша. Кілька мільярдів осіб по всьому світу знаходяться в різних формах ізоляції. Велика частина смертей відбувається в громадах, особливо людей похилого віку. Дослідження показали, що посилені реакції на стрес під час і відразу після загрозливих подій пов'язані з несприятливими та тривалими наслідками для фізичного і психічного здоров'я. Під час постійної загрози посилення спалаху критично важливим є своєчасне оновлення інформації з надійних джерел. Без цього громадські страхи можуть загострюватися, що супроводжується появою та поширенням «жахливих» чуток, зростанням недоречної поведінки тощо. Пандемія має значний вплив на психологічний стан людей. Метою частини досліджень є визначення груп населення, найбільш уразливих до

стресу, а також з'ясування факторів ризику і захисту психічного здоров'я людей. Викликом для психології є обґрунтування інтервенцій, які можуть бути реалізовані в умовах пандемії, щоб пом'якшити негативні впливи і підтримати психічне здоров'я населення. Дослідження попередніх інфекційних спалахів показують їх вплив на показники психічного здоров'я населення. У поточних дослідженнях, які вивчають вплив на різні групи населення [64], припускається, що окремі групи можуть піддаватися більшому ризику погіршення психічного здоров'я як під час пандемії, так, ймовірно, і після неї. У пандемії COVID-19 є особливості, які посилюють її вплив на психічне здоров'я населення: масштаби захворювання, кількості уражених країн; значні порушення звичайної практики життя і роботи; пильна увага до засобів індивідуального захисту; мінливість проявів пандемії. Дослідження показують, що симптоми тривоги, депресії, безсоння, дистресу виявляються у багатьох людей. Поширеність симптомів сильно варіює. Високий рівень стресу знижує якість життя, рівень задоволеності побутом і роботою. Тому першочерговим завданням є розуміння психологічних потреб різних груп населення, щоб надати їм відповідні інструменти для пом'якшення негативних наслідків ситуації пандемії [69]. Доречно виявити особливо вразливі групи й надати їм обґрунтовану психологічну підтримку. Дані свідчать про те, що люди, які мають тісний контакт з хворими на COVID-19 в процесі роботи (медперсонал та ін.) вимагають особливої уваги. Факторами ризику, які акцентуються є перевантаженість роботою, недостатність засобів захисту в медичних закладах, контакт з хворими під час роботи, медична професія, жіноча стать, більш низький професійний статус, фонове захворювання, страх зараження, хвилювання про родину [65].

Огляд досліджень показує, що інтервенції, спрямовані на підвищення психологічної стійкості особи, можуть бути корисними, оскільки було встановлено, що резильєнтність, самоефективність та кризовий досвід захищають від несприятливих наслідків для психічного здоров'я. Через

характер пандемії, яка перешкоджає безпосередньому втручанню, це, ймовірно, має бути налагоджено дистанційно. Індивідуалізовані втручання можуть впливати на зниження несприятливих наслідків для психічного здоров'я. Індивідуально націлені цифрові інтервенції навряд чи допоможуть усунути всі окреслені чинники ризику. Важливими також є структурні зміни для створення безпечного і сприятливого для здоров'я соціального і професійного середовища. Потрібен цілісний підхід, який включає індивідуальні втручання поряд з необхідними організаційними зусиллями з підтримки психічного здоров'я та психологічного благополуччя різних груп людей в громадах [6].

Багато питань, що стосуються ризиків під час кризи у сфері охорони здоров'я потребують подальшого вивчення, зокрема щодо ефективного використання соціальних мереж та спеціальних веб-сайтів для психологічної підтримки людей. Перспективою дослідження також є вивчення проблеми постковідного стану психічного здоров'я із залученням різних груп, з'ясування чинників ризику в різних контекстах та культурах, порівняльний аналіз стосовно різних країн та культур та обґрунтування інтервенцій.

Сьогоднішня ситуація пандемії, що викликана вірусом COVID-19 змінила звичне укладення життя всієї планети. Вимушені обмеження, карантин, зміна форм та дистанцій спілкування, зміна звичного способу життя, взаємодії, порушення соціального, духовного, особистісного простору привела до того, що людям прийшлося перебудовуватися буквально блискавично. Не всі вимушені зміни було легко усвідомлювати та приймати людині.

Також неоднозначні зміни відбулися і у відчутті психологічного благополуччя людьми різного віку. Психологічне благополуччя це той стан, коли людина свідомо розуміє свої власні можливості, виділяє свої особливості, свої відчуття та почуття, вміє справлятися з стресами життя, а також працювати продуктивно та плідно. Питанням даного феномену присвятили свої роботи ряд сучасних науковців. Є ряд досліджень, що

розглядають психологічне благополуччя на різних етапах онтогенезу. Так, Л. Котлова, В. Ковтун досліджували переживання психологічного благополуччя впродовж життя людини [17]; Н. Єзерська визначала психологічні чинники суб'єктивного благополуччя підлітків в умовах спеціалізованої школи-інтернату [8].

З метою визначення переживання психологічного благополуччя під час пандемії COVID-19 у різні вікові періоди автором було проведено інтернет-опитування. Анкета містила питання, що стосуються психологічного благополуччя під час карантинних умов в різних країнах.

В опитуванні взяло участь 815 жителів всіх областей України, країн Європи (Туреччина, Англія, Польща, Німеччина, Італія, Ізраїль, Чехія), країн пострадянського простору (Грузія, Молдова, Литва, Білорусія), США та Канади. Щодо вікового поділу, то було виділено 6 груп опитуваних: 34 особи – до 17 років, 179 осіб – від 18 до 22 років, 237 осіб – від 23 до 35 років, 263 особи – від 36 до 49 років, 77 осіб – від 50 до 58 років та 24 особи більше 59 років [3].

Для визначення суб'єктивного переживання психологічного благополуччя ми використали шкалу від 0 до 10, за якою опитувані визначали у себе його прояв до карантину та на період проведення дослідження. А також опитувані зазначили особливості впливу карантину на їхнє життя за п'ятьма варіантами: «позитивно», «скоріше позитивно, ніж негативно», «негативно», «скоріше негативно, ніж позитивно», «негативно». Проаналізуємо отримані дані різних груп, що свідчили про зміну переживання благополуччя в досліджуваних.

Так, у всіх групах знизився рівень психологічного благополуччя. Для визначення цих змін нами було використано метод порівняння залежних вибірок (критерій знакових рангів Вілкоксона). Отримані результатами свідчать, що у всіх групах кількість негативних рангів є значно вищою, ніж позитивних. Проаналізуємо кожну групу окремо [14].

Так, найбільше їх у групі опитаних (рання юність) до 17 років 56%

негативних рангів проти 32% позитивних. Аналіз індивідуальних показників показав, що до початку карантину задоволеність життя на рівні 8, 9, 10 балів були у 20 опитаних, а на час опитування (через 4 місяці) на рівні 8 та 9 балів у 15 опитаних, 10 балів не зазначив ніхто. 26% опитаних зазначили, що карантин на них вплинув позитивно, 29% - негативно.

У групі юнаків (18-22 роки) негативних рангів 45%, позитивних – 38%. Індивідуальні показники змінилися наступним чином: до початку карантину у 22 опитаних даної групи показники були на рівні 10 балів, на час опитування таких залишилося половини. Щодо низького рівня, то до карантину 8 юнаків зазначали його, в період опитування таких було 16. 34% опитаних зазначили, що карантин на них вплинув позитивно, 27% - негативно.

У групах віком 23-35 р. та 36-39 р. по 54% негативних рангів (31% та 29% позитивних відповідно). Індивідуальні показники є наступними: в обох групах до початку карантину по 6 осіб виявляли низький рівень психологічного благополуччя, у період опитування таких стало 12 осіб. Щодо високого рівня, то 148 опитаних (група з віковими межами 23-35 рр.) його проявляли, у період опитування 108 осіб; у групі опитаних від 36 до 49 рр. високий рівень психологічного благополуччя виявлено у 170 осіб, а під час опитування у 132 досліджуваних. 37% опитаних групи віком від 23 до 35 р. зазначили, що карантин на них вплинув позитивно, 34% - негативно; 28% опитаних віком 36-39 рр. зазначили, що карантин на них вплинув позитивно, 39% - негативно.

Щодо групи досліджуваних віком від 50 до 58 років, то значного зростає кількість осіб з низьким рівнем психологічного благополуччя (з 1 до 7). В той же час досліджуваних з показниками високого рівня зменшилося із 56 до 41 особи. Щодо негативних рангів, то їх виявлено у 49% опитаних даної групи. 31% опитаних зазначили, що ситуація карантину на них вплинув позитивно, 36% зазначили, що негативно.

І група досліджуваних, які старші за 58 років. Частка негативних рангів

складає 46%. Щодо індивідуальних показників, то значно зменшилася кількість тих, хто має високий рівень психологічного благополуччя: 19 осіб до карантину і 11 опитаних у період карантину. 46% опитаних зазначили, що карантин на них вплинув скоріше позитивно, 21% опитаних відмічають негативний вплив.

Зміни, які відбулися у показниках психологічного благополуччя в групах опитаних у таких вікових межах, як 23-25 рр., 36-49 рр. та 50-58 рр. спостерігаються на статистичному рівні.

Отже, під час карантину, що був введений під час пандемії вірусу COVID-19 знизився рівень психологічного благополуччя. Майже у половини опитаних він знизився. Значно збільшилося тих, у кого психологічне благополуччя стало низького рівня, та зменшилося досліджуваних з високим рівнем переживання благополуччя та задоволеністю життям [20].

Соціально-психологічні проблеми, викликані пандемією COVID-19, висувають перед психологічною наукою питання розробки методів попередження та корекції (у випадку, коли попередити розвиток кризових психологічних явищ не вдається) психологічних розладів та дисфункцій, пов'язаних із пандемією та інформаційно-психологічним фоном, який її супроводжує. Ці психологічні виклики треба розглядати у контексті загально-цивілізаційних кризових явищ соціально-психологічного плану, серед яких ми можемо вказати на підвищену сугестивність мислення, яка супроводжується блокуванням ланок мозку, відповідальних за власні умовиводи, тенденцію до переходу від узагальненого типу мислення до наочно-дійового і конкретного, відмову від критичного творчого мислення, яка може розглядатися як різновид «розумового споживацтва» і «втечі від свободи» (явища, опис якого дав Еріх Фром ще на початку 30-х р. 20 ст. напередодні відомих політичних подій в Європі). Базовим фоном суб'єктивного сприйняття пандемії є свідомий або безсвідомий страх перед захворюванням і смертю, який, як відомо, набуваючи панічних форм, здатен пригальмовувати вищу розумову діяльність. Тому у цьому контексті все

більш актуальним стає корекція розумової активності в напрямі підвищення її самостійності і творчої складової, відповідальної за здатність робити самостійні умовиводи і створювати нові оригінальні ідеї. Мова йде про розвиток творчих інтелектуальних здібностей як інтелектуальну передумову профілактики й подолання негативних психологічних наслідків пандемії [28].

Пандемія, поряд із соціально-економічними, політичними та культурними, оголила проблему психологічного стану особистості. З давніх-давен існує питання про співвідношення людини і буття говорить про те, що позиція людини в цьому світі проектує стан певного періоду розвитку історії людства. Саме тому контекст розвитку буття є дуже важливим у визначенні суті людини. Пандемія з новою силою поставила питання про самотність у заломленні до штучно виниклої соціальної ізоляції. У цьому проблема самотності під час пандемії є комплексом взаємопов'язаних питань.

Пандемічний стрес – це масштабна загроза існуванню, поширюється значно швидше за сам вірус, готуючи для нього сприятливе «грунт» і підвищуючи сприйнятливість людини до виникнення інфекційного захворювання. Найбільш чуйним індикатором пандемічного стресу на початкових етапах розвитку є рівень психічної адаптації. Первинним є емоційне сприйняття коронавірусної ситуації як неприйнятною, негативною, що відкидається, але до певного часу не має до даної людини безпосереднього відношення. Надалі важка життєва ситуація починає сприйматися як екстремальна чи критична, а стрес – як пандемічний стрес, що вимагає адаптаційної перебудови функціональних систем людини, поступової мобілізації та витрачання адаптаційних ресурсів.

Перший місяць режиму самоізоляції та дистанційного навчання можна назвати перехідною, транзитною ситуацією, що передбачає необхідність адаптації до нових умов існування, розбудову способу життя, вирішення завдань, спрямованих на відновлення повноцінного функціонування в умовах, що змінилися. Дискурси студентів у подібному контексті відображають переважно безпосередню емоційну реакцію на гострий етап

адаптаційного періоду. У цьому зв'язку нагадаємо про характерну для психологічних досліджень у перші місяці пандемії фіксації на соціально-стресових наслідках, тривожності, депресивності, фобічних проявах, порушеннях сну, ознак ПТСР [44].

За нашими даними, дискурси студентів фокусуються переважно на діяльнісних та комунікаційних аспектах життєвої ситуації. Про це свідчить найбільша кількість висловлювань, віднесених саме до сфер «Спілкування» та «Навчання», що демонструє їхню високу значущість у актуальній життєвій ситуації [51].

Інфекційні захворювання, поруч із психічними розладами – найпоширеніші стани, пов'язані зі стигмою. Втім, натеper рівень стигматизації психіатричних пацієнтів суттєво знизився не в останню чергу через активні просвітницькі кампанії, то щодо інфекційних хвороб, ситуація лишається досить складною. Інфекційні хворі частіше стигматизуються за чотирьох унікальних обставин: по-перше, коли у хворобі винна сама людина; по-друге, коли хвороба вважається термінальною та дегенеративною; по-третє, коли хвороба вважається заразною та шкідливою для оточуючих; і нарешті, коли захворювання є фізично очевидним. Коли ці обставини актуалізуються у громаді – стигма, пов'язана із захворюваннями, раціоналізується для збереження здоров'я та функціонування даної громади, що відбувається шляхом дискримінації джерела потенційної загрози добробуту суспільства.

Досвід різних країн світу свідчить про те, що стигма, пов'язана з COVID-19, є основним джерелом психічних розладів, таких як стрес, тривога та депресія як серед хворих на коронавірус, так і серед медичних працівників, які працюють у ковідних відділеннях. Індукована COVID-19 стигма часто призводить до того, що лікарі відчувають себе безсилими перед викликами пандемії, в свою чергу, погіршення психоемоційного стану медичних працівників негативно позначається на їх взаємодії з пацієнтами, коли власна невпевненість посилює невпевненість пацієнтів в можливості їх

одужання. Останні також страждають від соціальної стигматизації після виписки з ковідних стаціонарів, на початковій стадії сімейної інтеграції, коли доводиться практикувати певне соціальне дистанціювання від членів сім'ї, близьких родичів та друзів через швидке поширення вірусу та ймовірність отримати постковідні ускладнення. Водночас і медичні працівники можуть зіткнутися з соціальним дистанціюванням та стигматизацією через помилкове уявлення про те, що вони є носіями вірусу. У багатьох соціальна стигма зумовлює тривожність, депресію та посттравматичний стрес. Уроки попередніх епідемій показують, що частота суїцидальних думок, намірів та спроб під час COVID-19 неминуче зростатиме головним чином через стигму.

По-перше, стигматизація може істотно погіршити психологічний стан людей, хворих на коронавірус. По-друге, люди можуть уникати звернення за медичною допомогою навіть за наявності виражених симптомів. По-третє, професіонали та волонтери, які працюють у цій галузі, також можуть зазнати стигматизації, що зумовлює зростання їх професійного стресу та емоційне вигорання. На індивідуальному рівні стигма асоціюється з недостатнім рівнем знань та страхом випадкового зараження (для медичних працівників на робочому місці). Поки хвороба невідома – ризик стигматизації значно вищий, натомість чим більше досліджень у даній галузі проведено, чим більше випадків легкого перебігу хвороби, тим менше прагнення до соціальної дистанції, нижчий рівень дискримінації і стигматизації.

Індивідуальні ресурси також дуже важливі для захисту від потенційної стигматизації, зокрема це висока адекватна самооцінка, високий рівень життєстійкості, адаптивні копінг-стратегії, попередній досвід посттравматичного зростання. Задоволеність життям є важливим чинником профілактики стигматизації особливо у медичних працівників: чим більше випадків успішного лікування у них було, чим нижча летальність у відділенні, чим більше вони відчують задоволення від своїх поточних професійних обставин, тим менше вони схильні до стигматизації та самостигматизації.

Отже люди з більшими особистими ресурсами (доходи, освіта, соціальна підтримка) та хорошим психічним здоров'ям мають більше знань про нові інфекційні хвороби, менше хвилюються та мають меншу ймовірність стигматизації. Освіта, відкрита та чесна комунікація можуть значно покращити знання, ставлення та поведінку, пов'язані з COVID-19, та зменшити соціальну стигму. Ефективне спілкування включає експертну інформацію про хворобу (наприклад, заразність, кількість діагностованих людей, рівень смертності, розповсюдженість у громаді, із зазначенням частки людей, які інфікувались у певний момент минулого тощо) та рекомендовані заходи боротьби з інфекцією. Національні, регіональні та місцеві служби охорони здоров'я, які прозоро спілкуються та працюють надійно та ефективно, також можуть пом'якшити страх серед громади та зменшити стигматизацію та соціальну дискримінацію.

Провідними проблемами сфери соціальних контактів є з одного боку, недостатність безпосереднього спілкування з близькими друзями («брак живого спілкування», туга за тілесними контактами), з іншого – задоволеність тим, що контакти стали більш вибірковими, не випадковими, глибокими. Респонденти особливо наголошують на активізації віртуального спілкування, можливості нових контактів, інтернет-знайомств. Ставлення до переходу спілкування до інтернет-середовища відрізняється: для одних студентів – це компенсація неможливості задовольнити потребу в реальних контактах з однолітками, для інших – дратівливий, нав'язаний фактор вимушених комунікацій. Подібна полярність у позиціях висвітлюється у спілкуванні з навчальних питань, дистанційних контактів з викладачами та однокурсниками. Активно проявляється тема зміни у відносинах на самоізоляції, причому виявлені як дискурси, в яких ці зміни розцінюються як позитивні, так і дискурси, що свідчать про конфлікти, охолодження та розрив відносин. Цікавим є зв'язок комунікативної сфери з виділенням життєвих етапів, тимчасового членування життя: у оповіданнях студентів зустрічі з

друзями, спільне проведення часу відносяться до часу допандемічного минулого [56].

У дослідженнях підліткового та юнацького віку, в якому високі ризики самотності, приналежність до освітньої структури та почуття соціальної включеності важливі для мотиваційних, поведінкових та навчальних результатів, та незадоволення цих потреб має згубні фізичні, розумові та академічні наслідки [27]. Тому з погляду суб'єктивної картини навчальної діяльності у студентів актуальна ситуація переходу навчання у дистанційний формат становить науковий та практичний інтерес. Отримані дані свідчать про значущість навчально-професійної діяльності, смислової наповненості навчальної сфери для досліджуваних, інтерес до навчання, що проявляється у великій кількості висловлювань та рефлексивної позиції. Вирішуючи завдання, пов'язані з навчальним процесом, студенти змушені певним чином організувати своє життя, режим дня, поєднувати заняття та відпочинок, знайти прийнятні форми взаємодії з оточуючими членами сім'ї (якщо вони живуть з батьками) або партнерами, що може бути дієвим засобом подолання фіксації на тривожних та депресивних аспектах ситуації самоізоляції [19].

Найбільш чітко різноспрямований характер змін простежується в дискурсах, пов'язаних з батьківською сім'єю, – про сімейне дистанційне спілкування, динамічність відносин, конфлікти та протиріччя. 56% респондентів відзначили позитивну трансформацію, коли сім'ї вдається подолати напругу, скупченість, перетин потреб і знайти взаєморозуміння, побудувати поважні відносини; у 23% – зміни або амбівалентні, або нейтральні, спрямовані на збереження звичного сімейного укладу; у 22% – збільшення конфліктності, роздратування, образи, бажання дистанціюватися з найближчим сімейним оточенням. Негативні тенденції переживань більшою мірою характерні для респондентів, сім'ї яких самоізолювалися в квартирі з обмеженням ресурсів (мало простору, місця для роботи, всі працюють одночасно тощо), що зазначено як фактори ризику та в інших дослідженнях. Відзначаються і тенденції згуртування сім'ї, розвитку

спільності, емоційної чуйності, підтримки, відчуття своєї цінності в сім'ї та узгодженості позицій щодо необхідних повсякденних змін, що стає ресурсом подолання складної життєвої ситуації, що значно знижує негативні наслідки загроз ізоляції, зараження та хвороби. Отримані дані загалом узгоджуються з висновками дослідження стресу та сімейного подолання під час пандемії [18]. Самоізоляція «перевіряє» на міцність і союзи молодих людей. Дискурси з питань побуту порівняно бідні, що пояснюється проживанням більшості батьківських родин, де побутовими питаннями займається доросле покоління. Провідними темами є підтримання порядку, наведення чистоти та затишку (для підняття настрою), приготування їжі, доставка продуктів та новий досвід онлайн-замовлень, часте миття рук, продуктів [59].

Найбільш типовими в дискурсах інформаційно-технічної сфери виявилися теми проблем зв'язку, інтернету під час занять, а також невизначеність інформації на початку переходу до віддаленої форми навчання. Чітко проявляються дві тенденції: 1) обмеження інформаційного потоку («намагаюся вимикати телефон вночі, щоб позбавити себе інформації, що постійно надходить»); 2) зануреність в інфодемію («постійно монітору інформацію на різні теми»), що знаходить відображення та в інших емпіричних дослідженнях [8].

Ресурси та способи подолання труднощів найактивніше представлені темами самоорганізації, режиму дня, діяльності (налагодження дистанційного навчання, поповнення дефіциту рухів, підтримання порядку в будинку, прийнятних взаємин із домочадцями); турботи про інших людей (допомога родичам, що перебувають у тривозі та занепокоєнні, молодшим братам/сестрам у навчанні та іграх); емоційної підтримки близьких, стримування власних негативних почуттів гніву, роздратування, зусилля саморозвитку (онлайн-курси з додаткової освіти). Референти розподілені за мотиваційною спрямованістю [5] на три групи: а) страждання, терпіння; б) адаптація, подолання, стійкість; в) розвиток особистості. У кількісному плані переважаючими (75%) були висловлювання, які були віднесені до подолання

(«Доводиться змушувати себе зосереджуватися, уважно слухати лекції, бути включеною у роботу»). Висловлювання, віднесені до зазнання, страждання, відчуття безсилля, склали 10% («Я зовсім не знаю, як мені змусити себе підвищити свою активність та зацікавленість у тому, що відбувається»); 15% висловлювань демонструють зусилля із самозміни («Зараз я можу приділити більше часу саморозвитку: читання книг, вивчення цікавих тем, заглиблення у вивчення мов»). Негативні зміни підтримуються емоційними переживаннями, тривогою, стресом, оцінкою власних дій у сфері, взаємовідносинах як неефективних. Називаються фактори фрустрації: нестача руху, невизначеність, краудинг, дефіцитарність спілкування, тимчасовий цейтнот, незаповненість, порожнеча життя. У позитивних оцінках переважає тема позитивної динаміки сімейних взаємин, переваги інтернет-спілкування та дистанційного навчання, тимчасові ресурси для саморозвитку, позитивна оцінка власних зусиль з подолання

Цікаві дані було отримано І.М. Слободчиковим у вивченні суб'єктивного сприйняття переживання самотності в осіб різних вікових категорій, зокрема періоду молодості [48]. Автором представлений синонімічний ряд поняття «самотність». До нього увійшли поняття фобічного травматичного характеру - безнадійність, безпорадність, беззахисність, страх і т.п. [47]. Я. Купершмідт, К. Сігда, М. Веглер і К. Седікідес також вказували, що самотня людина відчуває емоційні проблеми, серед яких соціальна тривожність, низьке почуття власної гідності, а також сором'язливість та відокремленість, зменшення контактів з оточуючими [40]. Аналіз вищеописаних чинників, є тенденціями виникнення переживання самотності (суб'єктивне благополуччя, стиль прихильності, безнадійність, соціальна тривога), показав, що вони недостатньо розкриті у тих різних типів самотності, особливо у період молодості. Дослідження переживання самотності у віковій психології відносяться до підліткового, зрілого або похилого віку.

Людам, які переживають самотність як негативне почуття, властиві тривожність, недовірливість і невпевненість у собі. Часто вони відчують безпорадність, некомпетентність та слабкість. У них спостерігається низька терпимість до негативних переживань та підвищена чутливість до заперечення або невдачі. Типовою для таких людей емоцією є дисфорія (поєднання тривоги зі смутком). Тривогу, як правило, породжує страх стати об'єктом критики, а також ймовірність розриву залежних відносин, а сум – відсутність близьких відносин та успіхів. Їх характерні якась інтровертованість і усвідомлення проблем через песимістичну призму оцінки своїх перспектив. Таким чином, йде зменшення значення позитивних або вселяючих оптимізм аспектів. Зазвичай у таких людей завищені очікування в широкому спектрі ситуацій: що справи підуть погано або успіхи неодмінно обернуться невдачами. Як правило, має місце страх припуститися помилки, яка призведе до приниження або потрапляння в проблемну ситуацію. У зв'язку з перебільшенням ймовірності можливих негативних наслідків ці люди часто схильні до занепокоєння, пильності, скарг та нерішучості. У соціальних групах вони намагаються триматися особняком, основна травма чи загроза пов'язана з відмовою та відкиданням у зв'язку з внутрішнім специфічним мотиваційним конфліктом між напруженим бажанням вступити в контакт та суб'єктивно непереборним надмірним страхом цього контакту. О.М. Осін та Д.А. Леонтьєв відзначають, що страх заперечення виявляє виражену позитивну кореляцію із залежністю від спілкування [36].

Людам, які заперечують переживання самотності як негативне почуття, властива певна автономність, інші люди, зазвичай, не викликають вони інтересу. Вони не допускають близькості, прагнучи захистити особисту незалежність і самотність, відносячи себе до самодостатніх одинаків. Ними високо оцінюються такі якості особистості як мобільність та незалежність; у пріоритеті – самостійне прийняття будь-яких рішень і дії наодинці. Вони вважають нав'язливими інших людей і вважають, що близькість обмежує їхню незалежність. Їх найважливіша міжособистісна тактика поведінки у

тому, щоб триматися з інших людей настільки далеко, наскільки це можливо. Будь-які спроби зближення із нею сприймаються як вторгнення чи загроза. Якщо люди з цим типом переживання виявляються змушеними вступити в тісний контакт, це викликає у них почуття занепокоєння. Їм не властиве вираження почуттів мімікою чи словами. Внаслідок цього може скластися враження, що у них відсутні сильні почуття. Соціальна самоізоляція зазвичай визначається особливою особистою філософією, інколи ж переконаннями у ворожості оточення. Їхні переконання носять дуже ригідний характер, вони не здатні самі змінити думку, навіть за об'єктивної необхідності

Люди з переживанням самотності як тимчасового вимушеного явища схильні знімати з себе особисту відповідальність, тому що вони переконані, що якщо щось не виходить, то не варто виявляти завзятість, хоч і дуже хочеться, оскільки бувають ситуації, коли потрібно почекати більш сприятливого збігу обставин без втрат та розчарувань. У період вимушеної самотності відбувається максимальна концентрація на собі, виникає стурбованість своїм душевним станом, що порушує емоційний добробут. Переосмислення власного образу пояснює наявність у таких людей переконання, що в період вимушеної самотності людина обов'язково відчує вину (сором, жаль) за біль, завданий іншому, за свої погані звички, за нестачу загальної культури [53].

Пандемію можна порівняти із війною. Ворогом тут може бути будь-яка людина, яка є носієм вірусу. Будь-яка війна викликає травму, тому, після пандемії, ми можемо зіткнутися з величезною кількістю психологічно травмованих людей. І як важливо зараз опрацьовувати важкі почуття, страхи та побоювання з близькими людьми через різні опосередковані засоби зв'язку, щоб жити повноцінним життям після періоду пандемії та самоізоляції.

Пандемія COVID-19 вплинула на перебіг горювання, зокрема у таких контекстах як переживання горя від раптової смерті після прийому в реанімацію, обмежені можливості дотримуватися ритуалів, пов'язаних із

смертю, труднощі з отриманням соціальної підтримки, соціальна ізоляція, власне інфікування, втрата роботи (Pearce, Honey, 2021). Виявлено значно вищий рівень стресу, тривоги, паніки, депресії, проблем зі сном та симптомів посттравматичного стресового розладу, зумовлених пандемією. Якщо загалом горювання є нормальною реакцією на «ненормальну ситуацію» (Bertuccio, Runion, 2020), то в умовах пандемії COVID-19 слід приділяти більше уваги горю внаслідок неоднозначної втрати, випереджальному горю і горю ускладненому.

Неоднозначні втрати зумовлюють невирішене горе: високий рівень невпевненості у розвитку ситуації, психологічна присутність при фізичній відсутності втраченого об'єкта (це не лише стосується смерті близької людини, а й втрати роботи, локдауну та самоізоляції на невизначений час) посилюють реакції горювання (Neimeyer, Lee, 2021). Випереджальне (очікуване, передбачуване) горе –це емоційні реакції, які переживаються перед справжньою втратою, вони охоплюють екзистенційну самотність, заперечення, смуток, розчарування, гнів, образу, почуття провини, виснаження і зневіру у відповідь на наближення втрат (Zisook, Shear, 2009). Оскільки втрати здоров'я, функціонування та потенційні втрати близьких людей накопичуються з тим, як хвороба розвивається, процеси випереджального горя з часом лише посилюються, зумовлюючи так званий кумулятивний ефект втрат. Якщо у ситуації з невиліковними хворобами переживання випереджального горя є очевидним і очікуваним, то в умовах пандемії воно актуалізується ще до факту хвороби члена сім'ї або близького друга. На додаток до жалоби з приводу потенційних страхів щодо здоров'я чи смерті, багато хто переживає очікувані втрати основних життєвих етапів або подій, таких як випускні вечори, родинні зустрічі та весілля. У випадках ускладненого горя люди можуть відчувати важкі та дисфункціональні симптоми горя протягом тривалого періоду, що триває місяці чи навіть роки, у відповідь на втрату (Zhai, Du, 2020). Ускладнене горе може виглядати цілком схожим на тривогу чи депресію, але воно відрізняється тим, що це

пряма реакція на втрату. Симптоми ускладненого горя, як правило, включають тугу за померлим, самотність, румінацію, шок, заперечення, гнів та недовіру. Горе часто ускладнюється, коли є незалежні від обставин ситуації, що посилюють скорботу, так у контексті пандемії COVID-19 через вимоги соціального дистанціювання багато людей не змогли оплакати смерть традиційними способами, такими як прощання, проведення поминальних церемоній чи пошуку розради (Wallace, 2020). З огляду на безліч обставин та стресових факторів, що обмежують доступ до ресурсів адаптації до втрати, ускладнене горе може стати дедалі поширеним.

Особливої уваги потребує окреслення специфіки горювання дітей під час пандемії. Для дітей горе зумовлено не лише смертю рідних чи друзів, а й втратою звичного способу життя – відчуття свободи, можливості вільно пересуватися і спілкуватися без дотримання дистанції та носіння захисних масок. За даними зарубіжних досліджень () найбільше діти потерпають через виклики дистанційної освіти, неможливість відвідувати спортивні секції та брати участь у повсякденних шкільних заходах, крім того на них впливає нерозуміння потоку інформації про коронавірус зі ЗМІ та Інтернету, де часто акцентується на зростанні кількості смертей і потенційній небезпеці хвороби. Впливає на горювання дітей і економічна нестабільність в родинях, коли батьки через локдауни втрачають роботу, а відповідно й, знижуються матеріальні ресурси сімей. Не слід забувати й про жорстоке поводження та домашнє насильство, кількість який у період пандемії суттєво зростає. Якщо в контексті цих і без того складних стресових факторів настає смерть у родині, це, безперечно, сильно впливає на психологічний стан дітей та підлітків.

Конкретні обставини, пов'язані зі смертю від COVID-19, можуть становити значний фактор ризику процесу горювання дітей, оскільки дослідження показали, що несподівані та раптові втрати або контекст багатократної смерті в сім'ї сильно впливають на дітей, особливо якщо вони ще не мали досвіду переживання смерті рідних. Часто діти схильні до неправильного тлумачення наявної інформації і особисто не мають

дорожньої карти щодо переживання втрати, своїх реакцій та можливих стратегій подолання.

Натепер у психологічній науці представлено декілька зарубіжних досліджень, присвячених особливостям горювання в період пандемії, однак переважна більшість з них теоретичні, в них акцентовано на ключових категоріях, які мають стати предметом подальших емпіричних розвідок.

Висновки до першого розділу

Горе – це універсальна відповідь на втрату коханої людини, це форма, яку любов приймає, коли помирає хтось, кого ми любимо. Ми любимо кожную особливу людину у своєму житті по-своєму унікальним чином. Тож ми теж сумуємо по-своєму за кожною втраченою людиною. Однак у любові і у горя є спільні риси, такі як прихильність, поведінка, спрямована на пошук близькості, взаємна підтримка за життя та туга і смуток після розлуки, постійні думки та спогади про кохану людину. Для адаптації до втрати важливо відкриватися новому досвіду, обмінюватися ним із іншими людьми та, за потреби, звертатися до психологів чи психотерапевтів.

Переживання горя, пов'язаного з втратою, є універсальним екзистенційним досвідом людини, усвідомлюючи який вона стає здатною розуміти і переживати втрати інших людей. На жаль, життя без втрат неможливе. У сучасній соціально-історичній ситуації пандемії коронавірусної інфекції дана тема набуває особливої гостроти. У питанні про стадії горя фахівці теж обережні в судженнях, супроводжуючи їх різноманітними застереженнями. Часто підкреслюється, що в кожному конкретному випадку кількість стадій, порядок їхнього слідування, тривалість і прояви можуть помітно відрізнятись. До цього можна додати, що межі між стадіями частіше бувають стертими, що просування вперед може змінюватися відкатом назад, що в той самий час у пального можна спостерігати елементи різних стадій.

Пандемія має значний вплив на психологічний стан людей. Метою частини досліджень є визначення груп населення, найбільш уразливих до стресу, а також з'ясування факторів ризику і захисту психічного здоров'я людей. Викликом для психології є обґрунтування інтервенцій, які можуть бути реалізовані в умовах пандемії, щоб пом'якшити негативні впливи і підтримати психічне здоров'я населення, у тому числі й психологічне благополуччя.

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження реалізації сучасних психологічних підходів до діагностики особливостей переживання горя та втрати

2.1. Методологія та організація дослідження

Проблема опису та вивчення способів надання допомоги у разі переживання горя та втрати актуальні завжди. Горе чи синдром втрати – це тяжке, але природне переживання. У більшості випадків людина самотійно з нею справляється і продовжує жити, збагачена новим досвідом. Однак у цьому випадку виявляються корисні навіть мінімальні теоретичні знання щодо психологічних особливостей переживання втрати.

Метою даного дослідження є теоретичний та емпіричний аналіз психологічних особливостей переживання горя та втрати, визначення шляхів та методів надання психологічної допомоги горючим.

Задля отримання відповідей на ці запитання, нами було організовано та проведено дане емпіричне дослідження, яке складалося із декількох етапів:

- на першому етапі – підготовчому – було проаналізовано вітчизняну й зарубіжну літературу з обраної проблеми, сформульовано науковий апарат дослідження, визначено поняття «горе» та «втрата», окреслено особливості впливу пандемії COVID-19 на горювання людей різного віку;

- на другому етапі – констатувальному – сплановано програму емпірично-дослідної роботи, обґрунтовано діагностичну батарею, що дозволить виявити психологічні особливості переживання горя та втрати у вікових періодах 20-30 років, 31-45 років та старші 45 років, проаналізовано отримані емпіричні дані, сформульовано припущення про необхідність системного, інтегрованого й цілеспрямованого впливу на перебіг ускладненого горювання під час пандемії;

- на третьому етапі – формувальному – розроблено рекомендації щодо полегшення процесу ускладненого горювання та апробовано програму занять, спрямованих покращення психологічного стану горюючих під час пандемії;

- на четвертому етапі – підсумковому – узагальнено експериментальні дані, сформульовано висновки дослідження, підготовлено їх до представлення.

У нашому емпіричному дослідженні використано наступні психодіагностичні методики.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, A.S. Zigmond і R.P. Snaith, 1983, адаптація А.В. Андрущенко, 2003), опитувальник симптомів ПТСР PCL-5 (F.W. Weathers); опитувальник «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (С. Норман в адаптації Т. Крюкової); показники посттравматичного зростання визначено за допомогою опитувальника посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, в адаптації М. Магомед-Емінова); опитувальник реакцій горювання (HGRC, N S Hogan, 2001, україномовна адаптація В.Л. Зливков, 2020), COVID-стрес шкали (COVID Stress Scales, S. Taylor, 2019, україномовна адаптація В.Л. Зливков, 2020).

Отримані дані піддавалися статистичному аналізу (кореляційний r-критерій Пірсона, t-критерій Стьюдента, U-критерій Манна-Вітні) з подальшою їх якісною інтерпретацією і змістовим узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS 21.0.

Загальна вибірка досліджуваних складає 108 осіб (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки досліджуваних (n=108)

Демографічні особливості досліджуваних	Смерть від COVID-19 (n=56)	Смерть від інших обставин (n=56)
Середній вік (mean+SD)	48,6±10,3	46,4±11,8
Жінки (%)	53,9	52,9
Чоловіки (%)	46,1	47,1
20-31 рік	10 (17,86%)	8 (14,28%)

31-45 років	22 (39,28%)	19 (33,93%)
Старші 45 років	24 (42,86%)	29 (51,79%)
Кількість місяців після втрати (mean±SD)	6,8±3,1	8,4±2,6
Стосунки з померлим (%)		
Партнер	30,15	40,58
Батьки	31,62	26,81
Дитина	8,01	13,77
Сиблінг	13,24	5,07
Інший член сім'ї	4,41	3,62
Близький друг	12,58	20,29
Наскільки смерть була очікуваною (не очікувана – 0, дуже очікувана – 10, mean)	0,2	9,6
Дотримання ритуалів прощання (%)	1,47	91,31

Ключовими аспектами нашого дослідження визначено очікуваність смерті (головна характеристика передбачуваного горювання) і дотримання ритуалів прощання з померлим, що особливо актуально в умовах пандемії, зокрема на її початку (квітень-червень 2020 року).

Як видно з табл. 2.1, більшість вибірки складають особи старші 45 років (49,08%), через те, що сама дана вікова група є найбільш вразливою до COVID-19, у них багато знайомих та рідних, які померли через низку супутніх хвороб і власне коронавірусну інфекцію, що суттєво ускладнило перебіг процесу їх горювання.

2.2 Результати дослідження та їх обговорення

Виражена тривога та депресія характерні для процесу горювання.

Депресія по-різному впливає на людей і спричиняє різні симптоми: від тривалого поганого настрою і відчуття безнадії, до втрати інтересу до усього, чим ви раніше захоплювались. Можуть бути й фізичні симптоми, такі як відчуття втоми, поганий сон, відсутність апетиту чи статевого потягу, болі. Симптоми депресії коливаються від легких до важких. Більшість людей час від часу переживають стрес, тривогу або зниження настрою, тому поганий настрій може не бути ознакою депресії, якщо він покращується через короткий час.

Основні ознаки депресивного розладу такі:

- Пригнічений настрій протягом більшої частини дня. У дітей може бути дратівливий настрій.
- Знижена зацікавленість та задоволення майже в усіх видах діяльності: втрата інтересу до того, що раніше викликало захоплення, ніякі справи чи досягнення не приносять радості.
- Значна втрата чи збільшення ваги без спеціального харчування чи дієт.
- Психомоторне збудження або загальмованість: зайва метушливість чи уповільнення рухів, мовлення.
- Прояви безсоння або сонливості: важко заснути, сон поверхневий і не приносить відпочинку.
- Відчуття втоми, втрати енергії.
- Зниження здатності мислити, зосереджуватися, приймати рішення: думки зосереджуються на негативних фактах, відволікають від діяльності чи прийняття рішення.
- Почуття власної нікчемності, провини: думки та спогади про власні неуспіхи, відчуття провини перед близькими людьми.
- Повторювані думки про смерть (не страх смерті), можливі суїцидальні спроби.

Для визначення вираженості симптомів тривоги та депресії нами використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Результати досліджуваних за шкалою HADS

Досліджувані	HADS Депресія	HADS Тривога
20-30 років	9,08	11,37
31-45 років	8,12	10,84
Старші 45 років	11,48	16,49

Як видно з табл. 2.2, практично всім досліджуваним властива так звана субклінічна депресія – природній стан, зумовлений втратою, найбільше вона виражена у найстарших учасників дослідження та часто зумовлена високим рівнем самотності, порівняно із молодшими особами, які мають ширше коло спілкування. Натомість у всіх горюючих виявлено високі показники за шкалою тривоги, яка також дуже негативно впливає на перебіг горювання та адаптації до втрати близької людини.

Реакція на втрату найздоровішої гармонійної особистості – це депресія, а смерть близького – шокова психотравма для будь-якої людини. На жаль, до психолога звертаються за допомогою нерідко лише тоді, коли розгортаються проблеми зі здоров'ям, а це далеко не перша стадія синдрому втрати. Формула психологічної підтримки такої людини – це «робота горя», а потім формування нових моделей життя із втратою. У житті цей процес не завжди йде у правильному напрямку, що є причиною множини психосоматичних хвороб. Одні не хочуть або не можуть висловлювати свої емоції, заганяють горе вглиб через виховання, звички стійко придушувати почуття, зниження інтелекту; іншим нема з ким поділитися або їх нікому пошкодувати. У результаті депресію, напруженість, тугу багато хто заглушає алкоголем, додаючи собі проблеми та діагнози.

Згідно з опитувальником реакцій горювання (HGRC), у досліджуваних спостерігаються паніка, розпач, особистісне зростання, провина та гнів, відстороненість та дезорганізація (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Особливості реакцій горювання досліджуваних різного віку

Показники горювання	20-30 років	31-45 років	Старші 45 років
Паніка	48,42**	43,11	42,75
Розпач	32,11	30,81	38,77**
Особистісне зростання	39,76**	36,48**	21,17
Провина та гнів	20,58	21,75	21,96
Відстороненість	10,16	11,22	11,86
Дезорганізація	16,95	15,18	14,99

Отже, паніка як реакція горювання найбільше властива досліджуваним до 30 років, особливо якщо смерть рідного була раптовою, неочікуваною, натомість розпач, зумовлений втратою насамперед партнера, очікуваною самотністю більше властивий старшим 45 років (відмінності статистично значущі при $p=0,001$). Особистісне зростання як чинник адаптації до втрати спостерігається у досліджуваних до 45 років, ці відмінності також є статистично значущими (при $p=0,001$). Стосовно провини, гніву, відстороненості та дезорганізації, вони виражені у всіх досліджуваних на помірному рівні та значущих відмінностей між різними віковими групами нами виявлено не було.

У випадку травмівної втрати спостерігаються симптоми ПТСР (посттравматичного стресового розладу). Ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР за опитувальником PCL-5 (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Особливості вираженості симптомів ПТСР (PCL-5)

Вік	Критерій В	Критерій С	Критерій D	Критерій Е
Всього	1,61	0,85	1,44	2,11
20-30 років	1,88	0,63	2,01	3,02
31-45 років	1,37	0,79	1,37	1,89

Старші 45 років	2,01	1,29	1,02	1,74
-----------------	------	------	------	------

Отже, у досліджуваних різного віку найбільше виражений критерій Е (збудження), критерії В (інтрузії) і С (уникнення) найбільше властиві досліджуваним старшим за 45 років, критерії D (негативні зміни в емоціях і переконаннях) і Е (збудження) – досліджуваним молодшим за 30 років. Найменше симптоми ПТСР виражені у горюючих віком 31-45 років ($\Sigma = 5,42$), а найбільше у молодших за 30 років ($\Sigma = 7,54$), у осіб, які переживають травмівне горе, старших за 45 років сумарний показник ($\Sigma = 6,06$). Статистичних відмінностей за сумарним показником виявлено не було (при $p > 0,05$). Ми відзначаємо узгодженість критеріїв методики PCL-5 (між критеріями В-Е існує позитивний кореляційний зв'язок при високому рівні значущості $p < 0,001$). Однак критерій А статистично значуще корелює лише із критерієм Е (збудження), тобто можемо констатувати, що травмівна подія зумовлює роздратованість, підвищену збудливість, настороженості і проблеми зі сном, але загалом сам факт наявності травмівної події не завжди зумовлює розвиток симптомів ПТСР (оскільки для його діагностики лише одного критерію Е недостатньо).

Мінімальна кількість балів, які досліджуваній може отримати за даною методикою – 17, максимальна – 85, відповідно 34 є середнім можливим балом за опитувальником PCL-5. Діагноз ПТСР визначається від 45 балів і вище. Переважна більшість досліджуваних віком від 20 до 60 років отримали бали у діапазоні 36-44. Відповідно до орієнтовних граничних значень симптомів ПТСР, це означає, що такі досліджувані повинні отримувати допомогу (у тому числі й психологічну) на базі центрів первинної медичної допомоги; лише 3,12% досліджуваних потребують спеціалізованої допомоги на базі психіатричних відділень або амбулаторної консультації лікаря-психіатра.

Для визначення показників посттравматичного зростання було обрано Опитувальник посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун, адаптований М. Магомед-Еміновим, 1996). Дана методика містить 21

тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей, що формують п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя, а також загальний індекс посттравматичного зростання. Змістовні характеристики шкал при високих значеннях сумарного балу. *Шкала «Ставлення до інших»*. Особистість стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям. Вона почала докладати більше зусиль задля встановлення позитивних взаємин з людьми, частіше визнавати, що потребує їх підтримки та допомоги, стала більше цінувати інших людей. *Шкала «Нові можливості»*. Після кризової ситуації в особистості з'явилися нові інтереси, вона стала впевненішою у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо. *Шкала «Сила особистості»*. Особистість стала краще розуміти, що може долати життєві негаразди, виявилось, що вона значно сильніша, ніж вважала досі. *Шкала «Духовні зміни»*. Особистість стала краще розуміти духовні проблеми, стала більш віруючою. *Шкала «Підвищення цінності життя»*. В особистості змінилися життєві пріоритети, вона стала цінувати кожен прожитий день, намагатися зробити його змістовнішим. Досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми [].

Графічно отримані результати можна представити наступним чином.

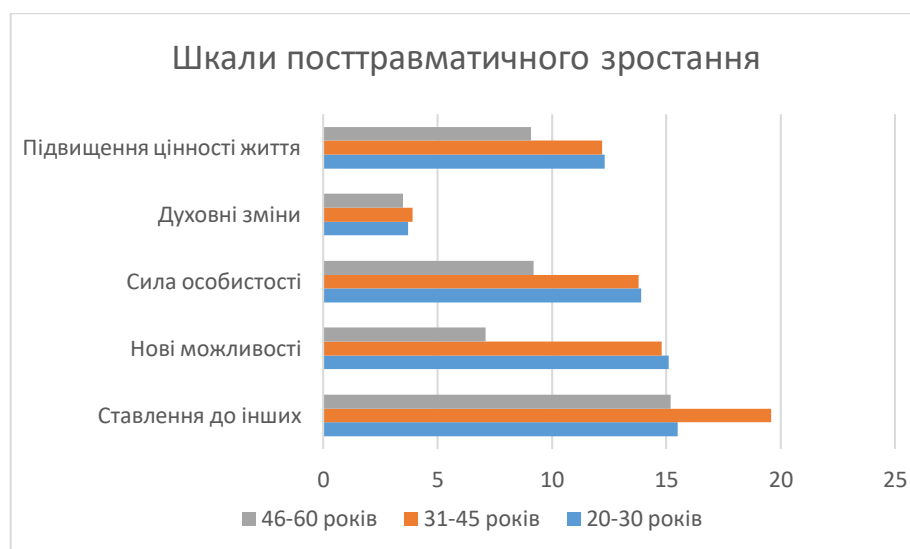


Рис. 2.1 Особливості посттравматичного зростання осіб різного віку, які переживають горе та втрату

Отже, у результаті емпіричного дослідження визначено, що наймолодші учасники нашого дослідження мають найвищі показники за шкалою «Нові можливості» (15 осіб, 83,33 %), всі інші шкали методики виражені у них на середньому рівні. Індекс посттравматичного зростання достатньо високий (16 осіб, 88,89% досліджуваних мають високий загальний показник методики). Тобто, у осіб до 30 років після кризової ситуації, якою є переживання втрати з'явилися нові інтереси, вони стали впевненішими у собі, у власних можливостях позитивно впливати на своє життя, змінювати те, що можливо змінити і приймати як даність те, що змінити жодним чином неможливо. У досліджуваних підвищилось сприймання цінності власного життя, вони зрозуміли, що значно сильніші, ніж вважали досі та можуть долати навіть, на перший погляд, ситуації безвиході. Отже, посттравматичне зростання досліджуваних до 30 років можемо не лише констатувати, а й вважати значно вираженим.

Досліджувані віком від 31 до 45 років характеризуються високим індексом посттравматичного зростання (високі показники виявлено у 33 осіб - 80,49% і низькі – лише у 3 осіб, 7,31%), найменше у них виражені духовні зміни (високі показники лише у 6 осіб – 14,64% досліджуваних і низькі – у 24 осіб – 58,54%), а найбільше – «підвищення цінності життя» (високі бали у 37

осіб, що становить 90,24%) та «нові можливості» (високі бали у 18 осіб, тобто у 41,91%). Тобто досліджувані даної вікової групи в результаті адаптації до втрати та неускладненого горювання отримали нові інтереси, нерідко – змінили пріоритети своєї діяльності, стали більш впевненими у собі, більше цінують власне життя, намагаючись зробити його змістовнішим.

Виявлено, що досліджувані старші за 45 років не мають високих показників за жодною зі шкал, середні – за «сила особистості» (22 особи, 41,51%) і «підвищення цінності життя» (37 осіб, 69,81%) та низькі за усіма іншими шкалами, при цьому більшість досліджуваних даної вікової групи характеризуються помірно вираженим індексом посттравматичного зростання (42 особи, 79,24%). Статистичний аналіз за допомогою критерію Манна-Вітні значущих відмінностей у вираженості компонентів посттравматичного зростання між досліджуваними віком до 30 років і 31-45 років не виявив ($p > 0,05$); натомість за шкалою «нові можливості» такі відмінності є статистично значущі ($U = 16,001$, $p = 0,010$). Подібна ситуація спостерігається й стосовно даної шкали для вікових груп 31-45 років і старших за 45 років ($U = 53,500$, $p = 0,021$), тобто найменше появою нових можливостей в результаті адаптації до переживання горя та втрати характеризуються найстарші учасники нашого дослідження.

Оскільки наше емпіричне дослідження проводилося під час пандемії, ми використали у ньому COVID-стрес шкали, які дозволили оцінити наступні показники осіб, які переживають горе та втрату: (1) страх щодо небезпеки COVID-19, (2) страх щодо джерел зараження, пов'язаних з COVID-19 (тобто предмети, поверхні), (3) COVID-19-ксенофобія (тобто страх, що іноземці є джерелами COVID-19), (4) страх щодо особистих соціальних та економічних наслідків COVID-19 (наприклад, страх відсутності грошей, втрати роботи, пограбування), (5) тривожний пошук новин, пов'язаних з COVID-19 (перевірка засобів масової інформації або соціальних мереж, пошук підтверджень у друзів чи медичних працівників) та (6) симптоми

травмівного стресу, пов'язані з COVID-19. Результати представлено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Особливості COVID-зумовленого стресу осіб, які переживають горе та втрату (середні значення)

Показники	20-30 років	31-45 років	Старші 45 років
страх щодо небезпеки COVID-19	11,23	10,28	11,16
страх щодо джерел зараження, пов'язаних з COVID-19	3,45	3,18	2,94
COVID-19-ксенофобія	0,12	0,45	0,19
страх щодо особистих соціальних та економічних наслідків COVID-19	14,27	15,09	16,06
тривожний пошук новин, пов'язаних з COVID-19	4,12	5,19	4,25
симптоми травмівного стресу, пов'язані з COVID-19	18,11	17,26	21,16**

Отже, досліджуваним властиві симптоми травмівного стресу, пов'язані з COVID-19 (виявлено статистично значущі відмінності між групами досліджуваних до та після 45 років, при $p=0,002$), страх щодо особистих соціальних та економічних наслідків COVID-19 та страх щодо небезпеки COVID-19, всі інші шкали виражені у горюючих на низькому рівні

Узагальнені результати за усіма методики психодіагностичного дослідження наведено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Психологічні особливості горювання досліджуваних, чиї рідні померли внаслідок COVID-19 та за інших обставин

Критерії	Смерть від	Смерть від інших	Критерій
----------	------------	------------------	----------

	COVID-19 (n=56)	обставин (n=56)	Манна- Вітні (U)
HADS Депресія	9,85	9,16	698,0
HADS Тривога	13,94	6,83	234,0**
HGRC – Розпач	30,81	30,76	1286,0
HGRC – Паніка	44,47	36,33	382,0**
HGRC – Особистісне зростання	22,11	20,48	961,5
HGRC – Провина і гнів	22,18	17,63	522,0**
HGRC – Відстороненість	11,31	7,12	903,0**
HGRC – Дезорганізація	15,94	16,84	1296,0
PGI – Ставлення до інших	2,67	25,91	128,0**
PGI – Нові можливості	3,66	4,48	2429,0
PGI – Сила особистості	1,68	10,82	213,0**
PGI – Духовні зміни	1,89	2,06	1947,0
PGI – Підвищення цінності життя	14,85	13,94	899,5

HADS – Госпітальна шкала тривоги і депресії; HGRC – Опитувальник реакцій горювання; PGI – опитувальник посттравматичного зростання; **відмінності статистично значущі при $p=0,001$; * відмінності статистично значущі при $p < 0,05$

За методикою HADS в обох вибірках виявлено субклінічно виражену депресію, так званий межовий стан, однак у випадку смерті від коронавірусу рідні відчувають помірно виражену тривогу, тоді як після смерті від онкологічних хвороб родичі відзначають відсутність достовірно виражених симптомів. Наші попередні розвідки показали, що тривога, зокрема онконастороженість, канцерофобія виявляються через рік-три після смерті їх рідних в наслідок раку.

Панічна поведінка, мається на увазі не лише панічні напади, які також дуже властиві досліджуванім, а й тривога та психосоматичні симптоми, включаючи головні болі, болі в животі та болі в спині, властива більше

родичам померлих від COVID-19, до того ж процес їхнього горювання характеризується вираженою провиною і гнівом, зокрема на власну долю, почуттям відстороненості від себе та від інших, що особливо посилюється заходами вимушеної самоізоляції та стигмою «коронавірусу» характерною для часів пандемії. Ми зазначаємо, що у доковідні часи була поширена стигматизація онкохворих, яких часто звинувачували у хворобі через недотримання здорового способу життя, психологічні проблеми тощо, тоді як нині стигма COVID-19 і зумовлена нею маргіналізація стає дедалі поширеною.

Ми констатуємо низький рівень особистісного зростання в обох вибірках, що статистично значуще корелює із загальним низьким рівнем посттравматичного зростання досліджуваних ($r=0,894$, $p=0,001$). Особистісне зростання за HGRC означає відчуття, що після втрати людина стала більш милосердною, толерантною до себе та інших, навчилася вибачати себе та людей навколо, оптимістично дивитися у майбутнє. Звідси й інша статистично значуща негативна кореляція – з рівнем тривоги за методикою HADS ($r= - 0,755$, $p=0,003$), так високий рівень тривоги зумовлює низький рівень особистісного зростання і навпаки; тривога позитивно корелює із почуттям провини та гніву ($r=0,817$, $p=0,001$), відчуття образи на долю, звинувачення себе та обставин у смерті рідних лише посилює вираженість тривоги і ускладнює процес горювання та адаптації до втрати.

Отже, родичі померлих від COVID-19 мають більше виражені реакції горювання і менше – особистісного і посттравматичного зростання, то у випадку смерті від онкохвороб рідні мають вищі показники за посттравматичним зростанням, зокрема за такими шкалами як «ставлення до інших» і «сила особистості». Не в останню чергу це зумовлено наявністю паліативного догляду та мережі соціальної підтримки. Ключовим моментом є те, що людина, яка доглядала за онкохворим, стала краще розуміти, що може долати життєві негаразди і значно сильніша, ніж вважала досі, паліативна допомога, особливо, коли вдається мінімізувати больовий синдром, є

важливим чинником підвищення самоефективності особистості, полегшує її адаптацію до втрати і знижує вираженість симптомів горювання. Вже наголошувалося, що при коронавірусі та його ускладненнях, паліативний догляд в родині неможливий, що, у свою чергу, посилює переживання безсилля перед ситуацією і знижує рівень самоефективності особистості. Звідси, статистично значущий негативний кореляційний зв'язок між «силою особистості» методики PGI і «провиною та гнівом» методики HGRC ($r = -0,738$, $p = 0,001$). Високі показники за шкалою «ставлення до інших» свідчать про те, що людина стала більше розраховувати на інших людей, відчувати більшу близькість з оточуючими, охочіше виражати свої емоції, зокрема й співчуття іншим людям, частіше визнавати, що потребує підтримки та допомоги. Однак у випадку в родині хвороби на COVID-19, соціальна підтримка зведена до мінімуму, її відсутність посилює тривогу і відчуття відстороненості, ізоляваності від соціуму. Ми констатуємо наявність статистично значущих негативних кореляцій між шкалами «ставлення до інших» методики PGI і шкалою «тривоги» HADS ($r = -0,817$, $p = 0,001$) та шкалою «відстороненості» HGRC ($r = -0,851$, $p = 0,004$). Зазначимо, що після втрати у всіх досліджуваних не минуло ще року, тобто природній цикл горювання не завершено, звідси високі показники за шкалами негативних симптомів і низькі – за особистісним і посттравматичним зростанням.

Ми зазначаємо, що для осіб до 45 років характерно переважно нормальне (неускладнене горювання), тобто відсутність тривалого застрягання на будь-якій стадії горя або будь-якого стану; поява якихось позитивних почуттів після півроку з моменту втрати або раніше; зниження інтенсивності горя. Виражений смуток, плач, поглиненість чином померлого та інші прояви гострого горя поступово знижуються, і людина виходить на шлях повернення до повсякденного життя, де думки про померлого не впливають на працездатність та продуктивність. При цьому вважається нормальним, коли симптоми пережитого гострого горя повертаються в період настання пам'ятних дат, подій, пов'язаних із померлим.

Натомість, старшим за 45 років часто властиво ускладнене горювання: неможливість і неприйнятність собі радості та інших позитивних емоцій; відчуття закінченості та власного життя; уявлення, що гострий біль від втрати ніколи не пройде; небажання припинення болю та страждання. Уявлення, що це єдине, що ще пов'язує горючого з померлим; ідеалізація образу померлого чи ідентифікація із нею; зосередженість лише з діяльності, що з померлим. Відмова займатися чимось, крім цієї діяльності; тривала повна відстороненість від рідних та близьких. Під час переживання горя людина може зупинитися однією зі стадій горя. Симптоми та прояви, характерні для цієї стадії, можуть посилитися тривалий час у цьому випадку теж можна говорити про прояв ускладненого горя. Частіше таке трапляється за таких несприятливих умов: раптовість втрати (несподівана чи насильницька смерть); конфлікт чи неприємна розмова, що сталася напередодні смерті; почуття провини перед померлим внаслідок події, що сталася напередодні смерті; ситуація невизначеності та невідомості (близький пропав безвісти, тіло його не поховано тощо); збіг у часі кількох травмуючих ситуацій. Патологічне горе може набувати таких форм: затяжний хронічний характер горя. Тривалість переживання горя та його стадій індивідуальні та чітко не визначені. Однак якщо через багато років втрата переживається досить інтенсивно, можна говорити про ускладнене горе; пригнічене горе. Зовнішні ознаки горя, що усвідомлюються, не виявляються. Натомість з'являються, наприклад, фізичні прояви, скарги на здоров'я; раптове горе, пов'язане з несподіваною втратою та нездатністю впоратися з цим сильним переживанням; горе, переживання та прийняття якого відкладається у часі; не проявлене горе внаслідок його заперечення. Відсутність переживань, заперечення факту втрати чи заперечення своїх почуттів щодо втрати та інших.

Проаналізувавши результати теоретичного та емпіричного дослідження проблеми горя та втрати, можна зробити такі висновки. Подібний стан різною мірою актуальний практично для всіх. Більшість дослідників

відносять стан горя та втрати до природних проявів людської психіки. Людина, яка переживає цей стан, потребує допомоги з боку оточуючих. Одним із видів такої підтримки буде супровід горючого по стадіях переживання втрати, дозвіл на прояв почуттів та створення умов для повернення до звичайного життя в ході психологічних консультацій або у контексті психокорекційних занять.

2.3. Психологічні засоби корекції переживання горя та втрати у період пандемії COVID-19

При всьому тому, що горе має протікати природно, можна робити певні кроки до того, щоб полегшити його, створити умови для повноцінного перебігу. Західні психологи пропонують безліч порад на допомогу тим, хто переживає втрату [45, 47, 64]:

- Дозвольте відчувати біль і втрату. Знайдіть час для того, щоб переживати свої думки і почуття, поміркувати про себе і своїх близьких, хороші часи, які ви провели разом. Прийміть себе і свій біль, свої емоції (і позитивні, і негативні), свій шлях лікування. Дайте собі час, щоб пройти його, і звільніть себе від певних очікувань.

- Відкрито висловлюйте свої почуття. Дозвольте собі плакати, сльози приносять полегшення та зцілюють. Не дозволяйте гніву розростатися, спрямовуйте його в здорове русло: кричіть у відокремленому місці, бігайте, займайтеся спортом та фізичною працею.

- Виявіть будь-які «незавершені справи» та спробуйте вирішити їх. Не бійтеся говорити з людиною, яка померла, - це здоровий шлях пробиратися через «незакінчені справи». Напишіть листа до померлого. У ньому, наприклад, можна розповісти про свої почуття та попрощатися – це інший дієвий спосіб розібратися з «незавершеними справами».

- Знайдіть хорошого слухача, з яким можна розділити своє горе (ним може бути людина, яка теж втратила близького). Говоріть про свою втрату, свої спогади, досвід спільного життя з коханою людиною та про її смерть.

- Приймайте допомогу та підтримку, коли вони пропонуються. Не соромтеся звернутися за допомогою. Ваші рідні та друзі не вміють читати ваші думки – попросіть у інших те, що вам потрібно.

- Якщо це важливо для вас, знаходите розраду в релігії та духовності. Поговоріть зі священником, сходите до церкви, підтримуйте зв'язок із церковною громадою.

- Піклуйтеся про себе та своє фізичне самопочуття. Ваше тіло потребує енергії, щоб відновитись. Більше відпочивайте, лягайте спати раніше, намагайтеся їсти збалансовану їжу. Дозволяйте собі невеликі фізичні насолоди, такі як гаряча ванна, післяобідній сон, улюблені страви. Уникайте зловживання алкоголем. Так як алкоголь є депресантом, він діятиме так, що в кінцевому підсумку ви почуватиметеся гірше. Займайтеся гімнастикою; фізична активність сприяє зняттю напруги та фізичного вивільнення емоцій.

- Намагайтеся зберегти свій основний стиль життя. Уникайте прийняття кардинальних рішень та великих життєвих змін (наприклад, переїздів, зміни роботи або значних взаємин) протягом першого року після втрати. Це допоможе вам зберегти своє коріння та почуття безпеки.

- Прислухайтеся до себе: ви часто знатимете, що вам потрібно. Якщо ви в невизначеності, прислухайтеся до довірених членів сім'ї або друзів (до когось, хто ставить ваші інтереси на перший план), які допоможуть вам підтримувати контакти з реальністю.

- Встановлюйте межі можливого. Не бійтеся сказати «ні» собі чи іншим. Будьте поблажливі до себе, не чекайте надто багато від себе прямо зараз.

- Усвідомлюйте біль вашої родини або друзів, якщо вони також були вражені втратою. Будьте терпимі до їхніх помилок. Вони теж відчувають стрес і можуть не знати, як упоратися з горем.

- Робіть щось для інших людей. Це може трохи полегшити ваш біль. Наприклад, зателефонуйте другу і слухайте його, поговоріть з самотньою людиною, виконуйте якусь волонтерську роботу.

- Дозвольте собі зробити паузу в горюванні. Хоча пройти через горе необхідно, проте вам не потрібно постійно фокусуватися на ньому. Можна знайти відповідні «відволікання», такі як обід з другом, читання хорошої книги, слухання музики, вихід у кіно, відвідування масажу тощо.

- Чекайте на рецидиви. Горе приходить і йде. Якщо емоції знову набігають як приливна хвиля, ви можете переживати незавершену частину горя.

- Якщо процес лікування стає дуже складним, звертайтеся за професійною допомогою. Читайте книги про горе або відвідайте групи підтримки, якщо це можливо.

- Приготуйтеся до свят та роковин. Вирішіть, чи хочете ви слідувати певним традиціям або створити нові. Плануйте заздалегідь, як ви хочете провести час і з ким.

На думку Дж. Рейнуотер, для людини, що переживає втрату, особливо важливо «прагнути усвідомлювати всі свої думки та почуття та ділитися ними з тими, хто співчуває йому» [25, с. 219]. Інші автори зазначають також, що горючому корисно вести щоденник.

Дуже часто, особливо якщо йдеться про смерть родича, горе захоплює не одну людину, а багатьох людей. Втрата здебільшого стає не індивідуальною, а загальною подією, і в цьому є безперечні переваги, очевидні ресурси, але є і складні моменти. Візьмемо найпоширеніший випадок – сімейне горе. Смерть близького впливає всіх членів сім'ї. Кожна сім'я йде своїми власними шляхами подолання смерті. На сімейні настанови та реакції впливають культурні та духовні цінності, а також взаємини між членами сім'ї. Потрібен час для того, щоб сім'я, що потерпіла втрату, відновила їх баланс. Здатність кожного члена до горюванню разом з іншими дуже допомагає сім'ї подолати втрату. Кожна людина переживатиме втрату своїм власним чином і матиме власні відмінні потреби. Як би важко це не було, для членів сім'ї важливо залишатися відкритими та чесними у спілкуванні.

Ми сформували терапевтичну групу, яка складалася із 18 осіб, які пережили втрату близької людини під час пандемії COVID-19 та провели з ними 5 зустрічей, тривалістю по 1,5 година, крім того в скайп, телеграм і вайбер режимі учасників групи консультував психолог-фахівець із горювання. Крім того, було сформовано контрольну групу із 18 осіб, які також зазнали втрати під час пандемії, але не відвідували психолога (окрім нерегулярних онлайн зустрічей та читання популярної літератури з проблем горювання). До та після формувального експерименту нами було проведено психодіагностичне дослідження.

Зміст терапевтичних зустрічей.

Зустріч 1

Психогімнастика. Ведучий: «Я буду називати числа. Відразу ж після того, як число буде названо, повинні встати саме стільки людей, яке число прозвучало (не більше і не менше). Наприклад, якщо я говорю «чотири», то як можна швидше повинні встати четверо з вас. Сісти вони зможуть лише після того, як я скажу «дякую». Виконувати завдання треба мовчки. Тактику виконання завдання слід виробляти в процесі роботи, орієнтуючись на дії один одного». Тренер кілька разів називає групі різні числа. Спочатку краще назвати 5-7, в середині – 1-2. В ході виконання вправи тренер блокує спроби учасників групи обговорити і прийняти будь-яку форму алгоритмізації роботи. Під час обговорення тренер може задати групі кілька питань: «Що допомагало нам справлятися з поставленим завданням і що ускладнювало виконання?», «На що ви орієнтувалися, коли приймали рішення вставати?», «Яка у вас була тактика?», «Як можна було організувати нашу роботу, якби у нас була можливість заздалегідь обговорити спосіб вирішення цього завдання?».

Психоедукація. Обговорення копінг-стратегій (адаптивних, відносно адаптивних і неадаптивних), окреслення можливостей використання адаптивних копінгів у різних ситуаціях. Дискусія з приводу того, як один вид

копінгу в одній ситуації може бути адаптивним, а в іншій – ні (наприклад, «покора»).

Вправа з МАК «1 карта»: Кожен учасник наосліп витягує одну карту і описує її. Акцент на тому, що допоможе людині на зображенні впоратися з його ситуацією? До кого вона зможе звернутися за допомогою? Чому ця ситуація її навчить?

Зустріч 2

Робота з метафоричними асоціативними картами за Н. Дмитрієвою

1 карта – яка ти сьогодні? Карта твого сьогоднішнього дня. Опиши докладно. Що бачиш? Що відчуваєш, коли дивишся на неї? Про що думаєш?

Наскільки балів із 10 тобі зараз боляче? (Оцінювати рівень болю на кожному етапі терапії)

Вибери карти, які відгукуються на цей стан або твою проблему в цілому. Розклади їх так, як ти хочеш.

Вибрані карти – це 100% твого стану, а скільки відсотків становить у твоєму стані кожна з них? Напиши відсотки та поклади їх під кожною карткою? Розкажи цю історію як значущість кожної карти – від найменш значимої. Що поєднує ці карти? Про що вони всі? Якщо клієнт вибирає багато карток, потрібно попросити об'єднати кілька карток за змістом, так щоб в результаті вийшло до 7 карток.

Будь-яка людина може бути і гарною, і поганою одночасно, немає виключно поганих і тільки хороших людей, ми всі – 100 відтінків сірого. Так і ситуації – у кожній з них є як погане, так і хороше, добре найчастіше – це набутий досвід, який можна ефективно використати в подальшому житті. Давай подивимося, що хорошого у твоїй ситуації.

Вибери одну карту, що хорошого з'явилося зараз? Що змінилося у позитивному напрямку? Який позитивний досвід набутий?

Вибери карти, на що хотілося б зараз спрямувати свою енергію, який позитивний досвід стане вам у нагоді? Розклади вибрані карти, як ти хочеш. Якщо вся історія це 100%, то наскільки відсотків кожна карта зараз

актуальна? Розкажи свою історію з цих карт. Якщо клієнт вибирає багато карток, потрібно попросити об'єднати кілька карток за змістом, так щоб в результаті вийшло до 7 карток.

Як ти думаєш? Чи можна об'єднати карти з першого та другого розкладу (оповідання про негативний та позитивний вплив травми)?

Давай подивимося, що допоможе тобі інтегрувати отриманий досвід у твоє життя, які ресурси ти зможеш використати, щоб досвід отриманої травми був на благо?

Розкласти доріжку ресурсних карток COPÉ. Обговорити кожний ресурс.

Після промови ресурсів використовувати техніку «Міст»

Вибери карту, яка відповідає твого стану. І вибери карту, що б ти хотіла? Який хотіла б бути? Розклади їх так, як зручно тобі (чим більше дистанція між 1 і 2 картою, тим ситуація складніша, тим більше карт може знадобитися)

Вибери три дії, які ти робитимеш з завтрашнього дня, щоб від карти 1 перейти до карти 2. Щоб досягти бажаного результату.

Уяви, що це міст. Ти зараз на одному березі, а твоя мета – на іншому, тобі треба перейти мостом. Як ти підеш? В якому взутті? У чому будеш одягнена? Підеш швидко чи повільно? Кого чи що візьмеш із собою? Скільки часу тобі знадобиться для цього переходу? Що гальмуватиме тебе, а що – прискорювати?

Як ти зараз відчуваєшся? Про що думаєш? Що хочеш сказати саме зараз?

Зустріч 3

Психогімнастика. Всі учасники сідають у коло. «Зараз у кожного з вас буде 1,5 хвилини для того, щоб звернутися до групи. Мета звернення: допомогти кожному відволіктися від проблем, що не відносяться до нашої роботи, зосередившись на ситуації «тут і тепер», повністю включитися в роботу». Після того як всі учасники виконають це завдання, тренер

звертається до групи з питанням: «Чиє звернення подіяло на вас найсильніше, допомогло включитися в ситуацію «тут і тепер», відволіктися від проблем, що не відносяться до групової роботи?».

Дискусія «Визначення думок, які негативно впливають на самопочуття людини».

Вправа на трансформація негативних думок у позитивні. Учасники отримують листки А3, олівці, дрібні предмети. «Уявіть, що листок паперу, це Ваше життя, розділіть його на три ділянки: 1 частина – ділянка негативної реакції, 2 – хаосу, розриву шаблону, 3 – нового, позитивного образу. У першому просторі почніть збирати з дрібних предметів ту мислеформу, яка Вас турбує (все погано, мені боляче, мене все зраджують, немає грошей тощо). Вона може виглядати як слово: біль, зрада, дефіцит або як образ: камінь, чорна хмара, гострий меч ... Якийсь час подивіться на цю конструкцію. Скажіть: «Це було. Це – частина мого життя, мого досвіду». Тепер перенесіть деталі конструкції в другу ділянку хаосу. Покладіть їх у випадковому порядку. Пориньте в розбалансований стан. Спостерігайте, відчувайте розрив шаблону. Далі, в третій ділянці почніть збирати нову мислеформу (всі з тих же деталей, які переносяться з другої зони), вона теж може бути схожа на слово, зібране з намистин, скріпок: впевненість, здоров'я, щастя тощо, можливо, Ви збереже ціле речення. Це – образ, що відображає Ваш новий, бажаний стан. Відчуйте, уявіть, як разом з побудовою нового образу на підлозі (на столі), у Вашій голові збирається нова ланцюжок позитивного мислення.

Зустріч 4

Спосіб лікування горя, запропонований Джоном Джеймсом (J.W. James) і Расселом Фрідманом (R. Friedman) [35]. Цей метод заснований на тому, що горе складається з суперечливих емоцій, які виникають у відповідь на будь-які втрати або зміни звичних моделей поведінки. Джеймс і Фрідман стверджували, що непророблене горе майже завжди включає почуття, які не були виражені [34]. За допомогою цього методу скорботні люди вчаться

висловлювати свої почуття та завершувати емоційні стосунки з об'єктом горювання. Перевагою цього є також те, що може бути використаний як і індивідуальної, і у груповий роботі. Робота з цим методом складається з декількох етапів, які в даній статті можна представити в узагальненому вигляді [1]. На першому етапі клієнт будує граф відносин, що наочно відображає всі значущі (і позитивні, і негативні) аспекти відносин з померлою людиною. На другому етапі клієнту пропонується заповнити таблицю, яка включає 3 стовпці. У графі «вибачення» клієнту необхідно перерахувати те, за що хочеться вибачитись перед померлою людиною; у графі "прощення" - те, за що клієнт готовий його пробачити; все невиражені емоційні висловлювання, які суб'єктивно не потрапляють у вищезгадані категорії, перебувають у графі «значні емоційні висловлювання». На третьому етапі клієнту пропонується написати листа тому, за ким він сумує. У листі клієнту пропонується висловити свої емоції, вибачитись і пробачити людині, якій адресовано листа. Потім клієнту пропонується прочитати цей лист вголос, що допомагає йому вербалізувати свої почуття, а також бути почутими іншою людиною (психологом чи групою). Автори цього способу припускають, що прочитання листи є важливим етапом відпускання втрати, що у цьому контексті означає не забуття, а, швидше, відпускання болю, викликаного горем, тому лист покликаний завершити процес лікування [35].

Зустріч 5

Вправа «Лист померлому» є корисною для підлітків та дорослих. Мета цієї вправи полягає в тому, що клієнт у листі викладає те, що він не встиг сказати померлому за життя. Клієнт повинен визначити комусь із померлих членів своєї сім'ї, друзів чи знайомих він хотів би написати листа. У цьому листі він може написати, як ідуть його справи, що відбувається в житті, які плани він будує на майбутнє. Так само він може висловити невисловлені досі почуття, розповісти, що означала йому ця людина, як він пережив її смерть. Час написання листа обмежений та становить 20 хвилин.

Окреслимо загальні принципи та стратегії психологічної допомоги у горі, на які слід спиратися психологу у своїй практичній роботі.

Бути поруч. Переживання смерті близького не варто сприймати як проблему, яку можна вирішити. Людина, яка понесла втрату, страждає від порожнечі і від того, що неможливо змінити. Тому присутнім поруч, чи він є професійним психологом чи другом, насамперед важливо бути з горючим, співпереживати йому, давати відчуття опори та слухати, слухати, слухати. Буває, що співрозмовником, навіть якщо він психолог, має бажання розповісти про свій (або чийсь інший) досвід переживання втрати: іноді – щоб продемонструвати своє розуміння, іноді – з метою підказати шлях відновлення, іноді – в надії, що людина відчує своє горе не таким вже й унікальним. У деяких випадках це може бути доречним за умови, що вибраний підходящий момент і втрата, про яку розповідається, була не менш трагічною. Однак найчастіше одкровення про чуже горе, особливо, якщо вони несвоєчасні, не приносять полегшення слухачеві, що страждає з приводу своєї втрати, але проходять повз нього і можуть навіть порушувати контакт. Тому краще все-таки саме слухати, слухати, а не говорити.

Дати можливість висловити почуття. Як ми вже з'ясували, почуття це живий двигун роботи горя. З одного боку, не можна змусити людину виявляти свої емоції, якщо вона до цього ще не готова, з іншого боку, важливо, по можливості, стимулювати вираження почуття. Навіть якщо людина дуже стримано говорить про свою втрату, потрібно бути готовою до сплеску емоцій та підтримувати їхній прояв. Акцентування уваги на емоційно значущих моментах допомагає актуалізувати наявні почуття, а чуйне перебування поруч із людиною, що переживає, допомагає йому прожити їх. При цьому і психологу, який бажає підтримати клієнта, іноді напрошуються поширені слова: «Ваші почуття мені такі зрозумілі». Однак ця начебто безневинна фраза (сказана з найкращими намірами) може зустріти відторгнення з боку людини, тому що вона переживає свою втрату як унікальну і відчуває, що ці слова як би знецінюють її горе.

Безумовне прийняття. Мало вислухати горючу людину, допомогти їй висловити почуття, необхідно ще й прийняти її цілком, з усіма її почуттями та досвідом. Прийняти – не означає схвалити людину в її думках, почуттях, у поведінці по відношенню до померлого, виправдати помилки, можливо, реально допущені ним. Прийняти – це значить відмовитися від осуду і визнати право людини на помилку і на ті почуття, які вона відчуває. Необхідно уникати будь-яких оцінок, моралі, моралізаторських міркувань і порад. Прийняття з боку психолога відкриває шлях роботі горя і полегшує людині, що горить, рух до її власного прийняття – прийняття втрати і всього, що стало тепер непоправним. І тут ми повинні сказати ще про один важливий момент – прийняття неминучості страждань. Іноді психологом опановує цілком зрозуміле бажання позбавити людину важких переживань, пов'язаних із втратою. Подібне бажання може відчувати і навіть пред'являти як запит і клієнт. Насправді не завжди можна і потрібно позбавлятися психологічних наслідків втрати близького. Часто буває необхідним (а іноді є єдиним виходом) прийняти їх і знайти в собі сили жити з ними, чи то біль розставання або почуття провини перед тим, хто пішов з життя. І клієнту, і консультанту може знадобитися смирення: першому – щоб змиритися з неможливістю остаточно позбутися страждань, другому – щоб змиритися зі своєю нездатністю допомогти «до кінця».

Йти в ногу з клієнтом. У нормальному варіанті горювання – це природний процес загоєння душевної рани, заподіяної смертю близького. Він потребує часу та глибоко індивідуальний. У нього не можна втручатися та спрямовувати у стандартне русло. Тому з боку психолога під час роботи з горем потрібно терпіння та довіру до внутрішньої мудрості клієнта. Іноді може здаватися, що він «тупцює на одному місці» або рухається по замкнутому колу, проте неодноразове переживання одних і тих самих почуттів може бути проявом роботи горя і виступати важливим етапом на шляху до визнання та прийняття втрати. Необхідно також шанобливо ставитися до захисту людини, але водночас важливо не допускати, щоб її

стан тривалий час був застиглим. Головна мета психолога – допомогти людині в послідовному переживанні всіх почуттів, пов'язаних із втратою, та проходження всіх індивідуальних етапів горя, що ведуть до лікування та реорганізації.

Перш ніж говорити про стадіальні особливості психологічної допомоги в горі, розглянемо в загальному вигляді конкретні методичні засоби, які можуть використовуватися. Методичною основою будь-якого психологічного консультування є так звані «техніки» активного слухання¹, що умовно поділяються на дві групи:

1) «Техніки» нереклексивного слухання – група вербальних і невербальних засобів, які реалізують два завдання: зовнішнє вираження уваги про те, що говорить клієнт, і заохочення його висловлювань.

2) «Техніки» реклексивного слухання – група словесних прийомів (з'ясування, перефразування, відображення почуттів, резюмування), спрямованих, по-перше, на поглиблення та перевірку розуміння клієнта психологом, по-друге, на виникнення у клієнта почуття, що психолог його розуміє, по-третє, на поглиблення розуміння клієнтом себе.

У процесі надання психологічної допомоги горючому дані прийоми, будучи приєднані до живої людської участі, бувають особливо доречні і ефективні, оскільки зацікавлене і співчутливе вислуховування – це найчастіше головне, що може зробити психолог. З прийомів реклексивного слухання особливо важлива роль під час роботи з горем належить відображенню почуттів, що іноді спеціально виділяють як емпатическое слухання. З'ясування теж має неабияке значення, оскільки воно дозволяє краще зрозуміти переживання людини, допомогти йому повніше розповісти про втрату, у тому числі й такі її сторони, що не беруться до уваги. Нед Кассем на своєму семінарі пропонує можливі формулювання з'ясовних питань під час роботи з втратою:

1. Про людину, яку клієнт втратив:

- Розкажіть, що це була людина. Які мала характерні риси?

- Як він зазвичай висловлював свої почуття до вас? Як ви дізнавалися про його кохання?

- Якими були його манери? Може, ви можете згадати щось смішне?
- Якими були його звички? Може, щось у його звичках дратувало вас?
- Які були його недоліки? Розкажіть про найнеприємніші моменти у ваших взаєминах.

2. Про смерть:

- Розкажіть, як він умирав.
- Коли ви востаннє бачили його?
- Якою була ваша перша реакція на його смерть? Ви плакали?
- Чи вдалося вам попроситися з ним?

3. Про похорон та особисті речі:

- Розкажіть, як його ховали.
- Чи приходили ви до нього на могилу? Скільки разів?
- Чи прибрали ви його кімнату?
- Що сталося з його особистими речами? Що ви зберегли?
- Чи були у нього особливо улюблені речі? Що ви з ними зробили?
- Чи користуєтеся його речами?

Хорошим варіантом організації розмови про втрату є також спільний перегляд альбому з фотографіями.

Якщо у відносинах із померлим залишилися невирішені конфлікти, незавершені справи, щось недомовлене, все це може бути зроблено та завершено у символічній формі через діалог клієнта зі своїм покійним близьким. Фахівці пропонують різні способи втілення цього діалогу: у формі листа до померлого або у формі розмови з ним (як варіант – на цвинтарі або перед його фотографією).

У професійно організованому варіанті розмови з померлим для його проведення добре підходить техніка «порожнього стільця». Перш ніж починати безпосередньо її використати, необхідно актуалізувати енергію почуттів, адресованих померлому. Для цього зазвичай досить оживити в

пам'яті емоційно значущі події минулого, пов'язані з померлим. Один із шадних і ненав'язливих варіантів початку роботи – це просто попросити людину згадати та розповісти про найприємніші моменти з минулого спільного життя з померлим. Найчастіше оповідач дуже скоро починає відчувати сильні емоційні переживання. І, якщо на той час вже позначено проблему незавершених відносин із померлим, залишається тільки, виходячи з конкретної ситуації, зробити «місток» до техніки «порожнього стільця». Далі консультант ставить перед клієнтом стілець і пропонує припустити, що на ньому сидить померлий, якому зараз можна сказати те, що хочеться. У певний момент (його треба відчути) клієнту пропонується пересісти на порожній стілець, тобто стати на місце свого близького і відповісти собі від його імені. Тут є один важливий момент: мова повинна вестися в теперішньому часі і від першої особи (начебто на той момент справді каже померлий). Після цього клієнт повертається на свій стілець і отримує можливість відповісти на слова свого близького, що прозвучали. При необхідності (якщо залишилося щось незавершене) можна повторити переміщення зі стільця на стілець. Основна мета цієї техніки – завершити гештальт відносин між людьми. Той, хто переживає втрату отримує шанс сказати померлому те, що не встиг сказати йому за життя, вибачитися, поділитися своїми почуттями і, можливо, навіть запитати про щось.

У разі консультування за допомогою онлайн-платформ, доцільно консультувати індивідуально або запропонувати тому, хто звернеться за допомогою, у тематичному форумі. Робота психолога за допомогою онлайн-платформ передбачає кілька етапів:

- Встановлення психологічного контакту з клієнтом, у якому провідним є емоційне прийняття клієнта психологом, встановлення відкритої, довірчої атмосфери;
- Осмислення психологом сутності переживань клієнта;
- Спільне планування дій для вирішення проблеми клієнта;

- Безпосередньо активна психологічна підтримка психологом клієнта [Донців 2016].

У разі складнощів у сімейній чи професійній сфері психолог-консультант та клієнт всебічно обговорюють проблему, розглядають її з різних ракурсів, виробляють найуспішніше рішення [Єфремова 2020]. Що стосується суїцидальних нахилів психолог зазвичай займає досить активну позицію, наприклад, застосовуються авторитетні висловлювання. Щодо ситуації гострого горя, слід зазначити, що на даний момент розвитку галузі дистанційного консультування психологічна допомога в означеній ситуації виступає дуже затребуваною сферою роботи психолога. При цьому психологу, який консультує з питань гострого горя, онлайн слід враховувати, що деякі люди можуть відчувати певні труднощі в обговоренні [Буріна 2016]. Для такого роду клієнтів стало з'являтися все більше інтернет-груп, які є безпечним місцем, де люди можуть поділитися своїми почуттями і спогадами, попросити допомоги або підтримати іншого такого ж учасника цієї спільноти. Найчастіше в таких інтернет-спільнотах беруть участь люди, готові практично будь-якої миті надати підтримку іншим членам групи.

До того ж онлайн-групи здатні одночасно підтримувати кілька розмов, які учасники можуть вільно і відкрито говорити про своє горе, ділитися своїм досвідом, підтримувати інших учасників спільноти. Слід уточнити, що такого роду онлайн-спільноти взаємної підтримки «доцільно формувати за чітко визначеними темами, з урахуванням віку, статі та інших особливостей клієнтів» [Баканова 2017, с. 27]. Зі слабких сторін даної технології надання психологічної допомоги можна виділити обмеженість зворотного зв'язку через відсутність прямої взаємодії учасників, обмеження в навичках спілкування окремих членів групи, можливість виникнення деяких етичних проблем тощо. Проте, участь в онлайн спільнотах взаємної підтримки має суттєвий терапевтичний ефект. Членство в онлайн співтовариствах підтримки, безумовно, не може виступати самостійним видом психологічної допомоги, даний вид діяльності може бути лише додатковим засобом

зниження рівня стресу в ситуації гострого горя та надання людині, що горить, максимально можливого рівня підтримки з боку інших людей. Особливо це цінно через те, що в таких групах головним чином беруть участь люди, які переживають горе зараз, а також люди, які вже змогли впоратися з горем у тій чи іншій мірі, що дозволяє вже «досвідченішим» учасникам спільноти допомагати недавно тим, хто приєднався [Селезнева 2020].

Висновки до другого розділу

Консультування і терапія при втраті - важка робота, починаючи з розради і підтримки і закінчуючи дозволом тяжкої і болючої реакції втрати, якщо клієнт цього хоче. Професійна завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, зробити роботу горя, а не в тому, щоб притупити гостроту душевних переживань. Процес скорботи, оплакування не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, з гуманістичних позицій він прийнятний і необхідний. Це дуже важка психічна навантаження, що змушує страждати. Скорбота не можна припиняти, вона повинна тривати стільки, скільки необхідно.

Етапи психологічної допомоги вибудовуються відповідно до етапів переживання горя.

Допомога на стадії шоку. Необхідно бути присутнім поруч з людиною, які зазнали втрату, не залишати його одного, піклуватися про нього. Висловлювати свою турботу і увагу краще через дотики. Саме таким чином люди висловлюють свою участь, коли слова їм невідповідні. Навіть просте потиск руки краще, ніж холодна ізоляція. Страждена доля завжди має право не прийняти руку, так само як і іншу участь, але пропонувати допомогу необхідно.

Допомога на стадії гострого горя. Слід говорити про померлого, причини смерті і почуттях в зв'язку з тим, що сталося. Питати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя, навіть якщо вони

неодноразово повторюються. Питання: «На кого він був схожий?», «Чи можна побачити його фотографії?», «Що він любив робити?», «Що ви зараз згадуєте про нього?» Зовсім не тактовні, вони дозволяють скорботної виговоритися.

Якщо котрий переніс втрату людина ніби завмирає, нічого не говорить, дивлячись в простір, не варто намагатися його розговорити, у що б то не стало заповнити тишу словами. Необхідно бути готовими продовжити розмову, коли той повернеться до реальності. Не завжди потрібно знати, в які спогади занурюється людина, про що він думає. Головне - створити навколо нього атмосферу присутності і розуміння.

У разі раптової або насильницької смерті необхідно неодноразово обговорювати всі найдрібніші деталі, до тих пір, поки вони не втратять свого страхітливого, травматичного характеру, - тільки тоді людина, яка втратила близьку, зможе оплакувати його.

Слід дати можливість виплакати, що не намагаючись неодмінно втішати. При цьому не слід всім своїм видом постійно підкреслювати співчутливе ставлення, підкреслювати особливий статус страждає людини.

Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати скорботного до повсякденної діяльності.

Допомога на стадії відновлення. Необхідно допомагати заново включитися в життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати йому можливість знову і знову говорити про померлого. Корисними в цей період можуть бути і будь-які прохання про допомогу з боку друзів, близьких, виконання яких допоможе пережив втрату «здригнути»; іноді ефективні навіть закиди у байдужості, неувважності до близьких, нагадування про обов'язки.

Допомога професіонала, перш за всією, необхідна людині, горе якого набуло патологічний характер, або коли великий ризик, що воно може стати таким. У цьому випадку використовується весь комплекс методів, придатних

для кризової допомоги, терапії психологічних травм і посттравматичного стресу. Психологічна допомога може знадобитися і через роки, що минули після втрати, в тих випадках, коли «робота горя» не була завершена.

Людина може заперечувати переживання горя, оскільки вважає, що це показує його слабкість. Клієнти, які звернулися за допомогою в період гострої стадії, вимагають від психолога порятунку, що може стати свого роду пасткою для професіонала, який в такій ситуації просто приречений відчувати почуття провини. Як правило, на гострій стадії горя людина жадає, перш за все, полегшення страждань, так як біль втрати та інші переживання можуть бути нестерпними. Парадокс полягає в тому, що в такий період психолог повинен допомагати в переживанні болю, необхідному для загоєння травми, а не уникати і не заперечувати її, що робить кризову допомогу дуже складною проблемою, в тому числі і для консультанта, оскільки він може виявитися мішенню для вираження агресії з боку клієнта.

ВИСНОВКИ

Горе – це універсальна відповідь на втрату коханої людини, це форма, яку любов приймає, коли помирає хтось, кого ми любимо. Ми любимо кожную особливу людину у своєму житті по-своєму унікальним чином. Тож ми теж сумуємо по-своєму за кожною втраченою людиною. Однак у любові і у горя є спільні риси, такі як прихильність, поведінка, спрямована на пошук близькості, взаємна підтримка за життя та туга і смуток після розлуки, постійні думки та спогади про кохану людину. Для адаптації до втрати важливо відкриватися новому досвіду, обмінюватися ним із іншими людьми та, за потреби, звертатися до психологів чи психотерапевтів.

Переживання горя, пов'язаного з втратою, є універсальним екзистенційним досвідом людини, усвідомлюючи який вона стає здатною розуміти і переживати втрати інших людей. На жаль, життя без втрат неможливе. У сучасній соціально-історичній ситуації пандемії коронавірусної інфекції дана тема набуває особливої гостроти. У питанні про стадії горя фахівці теж обережні в судженнях, супроводжуючи їх

різноманітними застереженнями. Часто підкреслюється, що в кожному конкретному випадку кількість стадій, порядок їхнього слідування, тривалість і прояви можуть помітно відрізнятися. До цього можна додати, що межі між стадіями частіше бувають стертими, що просування вперед може змінюватися відкатом назад, що в той самий час у пального можна спостерігати елементи різних стадій.

Пандемія має значний вплив на психологічний стан людей. Метою частини досліджень є визначення груп населення, найбільш уразливих до стресу, а також з'ясування факторів ризику і захисту психічного здоров'я людей. Викликом для психології є обґрунтування інтервенцій, які можуть бути реалізовані в умовах пандемії, щоб пом'якшити негативні впливи і підтримати психічне здоров'я населення, у тому числі й психологічне благополуччя.

Консультування і терапія при втраті - важка робота, починаючи з розради і підтримки і закінчуючи дозволом тяжкої і болючої реакції втрати, якщо клієнт цього хоче. Професійна завдання психолога полягає в тому, щоб допомогти клієнту по-справжньому пережити втрату, зробити роботу горя, а не в тому, щоб притупити гостроту душевних переживань. Процес скорботи, оплакування не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, з гуманістичних позицій він прийнятний і необхідний. Це дуже важка психічна навантаження, що змушує страждати. Скорбота не можна припиняти, вона повинна тривати стільки, скільки необхідно.

Етапи психологічної допомоги вибудовуються відповідно до етапів переживання горя.

Допомога на стадії шоку. Необхідно бути присутнім поруч з людиною, які зазнали втрату, не залишати його одного, піклуватися про нього. Висловлювати свою турботу і увагу краще через дотики. Саме таким чином люди висловлюють свою участь, коли слова їм непідвладні. Навіть просте потиск руки краще, ніж холодна ізоляція. Стражденна доля завжди має право

не прийняти руку, так само як і іншу участь, але пропонувати допомогу необхідно.

Допомога на стадії гострого горя. Слід говорити про померлого, причини смерті і почуттях в зв'язку з тим, що сталося. Питати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя, навіть якщо вони неодноразово повторюються. Питання: «На кого він був схожий?», «Чи можна побачити його фотографії?», «Що він любив робити?», «Що ви зараз згадуєте про нього?» Зовсім не тактовні, вони дозволяють скорботної виговоритися.

Якщо котрий переніс втрату людина ніби завмирає, нічого не говорить, дивлячись в простір, не варто намагатися його розговорити, у що б то не стало заповнити тишу словами. Необхідно бути готовими продовжити розмову, коли той повернеться до реальності. Не завжди потрібно знати, в які спогади занурюється людина, про що він думає. Головне - створити навколо нього атмосферу присутності і розуміння.

У разі раптової або насильницької смерті необхідно неодноразово обговорювати всі найдрібніші деталі, до тих пір, поки вони не втратять свого страхітливого, травматичного характеру, - тільки тоді людина, яка втратила близьку, зможе оплакувати його.

Слід дати можливість виплакати, що не намагаючись неодмінно втішати. При цьому не слід всім своїм видом постійно підкреслювати співчутливе ставлення, підкреслювати особливий статус страждає людини.

Поступово (ближче до кінця цього періоду) слід долучати скорботного до повсякденної діяльності.

Допомога на стадії відновлення. Необхідно допомагати заново включитися в життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати йому можливість знову і знову говорити про померлого. Корисними в цей період можуть бути і будь-які прохання про допомогу з боку друзів, близьких, виконання яких допоможе пережив втрату «здригнути»; іноді

ефективні навіть закиди у байдужості, неуважності до близьких, нагадування про обов'язки.

Допомога професіонала, перш за всією, необхідна людині, горе якого набуло патологічний характер, або коли великий ризик, що воно може стати таким. У цьому випадку використовується весь комплекс методів, придатних для кризової допомоги, терапії психологічних травм і посттравматичного стресу. Психологічна допомога може знадобитися і через роки, що минули після втрати, в тих випадках, коли «робота горя» не була завершена.

Людина може заперечувати переживання горя, оскільки вважає, що це показує його слабкість. Клієнти, які звернулися за допомогою в період гострої стадії, вимагають від психолога порятунку, що може стати свого роду пасткою для професіонала, який в такій ситуації просто приречений відчувати почуття провини. Як правило, на гострій стадії горя людина жадає, перш за все, полегшення страждань, так як біль втрати та інші переживання можуть бути нестерпними. Парадокс полягає в тому, що в такий період психолог повинен допомагати в переживанні болю, необхідному для загоєння травми, а не уникати і не заперечувати її, що робить кризову допомогу дуже складною проблемою, в тому числі і для консультанта, оскільки він може виявитися мішенню для вираження агресії з боку клієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баканова А. А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2017. № 25(4). С. 23-41.
2. Баканова А. А. Понятие индивидуального стиля горевания в психологическом консультировании. *Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей: векторы развития современной психологической науки*. 2017. С. 363-367.
3. Баранова В. А., Дубовская Е. М., Савина О. О. Опыт жизнедеятельности и ресурсы преодоления трудностей социальной изоляции в первый период пандемии COVID-19 у студентов. *Социальная психология и общество*. 2021. № 12(1). С. 10-25.
4. Баякина О. А. Соотношение понятий психического и психологического здоровья личности. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. 2009. № 11(4-5). С. 1195-1200.
5. Богатырева М. Б., Бесподенов С. С. Особенности представления о смерти в подростковом возрасте. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*. 2017. № 2. С. 27-37.
6. Бочарова Е.Е. Взаимосвязь субъективного благополучия и социальной активности личности: кросскультурный аспект. *Социальная психология и общество*. 2012. № 4. С. 53–63.
7. Бурина Е. А. Основные подходы к изучению утраты. *Интерактивная наука*. 2016. № 6. С. 54-56.
8. Бурина Е. А. Переживание внезапной утраты. *Вестник Мининского университета*. 2016. № 3 (16). С. 18-30.
9. Вайнштейн А. Э. Некоторые особенности психотерапевтического подхода к работе с лицами, переживающими возможную утрату близкого. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2014. № 4. С. 34-37.

- 10.Василюк Ф. Е. Книга о переживании горя. *Вопросы Психологии*. 1987. № 3. С. 168-169.
- 11.Вахрушева А. С. Взаимосвязь эмоционально-личностных характеристик с особенностями переживания утраты у лиц зрелого возраста. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2013. № 11. С. 38-48.
- 12.Власенко І. А., Вінник Н. Д. Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція, подолання. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 3. С. 33-37.
- 13.Воробьева А. Е. Психологические особенности адаптации психологов к онлайнконсультированию во время пандемии COVID-19. *Российский психологический журнал*. 2021. № 18(1). С. 61-73.
- 14.Гайкова М. М. Как помочь ребенку преодолеть горе утраты? (Рекомендации для специалиста по социальной работе). *Социальная работа: теория, методы, практика*. 2012. № 1. С. 46-50.
- 15.Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск: Современная школа, 2007. 496 с.
- 16.Демчинская М. В. Опыт практической работы с ребенком, переживающим утрату. *Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник*. 2016. № 9. С. 87-94.
- 17.Дмитриева В. Д. Экономическая модель социальной изоляции в условиях пандемии COVID-2019. *Интеллектуальные ресурсы-региональному развитию*. 2020. № 2. С. 292-296.
- 18.Добряков И. В., Блох М. Е., Фаерберг Л. М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2015. № 64(3). С. 4-10.
- 19.Елютина М. Э., Ивахнова И. Д. Смысловые составляющие позднего вдовства. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Социология. Политология*. 2021. №21(2). С. 162-166.

- 20.Ефремова Д. Н. Дыхание коронавируса: об осуществлении дистанционной психологической помощи в период пандемии. *Вестник Московского государственного областного университета*. 2020. № 2. С. 229-235.
- 21.Євдокимова Н.О., Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик. Київ: Педагогічна думка, 2016. 229 с.
- 22.Жданок Д. Н., Овчинников А. А., Гревцова, В. В. Травматические эффекты психотического состояния. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2020. № 2. С. 59-66.
- 23.Желателев Д. В. Возрастной аспект экзистенциальных представлений у детей 10 лет. *Царскосельские чтения*. 2017. № 2. С. 308-312.
- 24.Изард К.Е. Эмоции человека. Под ред. Л.Я. Гозмана, М.С. Егоровой. Москва: Изд-во МГУ, 1980. 440 с.
- 25.Ипполитова Е. А. Жизненные перспективы пожилых людей, утративших брачного партнера. *Известия Алтайского государственного университета*. 2015. № 3 (87). С. 43-46.
- 26.Исламова М. П., Московец М. Д., Сеновалова И. Г. Удаленная психологическая помощь при психологической травме и остром горе. *Культурно-исторические тенденции развития профессиональной деятельности*. 2020. С. 82-85.
- 27.Ковалевская А. А. Психологические особенности переживания горя и утраты. *Гуманитарные науки*. 2020. № 1 (49). С. 130-135.
- 28.Козлова Т. М., Чехменок В. А. Информирование как условие нормального горевания детей. *Актуальные проблемы экстремальной и кризисной психологии*. 2018. С. 58-60.
- 29.Козырева В. В. Влияние психологических защит на патологическое переживание утраты ребенка. *Человек в трудной жизненной ситуации*. 2009. С. 60-63.

30. Кольцова И. В. Психологические особенности подростков, переживших утрату сверстника. *Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология*. 2018. № 1 (23). С. 34-48.
31. Корр Ч. Углубляя понятие бесправного горя. *Археология русской смерти*. 2016. №3. С. 132-146.
32. Крахмалева О. Е., Кузьмина К. Н., Ермолова И. М. Дистантная медико-психологическая помощь в условиях вынужденной изоляции. *Омский психиатрический журнал*. 2020. № 1 (24). С. 11-15.
33. Куликов К. Л. Особенности современных концепций переживания утраты на примере модели переживания горя ФЕ Василюка. *Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти ФЕ Василюка*. 2018. С. 148-151.
34. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Киев: София, 2001. 320 с.
35. Леонович О. В. Роль самоорганизации личности при выборе стратегии психологической работы с утратой. *Казанская наука*. 2009. № 1. С. 349-356.
36. Линдемэнн Э. Клиника острого горя. *Психология эмоций*. 1984. С. 212-306.
37. Луковцева З.В. Пандемия COVID-19 как социальный стрессор: факторы психологопсихиатрического риска (по материалам зарубежных исследований). *Социальная психология и общество*. 2020. Том 11. № 4. С. 13—25
38. Магомед-Эминов М. Ш. Сравнительный анализ эффективности моделей работы с горем. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*. 2014. № 4. С. 12-22.
39. Мазанова А. Е. Понимающая психотерапия: переживание как смыслопорождающая деятельность. *Психологические проблемы смысла жизни и акме*. 2020. № XXV. С. 233-237.

- 40.Мазуренко Е. А. Социальные и личностные функции одиночества в современном мире. *Вектор науки Тольяттинского государственного университета*. 2013. Вып. 2 (24). С. 307–311.
- 41.Маликова Т. В., Новикова Т. О., Пирогов Д. Г. Переживание утраты детьми дошкольного возраста. *Педиатр*. 2018. № 9(6). С. 111-117.
- 42.Малкина-Пых И.Г. Психология горя и утраты: учебное пособие. Москва: КноРус, 2021. 281 с.
- 43.Манахов С. В., Гладкова В. В. Психологическая помощь в ситуации утраты значимого другого. *Научная дискуссия: инновации в современном мире*. 2016. № 5-2. С. 158-163.
- 44.Маркман Е. В. Перинатальная потеря: проблема переживания бесправного горя. *Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы*. 2020. № 34(2). С. 68-75.
- 45.Мещеряков Б. Большой психологический словарь. СПб.: Пайм-ЕВРОЗНАК, 2004. 672 с.
- 46.Николаева Е. Д. Как социальная самоизоляция в условиях пандемии повлияет на состояние общества. *Скиф. Вопросы студенческой науки*. 2020. № 4 (44). С. 172-175.
- 47.Никольская И. М., Грановская Р. М. Психология веры как основа кризисной психологической помощи в совладании с переживанием утраты. *Вестник психотерапии*. 2014. № 49. С. 39-58.
- 48.Никулина Д. С., Шутова Л. В. О теме смерти в период расцвета жизни. *Известия Южного федерального университета. Технические науки*. 2004. № 41(6). С. 251-255.
- 49.Новикова Т. О. Запретная тема (представления детей о смерти). *Человек*. 2002. № 5. С. 112-117.
- 50.Нозикова Н. В. Особенности представлений об отце у девушек 15-17 лет. *Российский психологический журнал*. 2014. № 11(1). С. 43-53.

51. Нозикова Н. В., Колесник Е. С. Проблема психологических особенностей детей, переживших утрату одного из родителей. *Психология образования в поликультурном пространстве*. 2015. № 30. С. 77-84.
52. Отрадинская В. В. Детерминанты нормативного процесса переживания горя. *Ученые записки Российского государственного социального университета*. 2009. №. 10. С. 162-165.
53. Парахневич О. С., Портнова А. Г. Специфика переживания страха смерти в возрастном-половом аспекте. *Ползуновский вестник*. 2006. № 3. С. 186-189.
54. Пергаменщик Л. А., Петражицкая Е. А. Перинатальная потеря как кризисное событие в жизни женщины. *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология*. 2020. № 1. С. 77-84.
55. Поддубная Е. А., Положенкова Е. Ю. Психологическая помощь при переживании горя. *Тенденции развития науки и образования*. 2020. С. 42-46.
56. Пономарева И. М. Опыт консультирования клиента с травмой утраты, произошедшей в детстве. *Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы*. 2017. № 28(2). С. 44-51.
57. Прасол Д. В. Практична реалізація алгоритму-схеми у підготовці педагогів-психологів до роботи з дітьми молодшого шкільного віку в ситуації смерті одного з батьків. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Психологічні науки*. 2017. №1. С. 138-146.
58. Простяков А. И., Овчинников А. А. Феноменология одиночества в структуре переживания состояния утраты. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2008. № 2. С. 26-30.

59. Радзивилова О. В. Горе как переживание: анализ понятия и обзор литературы. *Здоровье населения-основа процветания России*. 2015. С. 190-193.
60. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом БАХРАХ. 1998. 672 с.
61. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
62. Санько К. О. Психологічне благополуччя як основа повноцінного та психологічно здорового функціонування особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія Психологія*. Харків, 2016. Вип. 59. С. 42–45
63. Сафронова Т. В. Взаимосвязь эмоционального состояния и стрессоустойчивости в условиях вынужденной изоляции, в связи с пандемией. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание*. 2020. № 8. С. 60-63.
64. Сидячева Н. В., Губанов А. В., Зотова Л. Э. Социально-психологические детерминанты психологического самочувствия в период пандемии covid-19: данные международного исследования. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки*. 2020. № 4. С. 82-98.
65. Собенникова В. В. Патологическая соматизированная реакция горя (клинико-патогенетический анализ). *Российский психиатрический журнал*. 2009. № 4. С. 80-85.
66. Тудупова Т. Ц. К вопросу о скорой психологической помощи онлайн в ситуации пандемии. *Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях*. 2020. С. 288-291.
67. Философский энциклопедический словарь. Гл. редакция: Л. Ф. Ильичёв, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалёв, В. Г. Панов. Москва: Советская энциклопедия, 1983. 840 с.

- 68.Фрейд З. Печаль и меланхолия. *Интерес к психоанализу: Сборник*. 1984. С. 228-247.
- 69.Шац И. К. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи: учебное пособие. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. 303 с.
- 70.Шац И. К., Коваленко В. В. Развитие детско-родительских отношений в трудных жизненных ситуациях. *Вестник Ленинградского государственного университета им. АС Пушкина*. 2011. № 5(4). С. 120-129.
- 71.Шутова Л. В. Поиск жизненных ресурсов через осознание смерти. *Известия Южного федерального университета. Технические науки*. 2006. № 69(14). С. 297-303.
- 72.Шефов С.А. Психология горя . СПб.: Речь, 2006. 144 с.
- 73.Щербакова А. С., Босов М. С., Борисова О. В. Социально-психологические последствия социальной изоляции населения в период пандемии (COVID-19). *Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве*. 2020. № 3(9). С. 262-265.
- 74.Bertuccio R. F., Runion M. C. Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2020. Vol. 12(S1). P. 87-89.
- 75.Bhanot, D., Singh, T., Verma, S. K., & Sharad, S. (2020). Stigma and discrimination during COVID-19 pandemic. *Frontiers in public health*, 8, 829.
- 76.Cohen S. Social relationships and health. *The American psychologist*. 2004. № 59(8). P. 676-684.
- 77.Duan L., Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The lancet psychiatry*. 2020. № 7(4). P. 300-302.
- 78.Eisma M. C., Tamminga A., Smid G. E., Boelen P. A. Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*. 2021. Vol. 278. P. 54-56.

79. Hockey J. The importance of being intuitive: Arnold van gennep's the rites of passage. *Mortality*. 2002. Vol. 7(2). P. 210-217.
80. Hogan N. S., Schmidt L. A. Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death studies*. 2002. Vol. 26(8). P. 615-634.
81. Neimeyer R. A., Lee S. A. Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief. *Death Studies*. 2021. P. 1-9.
82. Pearce C., Honey J. R., Lovick R., Creamer N. Z., Henry C., Langford A. 'A silent epidemic of grief': a survey of bereavement care provision in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic. *BMJ open*. 2021. Vol. 11(3). P. e046872.
83. Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*, 12(9), 3834
84. Stroebe M., Schut H. Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *Omega*. 2020. Vol. 82(3). P. 500-522.
85. Stroebe M., Schut H., Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *The Lancet*. 2007. Vol. 370(9603). P.1960-1973.
86. Turner V. Liminality and communitas. *The ritual process: Structure and anti-structure*. 1969. Vol. 94(113). P. 125-30.
87. Wallace C. L., Wladkowski S. P., Gibson A., White P. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of pain and symptom management*. 2020. Vol. 60(1). P. e70-e76.
88. Williams, J., & Gonzalez-Medina, D. (2011). Infectious diseases and social stigma. *Applied Innovations and Technologies*, 4(1), 58-70
89. Zhai, Y., Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, behavior, and immunity*. 2020. Vol. 87. P. 80-81.

90. Zisook S., Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2009. Vol. 8(2). P. 67–74.

ДОДАТКИ

COVID-СТРЕС ШКАЛИ (COVID Stress Scales (CSS), Taylor, 2019)

Дана методика базується на новітніх наукових дослідженнях (наприклад, S. Taylor, 2019) та консультаціях з експертами з питань тривоги, пов'язаної зі здоров'ям.

Були визначені такі сфери: (1) страх щодо небезпеки COVID-19, (2) страх щодо джерел зараження, пов'язаних з COVID-19 (тобто предмети, поверхні), (3) COVID-19-ксенофобія (тобто страх, що іноземці є джерелами COVID-19), (4) страх щодо особистих соціальних та економічних наслідків COVID-19 (наприклад, страх відсутності грошей, втрати роботи, пограбування), (5) тривожний пошук новин, пов'язаних з COVID-19 (перевірка засобів масової інформації або соціальних мереж, пошук підтверджень у друзів чи медичних працівників) та (6) симптоми травматичного стресу, пов'язані з COVID-19.

Спочатку для оцінки всіх цих сфер було створено 58 тверджень опитувальника, в результаті пілотної діагностики з них лишилося 36, а базуючись на відповідях респондентів, сформовано «7-денне вікно» для визначення особливостей стану людини, оскільки, на думку розробників методики, з часом страхи щодо COVID-19 можуть змінитися і оптимальною часовою межею у цьому є тиждень – 7 днів.

Інструкція: «Наступні питання стосуються різних видів переживань, які ви могли відчувати протягом останніх **семи днів** щодо вірусу. Оцініть кожне з них за 5-бальною шкалою від 0 (ніколи) до 4 (майже завжди)».

0 – ніколи

1 – рідко

2 – іноді

3 – часто

4 – майже завжди

1. Я боюсь заразитися COVID-19 (я боюсь повторно заразитися COVID-19)

2. Я стурбований тим, що не можу захистити свою сім'ю від вірусу

3. Я стурбований тим, що наша система охорони здоров'я не зможе захистити моїх близьких

4. Я стурбований тим, що наша система охорони здоров'я не може захистити мене від вірусу (я боюсь, що вакцина виявиться неефективною)

5. Я стурбований тим, що елементарної гігієни (наприклад, миття рук) недостатньо, щоб уберегтися від вірусу

6. Я стурбований тим, що соціального дистанціювання недостатньо, щоб уберегтися від вірусу

7. Я стурбований тим, що під час локдауну в продуктових магазинах не вистачатиме продуктів

8. Я стурбований тим, що під час локдауну продуктові магазини закриваються
9. Я стурбований тим, що під час локдауну в продуктових магазинах не вистачає засобів для чищення або дезінфекції
10. Я стурбований тим, що під час локдауну в аптеках закінчуються ліки від застуди та грипу
11. Я стурбований тим, що в продуктових магазинах закінчиться вода
12. Я стурбований тим, що в аптеках закінчуються ліки, що відпускаються за рецептом
13. Я стурбований тим, що іноземці поширюють вірус у моїй країні
14. Якби я пішов у ресторан, що спеціалізується на іноземних продуктах, я б хвилювався, що підхоплю вірус
15. Я боюсь спілкуватися з іноземцями, тому що вони – потенційні носії вірусу
16. Якби я зустрів людину з іноземної країни, я б побоювався, що у неї може бути вірус
17. Якби я був у ліфті з групою іноземців, я б хвилювався, що вони заражені вірусом
18. Я стурбований тим, що іноземці поширюють вірус, тому що вони не такі чисті, як ми
19. Я стурбований тим, що якби я торкнувся чогось у громадському місці (наприклад, поручня, дверної ручки), я підхопив би вірус
20. Я стурбований тим, що коли хтось кашляє чи чхає біля мене, я підхоплю вірус
21. Я стурбований тим, що оточуючі мене люди заразять мене вірусом
22. Я стурбований тим, щоб в деяких магазинах повинен сплачувати готівкою, а не карткою чи онлайн
23. Я стурбований тим, що можу заразитися вірусом під час рахування грошей або використання банкомату
24. Я стурбований тим, що вірус може поширюватися через квитанції, які приносять мені у поштову скриню
25. У мене були проблеми з концентрацією уваги, тому що я постійно думав про вірус
26. Я відчуваю сильну тривогу, що можу заразитися вірусом
27. У мене були проблеми зі сном, тому що я хвилювався про можливість зараження
28. Думки про вірус ніколи не полишають мене. Я постійно думаю про ймовірність зараження
29. Нагадування про вірус викликали у мене фізичні реакції, такі як пітливість або підвищене серцебиття
30. Мені снилися погані сни про вірус
31. Я шукав в Інтернеті методи лікування COVID-19
32. Я звертався до медичних працівників (наприклад, лікарів або фармацевтів) за порадою щодо COVID-19
33. Я постійно перевіряю нові відео YouTube про COVID-19

34. Я постійно перевіряю власний організм на наявність ознак інфекції (наприклад, вимірюю температуру)

35. Основою темою моїх розмов з друзями або рідними є COVID-19

36. Я постійно перевіряю нові публікації у соцмережах про COVID-19

Обробка результатів:

Для отримання результатів за кожною шкалою, потрібно додати значення на кожному із зазначених № тверджень. Діапазон балів за кожною шкалою коливається від 0 (низькі бали, тривога відсутня) до 30 (високі бали, сильна виражена тривога).

Шкали методики (№ твердження):

Небезпека:	1, 2, 3, 4, 5, 6
Соціально-економічні наслідки:	7, 8, 9, 10, 11, 12
Ксенофобія:	13, 14, 15, 16, 17, 18
Зараження:	19, 20, 21, 22, 23, 24
Травмівний стрес:	25, 26, 27, 28, 29, 30
Компульсивний пошук:	31, 32, 33, 34, 35, 36

Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232.