

Актуальні питання дослідження горювання після втрати близької людини

Ірина Лещук

Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Тетяна Бут

асистентка та аспірантка кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Анотація. Війни та збройні конфлікти зазвичай супроводжуються великою кількістю втрат. Горювання у більшості випадків є адаптаційним процесом, у ході якого людина, яка переживає втрату, пристосовується до реалій життя, де немає померлого чи загиблого. Проте інколи розвивається патологічне горювання, яке відображено як розлад тривалого горя (РТГ) у нових класифікаціях - Діагностичному та статистичному керівництві з психічних розладів (перегляд п'ятого видання) (DSM-5-TR) та Міжнародній класифікації хвороб 11го перегляду ICD-11.

Попри визначення критеріїв діагностики патологічного горювання та оформлення їх як діагнозів у останніх виданнях діагностичних класифікацій, у дослідженнях, пов'язаних із перебігом горювання, лишається багато питань, які потребують уваги та вивчення з метою забезпечення ефективного супроводу людей, які переживають втрату, у актуальному для України контексті.

У описовій частині статті, спираючись на літературні джерела, визначені питання, які можуть поставати при дослідженні теми горювання, наведено аналіз літературних даних про фактори, які можуть впливати на процес горювання.

Також у статті наведено результати дослідження, метою якого було підвищення ефективності допомоги людям, які переживають втрату близької людини, шляхом виявлення актуальності теми втрати близької людини для населення України під час війни, виявлення готовності осіб, які переживають горе, до пошуку допомоги, потреби у інформації для підвищення обізнаності про процес горювання як для людей, які переживають втрату, так і серед тих, хто хоче їх підтримати.

Матеріали і методи дослідження: проведено кількісне онлайн дослідження із залученням 400 респондентів віком від 18 до 55 років.

Результати та їх обговорення. Відповідно до результатів опитування, тема втрати виявилася актуальною для українців; більшість респондентів відзначили важливість розуміння того, що відбувається із людиною під час переживання втрати, водночас, пошук допомоги через звернення до фахівців з охорони психічного здоров'я не є поширеним серед людей, які переживають втрату навіть за наявності виражених проявів горя.

Висновки. Виявлено актуальність дослідження особливостей горювання українців, які переживають втрату близької людини під час триваючої війни, а також актуальність розвитку просвітницького напрямку у темі переживання втрати з фокусом на дестигматизацію звернення до фахівців з охорони психічного здоров'я та створення

якісних психоосвітніх матеріалів, що стосуються питань переживання втрати.

Визначення змісту понять “нормальне горювання” та “патологічне горювання”.

Горювання з різноманітним його проявом є адаптивним психобіологічним процесом, який переживає особа після втрати близької людини [1]. Психологічною основою горювання вважається дистрес розлуки – гостра емоційна реакція, спричинена втратою, що супроводжується тугою, відчаєм, заклопотаністю думками та переживаннями щодо факту втрати [2]. «Нормальне» горе – це процес, який проходить певні фази й може супроводжуватися вираженими психологічними реакціями, такими як туга, гнів, шок, замирення, плач, заперечення факту втрати, відчуттям несправедливості щодо факту втрати, відчуттям внутрішньої порожнечі, провини та самозвинувачення через те, що сталася втрата, частими думками про померлого та частими зверненнями до спогадів. Реакція на втрату у різних людей може відрізнятися за сукупністю та інтенсивністю переживань в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах [3]. Під час горювання люди можуть описувати свої емоційні переживання як тугу, сум, відчай, тривогу, страх, страждання, самотність, відчуття провини, ангедонію. Афективні прояви ґрунтуються зокрема на втраті ідентичності, яка була пов'язана з втраченою людиною. Когнітивні прояви горювання виражаються у фіксації на думках про померлого або необґрунтованому відчутті провини у тому, що відбулася втрата, румінаціях, запереченні факту незворотності втрати, зниженні самооцінки та відчутті власної малоцінності, безпорадності, відчутті безнадії, суїцидальних ідеаціях, мнестичних порушеннях, дереалізації. Когнітивне опрацювання втрати передбачає усвідомлення та примирення з незворотністю втрати, інтеграцію померлої людини у життєву історію як значимого, що залишилося в минулому, не є присутнім в теперішньому та не пов'язано з майбутнім. Важливе місце у перебігу горювання займають відчуття та уявлення про провини щодо факту втрати. Неможливість виокремлення та переробки реальної та невротичної вини може бути місцем застрягання у переживанні втрати та гальмувати поновлення функціонування. Зміни у поведінці можуть бути представленими ажитацією, напруженням, занепокоєністю, швидкою втомлюваністю, або навпаки надмірною активністю, соціальною ізоляцією, виявом страждань у плачі та голосінні. Зміни поведінки можуть бути досить динамічними та варіабельними на різних етапах переживання втрати: від першої реакції на факт втрати у вигляді шоку, замирення та активного заперечення, через небажання відпустити втрачене (що супроводжується поверненням до місць спільного перебування, частими переглядами спільних світлин, взаємодією з речами, що нагадують про втрачене, частими відвідуваннями місця поховання померлої людини) та до поступового поновлення функціонування відповідно до нової ситуації. Переживання горя може впливати на соматичне здоров'я [1], зокрема через порушення сну, швидку втомлюваність, зниження апетиту, порушення функціонування ендокринної та імунної систем.

Перебіг нормального горювання може супроводжуватися важкими переживаннями, які можуть бути оцінені як такі, що не є нормальними. У літературі зустрічаються різні терміни для позначення горювання, прояви якого є причиною порушень функціонування. Разом з тим, характеристикою нормального горювання є перехід в «інтегровану» фазу в межах 1 року від моменту втрати [4]. У цей період відбувається поступове усвідомлення, вивільнення емоцій та примирення з незворотністю втрати, зокрема через вирішення так званих «завдань горя»: прийняття незворотності втрати (1), вивільнення емоцій, які пов'язані з переживанням втрати (2), зміни поведінки, що роблять можливим поновлення функціонування в умовах нових обставин (3) [2]. Такий стан не вимагає специфічних втручань та переходить у стан із можливістю спокійного згадування про втрачену людину (фаза інтеграції).

Якщо ж інтеграція втрати через певні причини не відбувається, нормальне горювання може трансформуватися у патологічне, таке, що унеможливорює адаптацію, тобто поновлення функціонування та повернення до життя, де немає втраченої людини. Причинами

трансформації нормального горювання в патологічне, відповідно положенням когнітивно-поведінкової моделі, можуть стати: неможливість усвідомити незворотність втрати та примиритися з нею як з новою умовою життя; дезадаптивні уявлення про себе (меншовартість та самозвинувачення) та майбутнє (неможливість знаходження нових сенсів), про переживання втрати (думки про те, що людина переживає горювання невідповідним до культурних норм чином, що знецінює її ставлення до втраченої людини, або заборона відчувати позитивні емоції та звинувачення себе за моменти повернення до звичної діяльності), реагування на втрату (катастрофізація неправильних інтерпретацій проявів горювання), тривожне уникнення зовнішніх або внутрішніх джерел нагадування про втрату та депресивне уникання звичних раніше повсякденних активностей [2].

У літературі також зустрічається поняття «ускладнене горе», під яким розуміють тривале переживання горя, яке триває 6 місяців або більше, часто після втрат, які не вважаються типовою подією в житті (тобто не типова ситуація, коли нащадки втрачають родичів старшого покоління через ненасильницьку смерть) [5]; відмінне від нормального горя переживання втрати з вираженими стійкими симптомами [6]. Термін «ускладнене горе» (complicated grief) залишається не до кінця визначеним, бо також може вживатися на позначення нормального перебігу горя, яке ускладнюється супутніми психічними розладами [6]. Ряд авторів визначають ускладнене горе як більш широке поняття, порівнюючи з пролонгованим, у тому числі і з пролонгованим розладом горя як нозологічною одиницею [7].

Краще зрозуміти межу між нормальним та патологічним перебігом горювання можуть допомогти дослідження, присвячені траєкторіям перебігу горювання.

Траєкторії перебігу горювання та фактори, які можуть впливати на перебіг. У дослідженнях, присвячених вивченню траєкторій горювання, найчастіше визначають наступні групи, що відображають різні варіанти перебігу горювання: група резилієнсу (1), для представників якої є характерною відсутність проявів горювання високої інтенсивності як на ранніх стадіях переживання втрати, так і на більш пізніх; група «гострого горя» або «відновлення» (2), представники якої мали симптоми вираженої інтенсивності на ранніх етапах горювання, проте інтенсивність проявів зменшувалась з часом, що зумовлювало можливість відновлення нормального повсякденного функціонування; група хронічного горя (3), для представників якої була характерною стійка присутність симптомів горя вираженої інтенсивності.

За даними мета-аналізу, опублікованого М. Lundorff та співавторами у 2017 році [8], у середньому, кожна десята людина, яка втратила близьку людину, матиме розлад тривалого горя, проте, у ході дослідження літературних даних виявлено, що розподіл людей між різними групами перебігу горювання відрізнявся, що може бути обумовленим характеристиками досліджуваної вибірки та обставинами, в контексті яких відбулася втрата.

Так у ході дослідження [9], проведеного серед населення Нідерландів (n=259) без вказівки на певні особливі обставини втрати та без залучення чітко визначеної категорії людей, які пережили втрату, групу резилієнсу склали 66,4% респондентів, натомість група респондентів з хронічними проявами горювання становила чверть опитаних, а група гострого горя або відновлення – 8,4%. За даними ряду досліджень, втрати в контексті потенційно травматичної події частіше супроводжуються розвитком РТГ, зокрема втрата близької людини, яка стала наслідком катастрофи, за даними досліджень К.В. Johannesson, Р. Kristensen, Y. Neria, K. Shear [10-13] у майже половини людей переходила у патологічне горе, проте ці дані знаходили підтвердження не у всіх дослідженнях, що були проведені пізніше. Наприклад, у ході лонгітюдного дослідження, проведеного із залученням респондентів зі Швеції, які втратили близьку людину через цунамі, що було спричинене землетрусом у Індійському океані в 2004 році [14], визначено три групи, що описують різні перебіги горювання: групу резилієнсу склали 41% (n=170) респондентів, вона характеризувалася помірно низьким рівнем проявів горя від одного до шести років після втрати; траєкторія одужання включала половину усіх

осіб, вони мали виражені симптоми горя на початку дослідження із поступовим зменшенням симптомів згодом; і хронічна траєкторія, що включала 11% учасників із високими та невинними рівнями симптомів тривалого горя протягом шести років після події. Перше оцінювання у даному дослідженні відбулося через 14 місяців після втрати. Менший за очікуваний обсяг групи резилієнсу автори пояснили переживанням респондентами супутнього до втрати травматичного стресу. Результати даного дослідження вказували на те, що найсильнішим предиктором хронізації горювання була втрата єдиної дитини. Також у респондентів, які увійшли до даної групи, спостерігалася інтенсивне заперечення втрати на ранніх етапах горювання. Натомість, зв'язку між множинними втратами та формуванням розладу тривалого горя виявлено не було. Проспективне популяційне когортне дослідження із залученням респондентів, які втратили близьку людину (для 1138 респондентів ця людина була партнером, та для 597 – ні) через невиліковну хворобу, та були опитані до втрати близької людини, через 6 місяців та три роки після втрати близької людини, виявило п'ять траєкторій горя між людьми, які втратили партнера і чотири для інших [15]. Низький рівень горя, тобто відповідний групі резилієнсу, був виявлений у 34% партнерів і 45% тих, хто не є партнером, помірний/зменшуваний, що відповідає групі відновлення, у 30% партнерів і 31% не-партнерів, високий/зменшуваний, що також відповідає групі відновлення, у 20% партнерів і 16% не партнерів, і високий рівень горя у 7% партнерів і 8% тих, хто не був партнером. Серед партнерів померлих відтерміновану траєкторію горя мали 10% респондентів.

Дослідження Lunderoff M. із співавторами [16], спрямоване на визначення гендерних відмінностей в траєкторіях горя із залученням 857 людей, які втратили своїх партнерів та заповнювали анкети для самооцінки симптомів РТГ через 2, 6 та 11 місяців після втрати, виявило чотири траєкторії перебігу горювання: група резилієнсу складала 64,4% респондентів, помірно-стабільні прояви горювання у часі мали 20,4% респондентів, групу відновлення склали 8,4% респондентів, хронічний перебіг горювання був виявлений у 6,8% респондентів. У осіб чоловічої та жіночої статей спостерігалася різна динаміка симптомів: у осіб чоловічої статі – зниження вираженості проявів з часом, а в осіб жіночої статі – навпаки. У даному дослідженні предиктором потрапляння до групи траєкторії тривалого горювання представників обох досліджуваних статей визначено низький рівень оптимізму.

З огляду на дані результати постає питання про відмінності у тривалості та інтенсивності симптомів горювання, що відрізняє нормальне горювання від патологічного у випадку втрати людини у ситуації потенційно травмуючих подій та поза такими. Питання своєчасного виявлення осіб з групи ризику розвитку патологічного горювання та надання допомоги відповідно їх стану набуває ще більшої актуальності в умовах війни, бо підвищується як ризик втрати близької людини в умовах додаткових потенційно травмуючих обставин, так і ризик втрати близької людини через насильницьку смерть або раптову загибель. Підвищується ризик втрати рідних молодшого віку та дітей, що не є еволюційно закладеним варіантом втрати.

Патологічне горювання у сучасних класифікаціях хвороб. Як видно з результатів досліджень траєкторій горя, наведених вище, більшість людей переживе втрату близької людини та поступово відновить своє повсякденне функціонування, але певна кількість людей матиме тривалі симптоми горювання.

Протягом останніх 20 років були визначені діагностичні критерії для різних патологічних патернів, які у літературі позначаються різними термінами, такими як «патологічне горе», «ускладнене горе» і «травматичне горе» [17]. Комплексний персистуючий розлад горя вперше з'явився на позначення горювання, яке відрізняється від нормального, у Діагностичному та статистичному керівництві з психічних розладів (DSM-5) [18]. Цей діагноз позначав стан, за якого виражені прояви горя після втрати близької людини є стійкими – такими, що тривають протягом 12 місяців і більше. До останнього перегляду DSM-5 – DSM-5-TR [19] та Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [20] було включено нозологічну одиницю «розлад тривалого горя». Хоча людина може переживати горювання не лише через смерть

або загибель близької людини, а й у випадку завершення значимих стосунків, втрати будинку та дому в більш широкому сенсі, роботи, певної ідентичності тощо, говорячи про розлад тривалого горя, відповідно класифікаціям, мається на увазі саме втрата близької людини.

Розлад тривалого горя за МКХ-11 відображає прояви горювання високої інтенсивності, тривалістю більш ніж 6 місяців після втрати, які призводять до функціональних порушень. Для класифікацій DSM-5 критерій часу становить 12 місяців після втрати, тож дослідники, які працюють з питаннями втрати та горювання, ініціювали дискусії щодо відповідності діагностичних критеріїв РТГ у різних класифікаціях. У таблиці 1 наведені критерії РТГ, які увійшли до МКХ-11 та DSM-5-TR.

Таблиця 1.

Критерії РТГ згідно МКХ-11 та DSM-5-TR

Розлад тривалого горя за МКХ-11 [20]	Розлад тривалого горя за DSM-5-TR [19]
Наявна історія горювання після смерті партнера, батька, матері, дитини чи іншої близької людини	Смерть близької людини щонайменше 12 місяців тому (а для дітей та підлітків - щонайменше 6 місяців тому)
Щонайменше один з наступних симптомів: 1. Безперервна та всеохоплююча туга за померлим. 2. Безперервна та всеохоплююча заклопотаність померлим (фіксація на померлому).	Від моменту смерті чи загибелі відбувається розвиток персистуючого горя, яке представлене одним чи обома з наступних симптомів, які мають турбувати більшу частину днів у клінічно значущому ступені: 1. Інтенсивна туга за померлою людиною. 2. Заклопотаність думками чи спогадами про померлого (у дітей і підлітків заклопотаність може бути зосереджена на обставинах смерті). Крім того, симптом (симптоми) виникали майже щодня протягом принаймні останнього місяця.
Принаймні один симптом сильного емоційного болю: сум, провини, гнів, заперечення, звинувачення; труднощі з прийняттям смерті; відчуття, що людина втратила частину себе; нездатність переживати позитивні настрої; емоційне заціпеніння; труднощі із залученням до соціальної чи іншої діяльності	Після смерті принаймні 3-и з наступних симптомів були присутні протягом більшості днів у клінічно значущому ступені: сильний емоційний біль (наприклад, гнів, гіркота, смуток), пов'язаний зі смертю; порушення ідентифікації (наприклад, відчуття, ніби частина себе померла) після смерті; виражене почуття недовіри до смерті; уникнення нагадувань про те, що людина померла (у дітей і підлітків може характеризуватися намаганням уникнути спогадів); труднощі з поверненням у стосунки та діяльність після смерті (наприклад, проблеми з спілкуванням з друзями, досягненням інтересів або плануванням майбутнього); емоційне заціпеніння (відсутність або виражене зниження емоційного переживання) внаслідок смерті; відчуття втрати сенсу життя через смерть; сильна самотність внаслідок смерті. Крім того, симптоми виникали майже щодня протягом принаймні останнього місяця.
Ці прояви спричиняють значні порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування.	Розлад викликає клінічно значущий дистрес або погіршення соціальної, професійної чи інших важливих сфер функціонування.
Час і порушення: симптоми зберігалися протягом ненормально тривалого періоду часу (більше 6 місяців); збереження симптомів протягом такого періоду часу явно перевищує очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для культури та контексту особи	Тривалість і тяжкість реакції на важку втрату явно перевищує очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для культури та контексту особи. Симптоми не можна пояснити великим депресивним розладом, посттравматичним стресовим розладом або іншим психічним розладом, або пов'язаними з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків, алкоголю) або іншим захворюванням.

Дослідження, присвячені співставленню критеріїв РТГ підтверджують, що зміст переживань та наслідки симптомів (у вигляді спричинення порушення повсякденного функціонування) співпадають як у межах поточних версій МКХ-11 та DSM-5-TR, так і з розладом персистуючого комплексного горя з DSM-5 [21-24]. Найбільше питань викликає різниця у критерії часу, який

має пройти з моменту втрати, для можливості розгляду діагнозу РТГ відповідно різним класифікаціям. Результати дослідження [9] вказували на те, що 25% респондентів, які мали прояви горювання вираженої інтенсивності, відновлювалися саме у часовому проміжку від 6 до 12 місяців, тож постають питання тривалості симптомів для діагностики розладу, що звертає особливу увагу на актуальність дослідження траєкторій горювання, тобто підкреслює важливість проведення лонгітюдних досліджень. Особливо, враховуючи, що українські лікарі соматичного профілю у роботі користуються МКХ-11, де критерій часу становить 6 місяців і більше після перенесеної втрати.

Необхідно враховувати також і культуральні особливості, адже неоднорідність показників поширеності розладу тривалого горя може бути спричинена також соціальними та культуральними особливостями досліджуваної вибірки [25, 26].

Критерій часу та інтенсивності симптомів робить важливим питання моніторингу проявів горювання в динаміці, що тягне за собою необхідність розробки точного та простого у використанні інструменту для проведення такого динамічного моніторингу.

Оцінка симптомів горювання. Відповідно критеріям, зазначеним у класифікаціях, РТГ за своїми проявами подібний до нормального горювання. Різниця між нормальним та патологічним горюванням полягає не в сукупності чи наявності певних симптомів, а у їх стійкості та тривалості, що підкреслює важливість спостереження за перебігом горювання у динаміці.

Серед інструментів, які використовуються для оцінки стану людини, яка пережила втрату, за результатами аналізу літературних даних виявлені наступні: International Prolonged Grief Disorder Scale (IPGDS) [27, 28], Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13) [29-32], Inventory of Complicated grief (ICG) [33, 34], Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+) [35-37], Oxford Grief-Memory characteristics scale (OG-M) [38], Structured Clinical Interview for Complicated Grief [39]. Корисними в аспекті супроводу людей, які переживають втрату, також можуть бути Depressive and Anxious Avoidance in Prolonged Grief Questionnaire (DAAPGQ) [40], Experienced Unpleasantness Scale (EUS) [41], та Grief Cognitions Questionnaire (GCQ) [42].

Із шкал, що названі вище, Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13), Depressive and Anxious Avoidance in Prolonged Grief Questionnaire (DAAPGQ), Experienced Unpleasantness Scale (EUS), Grief Cognitions Questionnaire (GCQ) та Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+) перекладені українською мовою, проте вони не пройшли крос-культуральну адаптацію та валідацію для україномовної вибірки, що також може бути актуальним напрямом роботи.

Фактори ризику розвитку РТГ та протективні фактори. Не дивлячись на те, що середня поширеність РТГ за даними мета-аналізу становить приблизно 10% [8], поширеність стійких проявів горя високої інтенсивності є достатньо варіативною за результатами різних досліджень. У таблиці 2. Представлено огляд досліджень, які були присвячені вивченню поширеності тривалих стійких симптомів горювання у різних вибірках.

Таблиця 2.

Огляд досліджень, які були присвячені вивченню поширеності тривалих стійких симптомів горювання у різних вибірках

Характеристика вибірки	Виявлена поширеність стійких проявів горя високої інтенсивності
Особи, які втратили близьку людину, без вказівки на те, що втрата відбувалася в умовах підвищеного ризику додаткової травматизації [43]	3,3%
Вимушено переміщені особи жіночої статі [44]	9,41%
Вимушено переміщені особи обох статей із Сирії, які	15,1%

залишили свою країну через війну [45]	
Не було зазначено як критерій включення перебування у ситуації, яка б могла призвести до додаткової травматизації [46]	10%
Шиду – батьки, жителі Китаю, як втратили свою єдину дитину [46, 47]	20,9% [46]22,2% [47]
Пацієнти психіатричних амбулаторій, які втратили родича першого ступеня спорідненості у період розпалу пандемії COVID-19 [48]	44,1%
Студенти коледжів, які пережили втрату близької людини [49]	13,4%.

Виходячи з результатів досліджень, зазначених у таблиці 2, поширеність РТГ може значно відрізнятися у різних вибірках. Цей факт робить відкритими щонайменше два питання: культурні особливості переживання втрати та контекст, у якому сталася втрата. Вивчення поширеності РТГ у різних вибірках може наштовхнути на відповідь на питання про те, які фактори ризику або навпаки протективні фактори могли зумовити подібну картину у досліджуваній популяції.

Вивчення факторів ризику та протективних факторів щодо розвитку РТГ можуть стати основою створення діагностичних алгоритмів для виявлення груп ризику, які можуть потребувати уваги або додаткових інтервенцій низької інтенсивності та отримання психосоціальних послуг для попередження патологічного перебігу горювання. Мережева теорія тривалого горя стверджує, що причинно-наслідкові взаємодії між симптомами тривалого горя відіграють значну роль у їх узгодженості та стійкості як синдрому. У межах мережевого підходу дослідження патологічного горювання сконцентровані на оцінці окремих проявів горювання, дослідженні внутрішньоособистісних зв'язків між компонентами горя, включенні біологічних та соціальних компонентів у дослідження горя. Результатом є створення теорій, які могли б пояснити, як біологічні, психологічні та соціальні компоненти взаємодіють між собою, щоб сприяти переходу нормального горювання у патологічне [50].

Серед досліджуваних факторів ризику виявлені біологічні, особистісні, ситуаційні (такі, що пов'язані з обставинами втрати), середовищні (які висвітлюють вплив соціуму на перебіг горювання). Наведемо перелік факторів, які розглядалися у дослідженнях як такі, що можуть стати факторами ризику або протективними факторами щодо розвитку РТГ. Факторами ризику були визначені наступні: жіноча стать [51, 52], відчуття провини, дезадаптивні думки та переконання у людини, яка переживає горювання [52, 53], наявність унікаючої поведінки [52, 54], неможливість толерувати болісні переживання [55], переживання множинних втрат [51], бідність та більш низький соціальний статус [56], низький рівень освіти [57, 58], супутні до часу втрати травматичні події [51], виражена інтенсивність симптомів горювання на ранніх етапах переживання втрати [51, 52, 55], брак соціальної підтримки (як від близьких людей, так і від соціуму взагалі) [51, 57, 59], самотність (відсутність родини або партнера) [56], більш старший вік осіб, які зазнали втрати [51, 59], наявність психічних розладів в анамнезі, зокрема афективних розладів, зловживання психоактивними речовинами в анамнезі [49, 54, 60], особи, які мали порушення прихильності [49, 57, 61, 62, 63], наявність депресивних симптомів на ранніх етапах горювання [64], наявність симптомів депресії та горювання перед смертю близької людини, що були пов'язані з очікуванням передбачуваної смерті [57, 65], раптовість та неочікуваність втрати [49, 52, 55], ступінь спорідненості з померлою людиною [49, 56, 52, 51, 55, 59], втрата внаслідок насильницької смерті [49], спільне проживання з померлою людиною протягом певного часу безпосередньо перед втратою [59], негативні економічні наслідки суміжні за часом з моментом втрати [59].

Натомість, вплив на розвиток тривалого горя деяких з перелічених факторів не був підтверджений у ході інших досліджень, а саме: вплив сімейного стану [25], більш старший вік

особи, яка втратила близьку людину [52], наявність симптомів депресії та горювання, які були пов'язані з очікуванням передбачуваної смерті, до смерті близької людини [66], ступінь спорідненості з померлою або загиблою людиною [25], втрата близької людини внаслідок насильницької смерті [25].

Наявність суперечливих даних щодо факторів ризику розвитку РТГ підкреслює необхідність проведення дослідження, яке дозволило б з'ясувати, які фактори є актуальними для української популяції, особливо з огляду на те, що українці протягом років знаходяться в умовах потенційно травмуючих ситуацій.

Відкритим також є питання поширення РТГ серед населення України та українців, які були вимушені покинути країну, адже останні роки для країни супроводжувалися кількома подіями, які охопили все суспільство, та які є потенційно травматичними – пандемія COVID-19 та розгортання повномасштабної війни. Враховуючи те, що українці зустрічали пандемію та повномасштабне вторгнення вже знаходячись протягом кількох років у ситуації війни у східній частині України, відкритим залишається питання впливу можливої попередньої вразливості на переживання втрат, кількість яких значно підвищилася у зв'язку із активізацією бойових дій.

Розмежування та коморбідність РТГ із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та тривожними розладами. Наявними дослідженнями підкреслюється важливість питання диференціальної діагностики РТГ та відокремлення цього стану від інших психічних розладів, що зумовлено різницею у виборі пропонованих людині інтервенцій за різних варіатів окремого існування або поєднання зазначених станів. Особлива увага у літературі приділена перетину симптоматики РТГ із проявами ПТСР та депресії, адже, по-перше, існує певна схожість та спільність окремих симптомів, характерних для зазначених розладів, по-друге, постає питання розвитку того чи іншого розладу ізольовано одне від одного після пережитої втрати та коморбідності депресії, ПТСР та розладу тривалого горя між собою. Результати численних досліджень чітко вказують на самостійність діагнозу РТГ та відмінності його проявів як від депресії [67, 68, 52, 69, 70-74], так і від ПТСР й тривожних розладів [67, 68, 52, 69, 70, 72, 74, 75]. Разом з тим, можливим є варіант супутнього перебігу зазначених розладів [69, 70, 76, 62, 77, 78].

Симптомами, які можуть бути характерними як для депресивного епізоду, так і для РТГ, є сум, плач, соціальна ізоляція та замкнутість, порушення сну, відчуття власної нікчемності і провини, суїцидальні думки. При більш детальному вивченні, подібні прояви мають свої особливості. Сум, плаксивість та соціальна ізоляція носять всеохоплюючий характер у випадку депресії, ці симптоми супроводжуються характерною для депресії ангедонією. У випадку РТГ сум, плач та соціальні ізоляція є емоційними та поведінковими реакціями на втрату значимої людини та супроводжуються прагненням знову бути разом з померлою людиною. Уникнення болісних нагадувань про незворотність втрати може бути пов'язаним з ізоляцією та зниженням активності у соціальному функціонуванні (уникнення знайомих людей або діяльності, яка пов'язана зі спогадами про померлого). У випадку депресії спостерігається загальна, а не вибіркова, замкнутість та зниження мотивації. Перебіг як депресивного розладу, так і РТГ може супроводжуватися суїцидальними думками та суїцидальною поведінкою.

В умовах війни та підвищеного ризику переживання потенційно травмуючих подій, особливої актуальності набуває вивчення співіснування та розмежування РТГ та ПТСР.

Схожості у проявах РТГ та ПТСР полягають в можливому існуванні нав'язливих думок або образів, пов'язаних зі смертю, поведінки уникнення тригерів, пов'язаних зі смертю близької людини, емоційного заціпеніння. Порушення сну та суїцидальні думки також можуть супроводжувати обидва стани.

Відмінності полягають у тому, що центральною емоцією у випадку ПТСР є страх, а для РТГ –

це сум і туга. Зміст нав'язливих думок при ПТСР пов'язаний із травматичною подією, а при РТГ – з обставинами смерті. У випадку, коли причина смерті була насильницькою, зміст спогадів може зберігатися. Наявність унікаючої поведінки при ПТСР зазвичай пов'язана з бажанням зменшити відчуття небезпеки через уникнення потенційної загрози. В основі уникнення при РТГ є небажання зустрічатися із фактом незворотності втрати. Наявність підвищеного збудження та настороженості асоціюється з ПТСР, а неможливість повернення до життя у реальності, у якій немає померлого (що виявляється у втраті сенсу життя зі смертю близької людини, у відчутті самотності та бажання бути разом з померлою близькою людиною) – з РТГ.

Перехід нормального горювання у пролонговане пов'язаний з хронізацією депресії, наявністю суїцидальних ідеацій та ризиком суїцидальної поведінки [68] навіть при контролі депресії та ПТСР. Досліджувалася та виявлена коморбідність РТГ із вживанням психоактивних речовин та порушенням соматичного здоров'я, проблемами зі сном [52, 69].

Щодо населення України: на тлі початку повномасштабної війни виявлено погіршення стану психічного здоров'я, що проявилось у поширеності симптомів депресії (22% респондентів), тривоги (18%), соматизації (55%), зловживання алкоголем, яке може бути потенційно небезпечним (14,3%), ПТСР (21% відповідно МКХ-11) [79]. Із 2014 року багато уваги приділялося дослідженню ПТСР, натомість особливості переживання втрат та поширеність РТГ серед українського населення залишається недослідженим.

Можливі негативні наслідки переживання РТГ. За результатами досліджень, негативними наслідками переживань у людей з РТГ можуть бути: підвищений ризик смерті через будь-які причини [58], підвищений ризик суїцидальної поведінки та ідеацій [80-83], погіршення загального стану здоров'я, у тому числі й онкологічні захворювання [84], зловживання психоактивними речовинами [85], погіршення якості життя [86, 60], збільшення кількості вживаних психоактивних речовин, порівнюючи з кількістю, яку людина вживала до переживання втрати [86-88], стійкі порушення сну [89].

Наявність великої кількості негативних наслідків, які можуть виникати у ході перебігу РТГ, є ще одним аргументом, який демонструє важливість дослідження даної теми задля своєчасного попередження та реагування на супутні стани та обтяжуючі прояви, які супроводжують цей розлад.

Представлений огляд дозволяє зробити такі висновки: не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених вивченню різних аспектів переживання втрати, певна кількість питань залишається такою, що потребує обговорення (критерій часу для виставлення діагнозу РТГ, інструменти оцінки, які б дозволили враховувати культурні особливості) та проведення додаткових досліджень (більш широке дослідження факторів ризику розвитку РТГ та протективних факторів щодо формування патологічного горювання).

Потребує уточнення поняття ускладненого горя.

Невирішеною проблемою для українських фахівців сфери охорони психічного здоров'я є відсутність досліджень з валідації та адаптації переважної кількості діагностичних інструментів для україномовної вибірки.

Питання поширеності РТГ серед жителів України, які протягом тривалого часу знаходяться у середовищі потенційно травмуючих ситуацій, залишається відкритим.

Різномічне дослідження феноменів під час переживання втрати, які характерні для населення України в умовах воєнного часу, вивчення факторів, які впливають на перебіг як нормального, так і патологічного горювання, були б корисними для створення діагностичних алгоритмів задля ефективного виявлення груп ризику щодо розвитку патологічного горювання,

розмежування нормального горювання, РТГ та можливих коморбідних розладів для забезпечення своєчасної актуальної та вичерпної допомоги населенню на різних етапах надання медичної та психологічної допомоги.

Актуальність теми втрати для сьогодення України. Питання поширеності РТГ серед жителів України, які протягом тривалого часу знаходяться у середовищі потенційно травмуючих ситуацій, залишається відкритим.

У практичному аспекті перед надавачами допомоги постає питання про дослідження процесів, які мають місце у людини, яка переживає горювання, про своєчасне проведення вичерпної психоосвіти для інформування людини про те, що з нею трапляється у ході горювання, та які моменти можуть завадити переживанню нормального горя.

З огляду на це було проведено дослідження, мета якого - провести початкову оцінку актуальності теми втрати близької людини для українців, готовності осіб, які переживають горе, до пошуку допомоги, потреби у інформації для підвищення обізнаності про процес горювання як для людей, які переживають втрату, так і для тих, хто хоче їх підтримати в умовах триваючої війни.

Матеріали та методи дослідження. Для початкової оцінки актуальності теми втрати в Україні проведено кількісне онлайн

опитування проводилося 3-8 листопада 2023 року серед користувачів інтернет-панелі Opinion.

Критерії включення респондентів були наступними: особи віком від 18 до 55 років, інтернет-користувачі, які до 24.02.2022 проживали на території України в містах з населенням більше 50 тис. мешканців (без Криму та ОРДЛО), а наразі проживають на неокупованій РФ території або за кордоном.

Питання дослідження стосувалися досвіду переживання втрати близької людини та підтримки людини у горюванні, що мав місце у житті респондента після 24.02.22, потреби у підтримці та інформації про процес горювання.

Були зібрані демографічні дані про стать, вік, сімейний стан, рівень освіти, працевлаштованість, місце проживання до моменту повномасштабного вторгнення та на момент опитування. Питання, запропоновані респондентам, були розподілені на три групи: такі, що ставили усім респондентами, такі, які ставили лише тим, хто переживав втрату та такі, які ставили лише тим, хто підтримував свою близьку людину у втраті (табл. 3).

Таблиця 3

Питання, які були включені до стартового онлайн-опитування

Питання, які ставили усім респондентам	Питання, які ставили респондентам, які мають досвід переживання втрати за період з 22.02.2024	Питання, які ставили респондентам, яким доводилося підтримувати близьких людей у процесі проживання горя
Скажіть, будь ласка, чи втрачали Ви близьку людину після початку повномасштабного вторгнення 24.02.2022р.?	Переживаючи цю ситуацію, чи важливо Вам було розуміти, що з Вами відбувається (напр., які переживання "нормальні", а які - ні)?	Чи знали Ви, що робити?
Чи доводилось вам підтримувати людину, яка пережила втрату близького?	Чи потребували ви додаткової підтримки оточуючих під час горювання?	
На вашу думку, чи важливо мати інформацію, що може відбуватися з людиною, коли вона переживає	Якщо ваші переживання ставали нестерпними чи порушували звичну діяльність, чи зверталися ви за	



втрату?	допомогою?	
На Вашу думку, чи важливо людині мати інформацію про те, як можна підтримати людину в горюванні?		

Дослідження ініційоване та реалізоване науковою командою україно-голандського проекту дослідження горя «Фенікс» та незалежною дослідницькою компанією Factum Group Ukraine в рамках регулярного соціального дослідження YOUкраїна. Результатита їх обговорення.

Демографічні дані. У опитуванні взяли участь 400 респондентів. Із них – 47% чоловіків та 53% жінок. Віковий склад вибірки був наступним: особи 18-25 років – 13%; особи 26-35 років – 33%; особи 36-45 років – 30%; особи 46-55 років – 25%. 22% респондентів були неодруженими, 56% – одруженими, 11% – у незареєстрованому шлюбі але проживали разом із партнером/партнеркою, 9% – розлучені або такі, що проживають окремо від партнера чи партнерки і 2% – вдівці або вдови. Середню освіту мали 3% респондентів, середню спеціальну, неповну вищу – 22%, вищу – 75%. 77% респондентів на момент опитування мали роботу; не працювали, навчалися – 4%; не працювали, перебували на пенсії – 3%; не працювали, шукали роботу, вели домашнє господарство – 17%. До початку повномасштабної війни 34% респондентів переживали на території східних областей України, 17% – західних областей, 37% – західних та північних областей, 11% – на території південних областей України. На момент опитування розподіл респондентів за територією проживання був наступним: східні області – 27%, західні області – 19%, центральні та північні області – 38%, південні області – 10%, переїхав за кордон – 6%. На момент опитування 85% респондентів залишилися проживати на тому місці, де мешкали до війни, 5% переїхали в межах області, 10% – переїхав до іншої області в межах України.

Досвід переживання втрати, потреба у отриманні допомоги та шляхи пошуку допомоги.

Майже чверть респондентів (24%) вказала на факт переживання втрати близької людини за період від 24.02.22. За причиною втрати близької людини розподіл був наступним: 15% – смерть близької людини, 14% – загибель, 5% – зникнення безвісти, 9% відмовились відповідати на дане питання.

63% тих, хто переживав втрату, повідомили, що їм було важливо зрозуміти, що із ними відбувається під час горя, а третина з них повідомили про те, що потребували додаткової підтримки у переживанні втрати. 21% учасників дослідження, які пережили втрату, зверталися за допомогою у випадку, якщо їх переживання ставали нестерпними чи було порушене виконання звичних для них справ, причому 7% звернулися до сімейного лікаря, 8% – до психолога, 3% – до психіатра, 3% – до лікарів інших спеціальностей, тобто 11% опитаних зверталися за допомогою до фахівців з охорони психічного здоров'я, а 10% – до лікарів соматичного профілю. 20% людей, які зазначили потребу у додатковій підтримці протягом процесу переживання втрати, повідомляли про те, що не зверталися за допомогою, але хотіли б.

Досвід підтримки особи у горюванні після втрати близької людини.

Із усіх опитаних 62% осіб доводилося підтримувати людину, яка переживає горе після втрати близької людини. Проте лише половина знали, як це можна зробити. 82% усіх респондентів відповіли, що вважають важливими наявність інформації про процес горювання.

Висновки. Таким чином, проведене опитування висвітлило актуальність теми втрати та горювання для українців протягом триваючої війни. Виявлено потребу у психоосвітніх матеріалах про перебіг та прояви горювання серед людей, які переживають втрату близької

людини, та про шляхи підтримки людини, яка переживає втрату, серед людей, які є колом соціальної підтримки особи, яка переживає втрату близької людини протягом триваючої повномасштабної війни в Україні. Перед фаховою спільнотою окрім дослідження зазначених у описовій частині статті питань постає також виклик розробки якісного інформаційного контенту, який би сприяв підвищенню обізнаності про особливості переживання втрати та знижував стигматизацію навколо пошуку допомоги у стані горювання серед людей, які її потребують.

Оговорення отриманих результатів та практичний аспект застосування цих знань .

Описане вище опитування висвітлює актуальність теми втрати близької людини у період повномасштабної війни, але разом з тим, невисоку готовність українців звертатися за допомогою, зокрема до фахівців сфери охорони психічного здоров'я. У відповідь на даний виклик колективом кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця було розпочато створення психоосвітніх матеріалів про переживання втрати.

Матеріали були підготовлі у формі відповідей на поширені питання про переживання втрати, зокрема:

чи це нормально, що мені не хочеться плакати (1),

чи це нормально, що я плачу так довго (2),

чи стане легше, коли стане легше (3),

чи повідомляти (коли повідомляти) дитині про смерть (4),

як повідомити дитині про смерть матері (батька, брата чи сестри, дідуся чи бабусі) (5),

чи брати дитину на поховання (6),

чи брати дитину на цвинтар після поховання (7),

як поводитися з дитиною під час поховання (8),

чи брати (як часто брати) дитину на могилу померлого (9),

чи це нормально, що є відчуття, ніби померла людина десь поруч (10),

скільки ще я буду плакати (чи відчувати сум) при згадках про померлого (11),

мені часто сниться покійний, чи це означає, що я щось не зробив для нього (12),

чи це нормально, що мій стан погіршується у роковини (на річниці) (13),

що робити з речами померлого (14),

як часто варто відвідувати місце поховання (15),

чи нормально, що я відвідую місце поховання рідко (ніколи) (16),

що робити, якщо мені не хочеться ходити на кладовище (17),



- що мені робити з болем (як його висловити, щоб не відчувати сором) (18),
- коли біль мине (19),
- чому я швидко втомлююсь, чи це триватиме постійно (20),
- чи значить те, що я радію, або відчуваю щастя, те, що я зраджую померлому (21),
- чи нові стосунки (або те, що я називатиму батьків партнера “мама” або “тато”) будуть означати зраду (22),
- чи допоможе мені алкоголь (або якісь ліки) впоратися з болем (23),
- як підтримати людину (як поводитися з людиною), яка знаходиться у скорботі: що робити, що не робити (що говорити, що не говорити) (24),
- чи нормально, що стан мого родича, після певного покращення, погіршується (25),
- чи маю я вітати (підтримати) людину у скорботі з днем народження померлого, або ігнорувати ці дати (день народження), окрім дати смерті (26),
- як ми, як родина померлого, маємо реагувати на дні народження людини, яка померла (у контексті невизначеної втрати) (27),
- якщо є достеменні відомості про те, що близька людина загинула, але немає можливості повернути тіло (28),
- невизначена втрата і відчуття надії? Моя надія мене знесилює (29),
- невизначена втрата і почуття... Амбівалентність, провина, сором, страх, безнадія – це нормально відчувати за таких обставин (30),
- що робити, якщо хтось із родини вважає зниклого безвісти мертвим, а хтось – живим (31),
- чому я відчуваю виснаження (32).

Питання, які найчастіше були озвучені під час консультування людей, які переживають різні типи втрат, були розміщені у формі дописів та поширені у соціальних мережах. Про актуальність дописів із тим чи іншим питанням могла свідчити, у тому числі, кількість репостів:

Підбірка матеріалів для тих, хто працює із близькими зниклих безвісти – 117 репостів;

Нормальне чи патологічне горювання? – 58;

Чи повідомляти (коли повідомляти) дитині про смерть? – 48;

Невизначена втрата – 46;

Сльози і сором під час горювання – 46

Горювання після втрати, чому людина проходить через це? – 38;

Коли людина переживає горювання – 24;

Перинатальні втрати - 14;

Синдром роковин -13;

Чи стане легше після втрати? Коли стане легше? - 7;

Чому я швидко втомлююсь під час переживання втрати? - 7

Мені здається, що покійний десь поруч. Мені часто сниться покійний - 3.

Посилання

1. Pop-Jordanova N. Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *PRILOZI*. 2021;42(2):9-18. doi:<https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014>
2. Булен П, Кольчінська Ю. Prolonged grief disorder: Nature, risk-factors, assessment, and cognitive-behavioural treatment. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2022;7(2):e0702375-e0702375. doi:<https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i2.375>
3. O'Connor MF. Grief: A Brief History of Research on How Body, Mind, and Brain Adapt. *Psychosomatic medicine*. 2019;81(8):731-738. doi:<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717>
4. Lombardo L, Lai C, Luciani M, et al. [Bereavement and complicated grief: towards a definition of Prolonged Grief Disorder for DSM-5]. *Rivista Di Psichiatria*. 2014;49(3):106-114. doi:<https://doi.org/10.1708/1551.16903>
5. Petry SE, Hughes D, Galanos A. Grief: The Epidemic Within an Epidemic. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2020;38(4):419-422. doi:<https://doi.org/10.1177/1049909120978796>
6. Nakajima S. Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018;373(1754):20170273. doi:<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
7. Maciejewski PK, Prigerson HG. Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2017;211(4):189-191. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196238>
8. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017;212(212):138-149. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
9. Djelantik AAAManikJ, Robinaugh DJ, Boelen PA. The course of symptoms in the first 27 months following bereavement: A latent trajectory analysis of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression. *Psychiatry Research*. 2022;311:114472. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114472>
10. Johannesson KB, Lundin T, Hultman CM, et al. The effect of traumatic bereavement on tsunami-exposed survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2009;22(6):497-504. doi:<https://doi.org/10.1002/jts.20467>
11. Kristensen P, Weisaeth L, Heir T. Predictors of complicated grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. *Death Stud*. 2010;34(2):137-50. pmid:24479178
12. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress*. 2007;20(3):251-62. pmid:17597124
13. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv*. 2006;57(9):1291-7. pmid:16968758
14. Sveen J, Bergh Johannesson K, Cernvall M, Arnberg FK. Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0209757. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209757>

15. Nielsen MK, Carlsen AH, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*. 2019;232:460-469. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>
16. Lundorff M, Bonanno GA, Johannsen M, O'Connor M. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2020;129:168-175. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
17. De Stefano R, Muscatello MRA, Bruno A, et al. Complicated grief: A systematic review of the last 20 years. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;67(5):492-499. doi:<https://doi.org/10.1177/0020764020960202>
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Pearson; 2013.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th-TR. American Psychiatric Association; 2022.
20. The Lancet. ICD-11. *The Lancet*. 2019;393(10188):2275. doi:[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31205-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31205-x)
21. Eisma MC, Janshen A, Lenferink LIM. Content overlap analyses of ICD-11 and DSM-5 prolonged grief disorder and prior criteria-sets. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1). doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2011691>
22. Haneveld J, Rosner R, Vogel A, et al. Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2022;90(4):303-313. doi:<https://doi.org/10.1037/ccp0000720>
23. Levy Yeyati E. Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 2022;33(156):51-55. doi:<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.179>
24. Stegmeir D. Prolonged Grief Disorder. 2023;40(3):166-170. doi:<https://doi.org/10.1097/cnj.0000000000001074>
25. Robinaugh DJ, Toner ER, Djelantik AAAMJ. The causal systems approach to prolonged grief: Recent developments and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 2022;44:24-30. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2021.08.020>
26. Djelantik AAAManikJ, Aryani P, Boelen PA, Lesmana CBJ, Kleber RJ. Prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression following traffic accidents among bereaved Balinese family members: Prevalence, latent classes and cultural correlates. *Journal of Affective Disorders*. 2021;292:773-781. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>
27. Killikelly C, Merzhvynska M, Zhou N, et al. Examination of the new ICD-11 prolonged grief disorder guidelines across five international samples. *Clinical Psychology in Europe*. 2021;3(1). doi:<https://doi.org/10.32872/cpe.4159>
28. Killikelly C, Zhou N, Merzhvynska M, et al. Development of the international prolonged grief disorder scale for the ICD-11: Measurement of core symptoms and culture items adapted for chinese and german-speaking samples. *Journal of Affective Disorders*. 2020;277:568-576. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.057>
29. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021;20(1):96-106. doi:<https://doi.org/10.1002/wps.20823>
30. Ashouri A, Yousefi S, Prigerson HG. Psychometric properties of the PG-13-R scale to assess prolonged grief disorder among bereaved Iranian adults. *Palliative and Supportive Care*. Published online April 13, 2023:1-8. doi:<https://doi.org/10.1017/s1478951523000202>
31. Işıklı S, Keser E, Prigerson HG, Maciejewski PK. Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death Studies*. Published online April 14, 2020:1-11. doi:<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1745955>
32. Hwang Y, Lee DH, Prigerson HG. Psychometric properties, stability, and predictive validity of the Korean version of the Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13-K): A longitudinal study among bereaved Koreans. *Death Studies*. Published online June 8, 2022:1-11. doi:<https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2081884>

33. Fisher JE, Mauro C, Cozza SJ, et al. Examination of factor structure of the inventory of complicated grief (ICG) in a sample of bereaved military family members with persistent and elevated grief. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2017;26(3). doi:<https://doi.org/10.1002/mpr.1571>
34. Igarashi N, Aoyama M, Ito M, et al. Comparison of two measures for Complicated Grief: Brief Grief Questionnaire (BGQ) and Inventory of Complicated Grief (ICG). *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2020;51(2). doi:<https://doi.org/10.1093/jjco/hyaa185>
35. Kokou-Kpolou CK, Lenferink LIM, Brunnet AE, et al. The ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief criteria: Validation of the Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus using exploratory factor analysis and item response theory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Published online June 24, 2022. doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.2765>
36. Lenferink LIM, Eisma MC, Smid GE, de Keijser J, Boelen PA. Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*. 2021;112:152281. doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
37. Ashouri A, Yousefi S. Validation of the Persian Traumatic Grief Inventory- Self Report Plus (TGI-SR+) to Assess Prolonged Grief Severity. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Published online March 14, 2023:003022282311627. doi:<https://doi.org/10.1177/00302228231162730>
38. Smith KV, Wild J, Ehlers A. Psychometric Characteristics of the Oxford Grief Memory Characteristics Scale and Its Relationship With Symptoms of ICD-11 and DSM-5-TR Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.814171>
39. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ, et al. THE STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR COMPLICATED GRIEF: RELIABILITY, VALIDITY, AND EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS. *Depression and Anxiety*. 2015;32(7):485-492. doi:<https://doi.org/10.1002/da.22385>
40. Boelen PA, Van den Bout J. Anxious and Depressive Avoidance and Symptoms of Prolonged Grief, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychologica Belgica*. 2010;50(1-2):49. doi:<https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-49>
41. Boelen PA. "It feels as if she might return one day": A sense of unrealness as a predictor of bereavement-related emotional distress / "Tengo la sensación de que ella puede volver algún día": la sensación de irrealidad como un predictor del sufrimiento emocional relacionado con la pérdida. *Estudios de Psicología*. 2017;38(3):734-751. doi:<https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340140>
42. Boelen PA, Lensvelt-Mulders GJLM. Psychometric Properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005;27(4):291-303. doi:<https://doi.org/10.1007/s10862-005-2409-5>
43. Rosner R, Comtesse H, Vogel A, Doering BK. Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2021;287:301-307. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
44. Steil R, Gutermann J, Harrison O, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in a sample of female refugees. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>
45. Bryant RA, Bawaneh A, Giardinelli L, Awwad M, Al-Hayek H, Akhtar A. A prevalence assessment of prolonged grief disorder in Syrian refugees. *World Psychiatry*. 2021;20(2):302-303. doi:<https://doi.org/10.1002/wps.20876>
46. Boelen PA, Lenferink LI. Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021;56(6):000486742110257. doi:<https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
47. Yuan MD, Wang ZQ, Fei L, Zhong BL. Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms in Chinese parents who lost their only child: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2022;10. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016160>
48. Yusuf Ezel Yildirim. Prevalence of Prolonged Grief Disorder and Related Clinical Factors Among Turkish Psychiatric Outpatients During the COVID-19 Pandemic. *Omega - Journal Of Death And Dying*. Published online June 30, 2023.

- doi:<https://doi.org/10.1177/00302228231187296>
49. Glickman K. Prolonged Grief Disorder in a Diverse College Student Sample. *Frontiers in Psychology*. 2021;11. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.604573>
 50. Robinaugh DJ, Toner ER, Djelantik AAAMJ. The causal systems approach to prolonged grief: Recent developments and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 2022;44:24-30. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.020>
 51. Specht F, Vöhringer M, Knaevelsrud C, Wagner B, Stammel N, Böttche M. Prolonged grief disorder in Arabic-speaking treatment-seeking populations: Relationship with socio-demographic aspects, loss- and trauma-related characteristics, and mental health support. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.933848>
 52. Boelen PA, Lenferink LIM. Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019;55(6):765-777. doi:<https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
 53. Eisma MC, Franzen M, Paauw M, Bleeker A, Rot M. Rumination, Worry and Negative and Positive Affect in Prolonged Grief: a Daily Diary Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;29(1). doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.2635>
 54. Kristensen P, Dyregrov K, Gjestad R. Different Trajectories of Prolonged Grief in Bereaved Family Members After Terror. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.545368>
 55. Treml J, Brähler E, Kersting A. Prevalence, Factor Structure and Correlates of DSM-5-TR Criteria for Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.880380>
 56. Shevlin M, Redican E, Hyland P, et al. Symptoms and levels of ICD-11 Prolonged Grief Disorder in a representative community sample of UK adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Published online April 11, 2023. doi:<https://doi.org/10.1007/s00127-023-02469-1>
 57. Mason TM, Tofthagen CS, Buck HG. Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. 2020;16(2):151-174. doi:<https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
 58. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and Treatment. *Focus*. 2021;19(2):161-172. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
 59. Yi X, Gao J, Wu C, et al. Prevalence and risk factors of prolonged grief disorder among bereaved survivors seven years after the Wenchuan earthquake in China: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5(2):157-161. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.001>
 60. Marques L, Bui E, LeBlanc N, et al. COMPLICATED GRIEF SYMPTOMS IN ANXIETY DISORDERS: PREVALENCE AND ASSOCIATED IMPAIRMENT. *Depression and Anxiety*. 2013;30(12):1211-1216. doi:<https://doi.org/10.1002/da.22093>
 61. Sekowski M, Prigerson HG. Disorganized attachment and prolonged grief. *Journal of Clinical Psychology*. 2022;78(9). doi:<https://doi.org/10.1002/jclp.23325>
 62. Maccallum F, Bryant RA. Prolonged grief and attachment security: A latent class analysis. *Psychiatry Research*. 2018;268:297-302. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.038>
 63. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An Exploration of Associations Between Separation Anxiety in Childhood and Complicated Grief in Later Life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006;194(2):121-123. doi:<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198146.28182.d5>
 64. Guldin MB, Ina Siegismund Kjaersgaard M, Fenger-Grøn M, et al. Risk of suicide, deliberate self-harm and psychiatric illness after the loss of a close relative: A nationwide cohort study. *World Psychiatry*. 2017;16(2):193-199. doi:<https://doi.org/10.1002/wps.20422>
 65. Nielsen MK, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P, Bro F, Guldin MB. Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017;53(3):540-550. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013>

66. Lenger MK, Neergaard MA, Guldin MB, Nielsen MK. Poor physical and mental health predicts prolonged grief disorder: A prospective, population-based cohort study on caregivers of patients at the end of life. *Palliative Medicine*. 2020;34(10):1416-1424. doi:<https://doi.org/10.1177/0269216320948007>
67. Grafiadeli R, Glaesmer H, Wagner B. Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16):10277. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph191610277>
68. Boelen PA. Symptoms of prolonged grief disorder as per DSM-5-TR, posttraumatic stress, and depression: Latent classes and correlations with anxious and depressive avoidance. *Psychiatry Research*. Published online May 2021:114033. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114033>
69. Djelantik AAAMJ, Robinaugh DJ, Kleber RJ, Smid GE, Boelen PA. Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*. 2019;37(1). doi:<https://doi.org/10.1002/da.22880>
70. Djelantik M. Toward an integrated understanding of traumatic grief - connecting prolonged grief, posttraumatic stress and depression symptoms. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2021;63(6):462-468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231866/>
71. Shinada K, Kohno T, Fukuda K, et al. Depression and complicated grief in bereaved caregivers in cardiovascular diseases: prevalence and determinants. *BMJ Supportive & Palliative Care*. Published online October 22, 2021. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002998>
72. Schaal S, Dusingizemungu JP, Jacob N, Neuner F, Elbert T. Associations Between Prolonged Grief Disorder, Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Anxiety in Rwandan Genocide Survivors. *Death Studies*. 2012;36(2):97-117. doi:<https://doi.org/10.1080/07481187.2011.573177>
73. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2007;257(8):444-452. doi:<https://doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
74. Lenferink LIM, de Keijser J, Smid GE, Djelantik AAAMJ, Boelen PA. Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017;8(1):1298311. doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1298311>
75. Lenferink LIM, van den Munckhof MJA, de Keijser J, Boelen PA. DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1). doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131>
76. Reiland H, Banerjee A, Claesges SA, et al. The influence of depression on the relationship between loneliness and grief trajectories in bereaved older adults. *Psychiatry Research Communications*. 2021;1(1):100006. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psycom.2021.100006>
77. Xu X, Xie T, Zhou N, et al. Network analysis of PGD, PTSD and insomnia symptoms in Chinese shidu parents with PGD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1). doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2057674>
78. Comtesse H, Rosner R. Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: the influence of losses and residence status. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1):1591330. doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591330>
79. Shevlin M, Hyland P, Karatzias T, Makhshvili N, Javakhishvili J, Roberts B. The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. *Journal of Traumatic Stress*. Published online April 2, 2022. doi:<https://doi.org/10.1002/jts.22837>
80. Molina N, Viola M, Rogers M, et al. Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*. 2019;9(5):53. doi:<https://doi.org/10.3390/bs9050053>
81. Drucker AP, Yossi Levi-Belz, Hamdan S. Depression, Complicated Grief, and Suicide Ideation Following Bereavement During the COVID-19 Pandemic. *Omega - Journal Of Death*



- And Dying. Published online July 4, 2023. doi:<https://doi.org/10.1177/00302228231186361>
82. Smith KV, Ehlers A. Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: An investigation of cognitive and behavioural differences. Sar V, ed. PLOS ONE. 2021;16(4):e0248852. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248852>
 83. Hamdan S, Berkman N, Lavi N, Levy S, Brent D. The Effect of Sudden Death Bereavement on the Risk for Suicide. *Crisis*. 2019;41(3):1-11. doi:<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000635>
 84. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(2):103-117. doi:<https://doi.org/10.1002/da.20780>
 85. Parisi A, Sharma A, Howard MO, Blank Wilson A. The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2019;103(103):43-57. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.012>
 86. Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al. Complicated grief among individuals with major depression: Prevalence, comorbidity, and associated features. *Journal of Affective Disorders*. 2011;134(1-3):453-458. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.017>
 87. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(5):616-623. doi:<https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>
 88. Simon NM, Pollack MH, Fischmann D, et al. Complicated Grief and Its Correlates in Patients With Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(09):1105-1110. doi:<https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0903>
 89. Lancel M, Stroebe M, Eisma MC. Sleep disturbances in bereavement: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2020;53:101331. doi:<https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101331>