

Діагностично-лікувальний континуум розладу тривалого горя: сучасні погляди на клінічні критерії та принципи втручання

Олена Хаустова

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця

Ольга Скринник

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця

Актуальність

Війна несе з собою багато горя та втрат, які є непередбачуваними ні за обсягом, ні за часом. Серед них найважчою є гибель близької людини. Саме тому з початком війни гостро стає проблема втрати та горювання, як реакції на втрату. В разі, коли особистість не справляється з втратою, горювання затягується та трансформується в розлад тривалого горя (РТГ). Значне поширення РТГ потребує глибокого вивчення цієї нової нозології та розробки ефективних стратегій профілактики й подолання.

Мета

Метою статті є проведення на сучасному етапі аналізу поняття «розлад тривалого горювання», критичний огляд сучасних досліджень даної проблеми.

Матеріали та методи

Задля досягнення мети було проведено ретельний якісний та кількісний контент-аналіз наукової літератури, присвяченої процесу горювання та РТГ. Пошук літератури здійснювався з використанням міжнародних баз даних, таких як PubMed, Google Scholar, Web of Science та CrossRef, за період 1997 - 2024 роки.

Висновки

Насьогодні існують розходження у визначенні РТГ. Створення чітких та уніфікованих діагностичних критеріїв повинно не тільки формально привести до більш чіткого розуміння поширеності розладу, а й допомогти в розробці діагностичних шкал. Також триває накопичення знань в області ефективного лікування РТГ з метою подальшого створення уніфікованих протоколів лікування.

Війна несе з собою багато горя та втрат, непередбачуваних ні за обсягом, ні за часом. Окрім небезпеки фізичного ушкодження під час війни людина зазнає тривалої психологічної травми. Серед них найважчою є втрата близької людини [1,2].

Процес, що сприяє адаптації, примиренню з існуванням нової реальності, у якій немає померлого або втраченого називається нормальним горюванням. Люди, які пережили втрату поступово повертаються до звичайного життя. Але в разі коли процес горювання триває

протягом значного часу та порушує повсякденне функціонування особи, науковці говорять про патологічне горювання [3]. Таким образом формується розлад тривалого горя (РТГ).

Клінічні критерії РТГ

Далеко не всі психіатри-науковці виступають за відокремлення РТГ в самостійний психічний розлад [4]. Вони вважають, що для деяких груп осіб, які зазнали втрати, важке і стійке горе виглядає нормальним явищем, реакцією на аномальну життєву подію. Наприклад, згідно з нещодавнім мета-аналізом, передбачувана поширеність патологічного горя 49% серед людей, які втратили близьких родичів (дитину або батьків) через неприродну смерть [5, 6]. Крім того, для даної групи населення існує дуже великий ризик призначення зайвих психотропних засобів [4].

Також дослідники та клініцисти висловлюють занепокоєння, що встановлення діагнозу РТГ призведе до стигматизації [7]. Це може мати серйозні негативні наслідки, включаючи зростання депресії та суїцидальності, зменшення кількості звернень за допомогою та передчасне припинення лікування [8-10]. В дослідженнях було показано, що суспільство більше стигматизує людей із симптомами та діагнозом РТГ, аніж людей із нормальним горюванням. Результати співпадають з опитуванням, яке демонструє, що люди з сильним горем повідомляють про більшу кількість негативних соціальних реакцій [11-12].

Попри всі нарікання відносно нещодавно РТГ був включений спочатку в Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5-го перегляду (DSM-5) в 2013 році, а пізніше в 2018 році – в Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) [13, 14]. Порівнюючи критерії обох керівництв, можна знайти багато спільного. По-перше, розлад пов'язаний із втратою близької людини. По друге, це дистрес розлуки, який проявляється постійними тугою за померлим та зануренням в переживання про нього. Третім схожим пунктом є критерій функціонального порушення. РТГ призводить до значного погіршення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування. Якщо функціонування підтримується, то лише завдяки значним додатковим зусиллям. Крім того, переживання втрати повинні виходити за загальноприйняті культуральні та релігійні рамки.

Відмінності можна знайти в критеріях, які стосуються клінічних проявів РТГ. В МКХ-11 РТГ супроводжується інтенсивним емоційним болем, наприклад сумом, почуттям провини, гнівом, запереченням і звинуваченням. Пацієнту важко прийняти смерть близької людини. Наявні відчуття, що людина втратила частину себе, нездатність відчувати позитивний настрій, емоційне заціпеніння, труднощі в соціальній чи іншій діяльності.

В DSM-5 критерії прописані більш чітко. Після смерті близької людини принаймні три з симптомів повинні бути присутні протягом більшості днів у клінічно значущому ступені. Крім того, симптоми виникають майже щодня протягом принаймні останнього місяця. Окрім симптомів, які вже згадувалися в МКХ-11 (порушення ідентичності, труднощі з поверненням до стосунків і діяльності після смерті, емоційне заціпеніння) в DSM-5 присутні й деякі інші симптоми. Це виражене почуття недовіри щодо смерті, уникання нагадувань про те, що людина померла, сильний емоційний біль (наприклад, гнів, смуток), пов'язаний зі смертю, труднощі з реінтеграцією у соціальні стосунки та соціальній активністю (наприклад, проблеми з спілкуванням з друзями, досягненням інтересів або плануванням майбутнього), відчуття безглуздості життя через смерть, інтенсивна самотність внаслідок смерті. Але найголовнішою відмінністю є критерій часу. В МКХ-11 симптоми існують мінімум протягом 6 місяців, тоді як в DSM-5 - 12 місяців, що становить значну різницю.

L. Lenferink із співавторами (2021) зауважив, що різні набори діагностичних критеріїв дають різні результати поширеності та відрізняються з точки зору прогностичної валідності. Саме уніфікація критеріїв РТГ є одним з провідних завдань на сьогодні [15]. В дослідженні Haneveld із співавторами (2022) було продемонстровано, що розрахунковий рівень діагностичної

узгодженості між РТГ згідно з МКХ-11 і відповідно до DSM-5-TR значно збільшився б при узгодженні часових критеріїв для обох діагнозів до 1 року після втрати [16].

Коморбідність та диференційна діагностика РТГ

Задля оцінки прогнозу та вибору тактики лікування дуже важливо вміти оцінити, чи переживає людина нормальне горювання або РТГ. Основною діагностичною проблемою РТГ є визначення його відмінності від нормальної реакції горювання. Проблема їх розрізнення ускладнюється тим фактом, що ми не маємо узгодженого визначення нормального горя. Також існує значна мінливість у змісті шкал, запропонованих для оцінки нормального горя [17]. Хоча первинні симптоми, які виникають після втрати, зазвичай включають сильні емоції, ці емоції для переважної більшості тих, хто втратив близьких, не є раннім розвитком тривалого горя. Гострий сум після втрати є нормальний. Типові ознаки нормального горювання, що збігаються з РТГ, включають почуття шоку або недовіри, тугу, хвилі смутку або інші інтенсивні. Існують великі індивідуальні відмінності в процесі адаптації [18-20].

Докази того, що РТГ характеризується якісно відмінним досвідом, ніж звичайне горе, поки що непереконливі. В дослідженнях на основі аналізу показників шкал, які застосовуються для вивчення процесу горювання була продемонстрована вимірنا, а не категоріальна, семантична відмінність патологічного горя від нормального. Це свідчить про те, що РТГ не характеризується наявністю або відсутністю специфічних симптомів, а натомість відрізняється від нормального горя лише тяжкістю [21, 22].

Відокремлення патологічного горя від нормального за тривалістю і серйозністю може стати кращою альтернативою. Наприклад, ґрунтуючись на нормальному розподілі даних про симптоми горя, можна класифікувати будь-кого, хто має на два стандартні відхилення вище середнього значення, як ймовірний РТГ. Так, наприклад, оцінка вище 25 за Опитувальником ускладненого горя (The Inventory of Complicated Grief - ICG) може бути виносним показником патологічності горя [23, 24]. Можна також використовувати критерій тривалості горювання - 6 або 12 місяців згідно МКХ-11 та DSM-5. Тим не менш, враховуючи, що і тяжкість, і тривалість горя є безперервними змінними, будь-які критерії, отримані таким чином, будуть довільними. Вираженість тяжкості або значна тривалість горя не означає автоматично, що горе, яке відчуває пацієнт є патологічним.

Інший спосіб відрізнити нормальне горювання від РТГ можна за наявності або відсутності функціональних порушень. Наприклад, згідно з DSM-5-TR, «порушення (горя) має спричинити клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах функціонування» [14]. Але виникає питання, який рівень дистресу вважатиметься клінічно значущим?

Вирішення нечіткої різниці між нормальним горюванням та РТГ становить серйозну проблему. Погодження експертів щодо того, чим нормальний досвід горя відрізняється від симптомів РТГ може закласти основу для більш чіткого розмежування норми та патології [15].

Задля вирішення цієї проблеми на сьогодні використовуються діагностичні шкали та опитувальники. Серед них скринінгові опитувальники Шкала РТГ-13 (Prolonged Grief Disorder-13 - PG-13), Короткий опитувальник горя (Brief Grief Questionnaire - BGQ) на 5 питань, Опитувальник ускладненого горя (The Inventory of Complicated Grief - ICG), Міжнародна шкала РТГ (International Prolonged Grief Disorder Scale for the ICD-11 - IPGDS) [25-28]. Клінічна оцінка пацієнтів із потенційним РТГ повинна включати розгляд поточних психічних розладів, суїцидальних думок, психічного стану, історії хвороби та лікування. Цю інформацію можна зібрати за допомогою структурованого оцінювання, використовуючи Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5 - SCID-5), Міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (Mini-International Neuropsychiatric Interview - MINI) або Структуроване клінічне інтерв'ю для ускладненого горя (Structured Clinical Interview for

Complicated Grief - SCI-CG) [29-31].

Також були створені шкали задля оцінки окремих симптомів РТГ. Наприклад, Шкала туги в ситуаціях втрати (Yearning in Situations of Loss Scale-Bereaved -YSL) для вивчення рівня туги, Опитувальник типових переконань (Typical Beliefs Questionnaire - TBQ) для вивчення дезадаптивних патернів мислення при РТГ, Опитувальник уникаючої поведінки, що пов'язана з горем (Grief-Related Avoidance Questionnaire - GRAQ) [32-34].

Тест для самооцінки травматичного горя плюс (Traumatic Grief Inventory Self Report Plus - TGI-SR+) перевіряє наявні у пацієнта симптоми РТГ на відповідність вимогам МКХ-11 та DSM-5-TR, порівнюючи обидва набори критеріїв, що полегшує дослідження. Опитувальник складається з 22 пунктів, які представляють всі критерії РТГ за DSM-5-TR та МКХ-11. Бали за кожним пунктом підсумовуються у загальний бал. Загальний бал 71 або вище вказує на можливий РТГ. Тест має високу надійність та пройшов перевірку на декількох вибірках [35-37].

В рамках диференційної діагностики РТГ можна розглядати депресивний епізод та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Попри схожість симптомів РТГ, ПТСР та депресії, різницю між цими станами було підтверджено у дослідженнях, в яких виявлені важливі відмінності у сфері афективних переживань, поведінкової сфери [38].

ПТСР і РТГ мають деякі характеристики, що збігаються [39]. В DSM-5 обидва діагнози класифікуються як розлади, пов'язані з травмою та стресом, їх схожі ознаки включають нав'язливі думки або образи смерті, уникнення ситуацій, що пов'язані зі смертю, та емоційне заціпеніння. Обидва стани також можуть супроводжуватися порушенням сну [40]. Однак переважаючою емоцією при ПТСР є страх, тоді як при РТГ більш типові туга та смуток. Зміст нав'язливих думок при ПТСР пов'язаний із травматичною подією. При РТГ зміст пов'язаний з обставинами смерті, хоча він може збігатися у випадку насильницької або випадкової смерті. Уникнення при ПТСР зазвичай базується на проблемах безпеки або зменшення потенційної загрози, тоді як уникнення при РТГ пов'язане з зменшенням болісних нагадувань про втрату. Крім того, наявність підвищеного збудження та надмірної настороженості частіше асоціюється з ПТСР, тоді як труднощі відновлення життя без померлого пов'язані з РТГ [41-43].

Депресивний епізод також має кілька характеристик, що є спільними з РТГ, включаючи сум, сльози, замкнутість, порушення сну, відчуття нікчемності й провини, а також суїцидальні думки. Але вони є різними синдромами. Як правило, сум, плаксивість та соціальна ізоляція більш узагальнені при великому депресивному розладі, неможна виявити їх зовнішню причину. При РТГ ці симптоми пов'язані з втратою та можуть включати прагнення возз'єднання з померлим [44, 45]. Депресію та РТГ можна відрізнити клінічно і, навіть, фармакологічно, оскільки антидепресанти не полегшують симптоми горя [46]. Мережевий факторний аналіз та аналіз латентних класів засвідчили, що симптоми РТГ, ПТСР та депресії являють собою різні явища [5, 15, 47, 48].

Також особливої уваги в діагностиці потребує поєднання РТГ з іншими психічними розладами. Ще в 2008 році, коли РТГ не набув нозологічної самостійності, N.M. Simon із співавторами (2007) досліджували пацієнтів, що звернулися по психіатричну допомогу після значної втрати. Серед них були відібрані 206 пацієнтів, що відповідали критеріям ускладненого горя, тривалість якого складала 6 місяців та більше. Далі визначалася у них наявність психічного розладу за DSV-IV. Виявилось, що 25 % досліджених не мали психічного розладу. У 55 % діагностовано великий депресивний розлад, у 48 % ПТСР, у 62 % тривожні розлади, які виникли раніше ускладненого горя. Тобто пацієнти з розладами настрою та тривогою мали більший ризик формування ускладненого горя в разі переживання втрати [49]

Люди з РТГ можуть мати підвищений ризик суїцидальних думок і поведінки [44, 50, 51]. Також

серед інших супутніх станів можна вказати вживання алкоголю та психоактивних речовин. Наявність РТГ пов'язана зі збільшенням куріння або зловживання алкоголем у пацієнтів з біполярним розладом і великим депресивним розладом [52-54]. У 80% пацієнтів з РТГ виникали проблеми зі сном [40, 55].

Таким чином, РТГ має коморбідність з широким спектром психічних, переважно афективних, розладів.

Лікування РТГ

У багатьох людей, які перенесли втрату, з часом спостерігатиметься природне зменшення симптомів, пов'язаних із горем, яке не потребує жодного офіційного втручання. Крім того, наявність деяких симптомів, пов'язаних із горем, які не спричиняють значних страждань і не заважають функціонуванню, не є ознакою патології та не вказують на необхідність втручання. Ці симптоми можуть то зростати, то слабшати протягом року, з періодами загострення у важливі ювілейні дати (наприклад, дата смерті) [56].

Психологічна допомога людині у стані здорового та патологічного тривалого горювання відрізняється. У першому випадку доцільне надання співчутливої підтримки та можливості поділитися історією втрати з подальшим розглядом корисних способів подолання ситуації, що склалася. При РТГ допомога спрямована на усунення бар'єрів, які перешкоджають здоровому перебігу горювання [57].

Було розроблено та емпірично перевірено ефективні психотерапевтичні заходи для лікування ускладненого горя [58, 59]. Вони базуються на моделі подвійного процесу та когнітивно-поведінкових принципах і продемонстрували ефективність навіть у тих, хто страждав від складного горя протягом багатьох років. Когнітивно-поведінкові втручання при РТГ працюють із усвідомленням про реальність втрати, з уявленнями людини про себе, життя та робочу модель стосунків. Їх мета - виявлення та зміна дезадаптивних когніцій, зменшення тривожного уникнення [60].

Короткострокові втручання, особливо ті, що містять когнітивно-поведінкові елементи та спрямовані на покращення результатів, пов'язаних із горем, можуть допомогти полегшити симптоми РТГ. Разом з тим не було виявлено жодного ефекту від профілактичних втручань, що свідчить про те, що раннє втручання в процес горювання може не бути потрібним [61].

Лікування ускладненого горя (Complicated Grief Treatment - CGT) - це складена в протоколи процедура, яка в рандомізованих контрольованих дослідженнях продемонструвала ефективність в зменшенні симптомів РТГ [42, 58, 62, 63.]. Для досягнення цієї мети CGT використовує наступні пункти: надання інформації, яка допоможе пацієнтам зрозуміти та прийняти горе, управління емоційним болем і моніторинг симптомів, роздуми про майбутнє, відновлення зв'язку з іншими, розповідання історії смерті, навчання жити з нагадуваннями і з'єднання зі спогадами [64]. Компоненти, орієнтовані на втрату, включають прийняття реальності смерті та зміну відношення до людини, яка померла. Елементи, орієнтовані на відновлення, залучають роботу над досягненням бажаних цілей за відсутності особи, яка померла, відчуття компетентності та задоволення у світі без померлого [57]. Насьогодні CGT визнана золотим стандартом лікування РТГ [65].

Інші протоколи терапії включають елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), такі як експозиційні втручання, також можуть бути корисними для пацієнтів РТГ [59, 66]. Саме так лікуються диссомнічні порушення при РТГ [67, 68].

На основі КПТ розроблена процедура превентивного он-лайн втручання для РТГ, яка зменшувала тяжкість симптомів [69]. Voelen із співавторами (2007) та Bryant із співавторами (2014) продемонстрували, що КПТ та експозиційна терапія були корисними для зменшення

симптомів РТГ [66, 70].

Участь в групах втрати (bereavement groups) виявилась корисним джерелом соціальної підтримки після втрати, оскільки відсутність соціальної підтримки є фактором ризику розвитку РТГ [71].

Одним із провідним симптомів РТГ є афективні порушення, а саме депресія. Тому велика кількість досліджень фармакотерапії РТГ присвячена антидепресантам. Хоча антидепресанти часто призначають дорослим, які перенесли втрату [72], результати щодо їх ефективності були неоднозначними. Було проведено кілька відкритих досліджень трициклічних антидепресантів, а також селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та інших антидепресантів нового покоління, які призначали особам з РТГ [73]. У всіх дослідженнях фармакотерапія покращила симптоми депресії, але не мала диференційованого впливу на рівень інтенсивності горя порівняно з плацебо [74]. Тобто антидепресанти в поєднанні з КПТ покращували симптоми коморбідної депресії, але вони мали обмежений вплив на горювання. У великому клінічному випробуванні, циталопрам не перевершував плацебо щодо покращення симптомів РТГ. Однак його прийом з CGT виявився корисним у порівнянні з CGT плюс плацебо, знизивши інтенсивність симптомів депресії [49, 74]. В іншому дослідженні, де були залучені особи з горюванням після втрати родичів через самогубство, есциталопрам не показав ефекту при лікуванні порушень настрою [75]. У дослідженні, що вивчало вплив використання антидепресантів у осіб, які проходили CGT, порівняно з міжособистісною терапією, ті, хто продовжував приймати антидепресанти, мали меншу ймовірність відмови від CGT (рівень завершення 91% проти 58%) і продемонстрували вищий рівень відповіді [76].

Але враховуючи недостатність доказів ефективності антидепресантів, слід зазначити, що ліки можуть бути найбільш клінічно корисними для лікування конкретних симптомів, якщо пацієнти не реагують на доказову психотерапію. Загалом необхідні додаткові ретельні дослідження, щоб встановити засновані на доказах мішені фармакотерапії при РТГ та зрозуміти вплив різних класів ліків окремо та в поєднанні з психотерапією, особливо щодо покращення симптомів, пов'язаних із горем.

Ще одне поточне плацебо-контрольоване дослідження вивчало вплив налтрексону на РТГ [77]. Налтрексон призначають через ідею, що РТГ нагадує залежність, коли людина, яка понесла втрату, продовжує шукати зв'язку з померлим. Налтрексон може порушити цю поведінку, зменшуючи основні симптоми РТГ, такі як туга. Проте налтрексон, ймовірно, також зменшить почуття соціального зв'язку з іншими людьми, які живуть поруч [78].

Таким чином, в дослідженнях свою найбільшу ефективність показала КПТ. Фармакотерапія антидепресантами виявилася ефективною тільки відносно деяких афективних симптомів РТГ. Насьогодні спостерігається значне збільшення кількості досліджень ефективності втручань в процес горювання. Втручання у горе охоплює широкий спектр технік, стратегій і терапій, спрямованих на підтримку особистості, коли вона переживає складний емоційний "ландшафт" втрати. Ці втручання призначені для полегшення симптомів горя та депресії шляхом надання цілеспрямованої підтримки, особливості якої залежать від індивідуальних потреб пацієнта. Вони запобігають утворенню патологічного горювання [79].

Підсумовуючи огляд літератури, слід зазначити, що актуальними є питання чітких та уніфікованих діагностичних критеріїв РТГ. Це допомогло б не тільки формально привести до більш чіткого розуміння поширеності розладу, а й сприяло б розробці діагностичних шкал. Все вище зазначене дозволить не тільки всебічно вивчити медичні наслідки процесу РТГ, а також накопичити знання в області його ефективного лікування з метою подальшого створення уніфікованих протоколів лікування РТГ.

Посилання

1. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Укр. Мед. Часопис. 2022. VII/VII; Т. 4 (150): 1-11.
2. Хаустова ОО, Лещук ІВ. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя. Укр. Мед. Часопис, 2023; 1 (153) Т. 2 спецвипуск – I/II: 43-49.
3. Чабан О, Скринник О. Сучасні погляди на втрату та патологічне горювання . PMGP [інтернет]. 30, Грудень 2024 [цит. за 16, Січень 2025]; 9(4). доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/549>
4. Eisma MC. Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. Aust N Z J Psychiatry. 2023;57(7):944-951. <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>.
5. Djelantik AAAMJ, Aryani P, Boelen PA, et al. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.085>.
6. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. J Affect Disord. 2020;265:146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>.
7. Dietl L, Wagner B, Fydrich T. User acceptability of the diagnosis of prolonged grief disorder: How do professionals think about inclusion in ICD-11?. J Affect Disord. 2018;229:306-313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.095>.
8. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry. 2001;158(3):479-481. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.479> .
9. Carpiello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. Front Psychiatry. 2017;8:35. Published 2017 Mar 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035> .
10. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1):11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>.
11. Eisma MC, Te Riele B, Overgaauw M, Doering BK. Does prolonged grief or suicide bereavement cause public stigma? A vignette-based experiment. Psychiatry Res. 2019;272:784-789. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.122>.
12. Eisma MC, Rosner R, Comtesse H. ICD-11 Prolonged Grief Disorder Criteria: Turning Challenges Into Opportunities With Multiverse Analyses. Front Psychiatry. 2020;11:752. Published 2020 Aug 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00752>.
13. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed., ICD-11; World Health Organization, 2021).
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022).
15. Lenferink LIM, Boelen PA, Smid GE, Paap MCS. The importance of harmonising diagnostic criteria sets for pathological grief. Br J Psychiatry. 2021;219(3):473-476. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.240>.
16. Haneveld J, Rosner R, Vogel A, et al. Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria. J Consult Clin Psychol. 2022;90(4):303-313. <https://doi.org/10.1037/ccp0000720>.
17. Stroebe M, van Son M, Stroebe W, Kleber R, Schut H, van den Bout J. On the classification and diagnosis of pathological grief. Clin Psychol Rev. 2000;20(1):57-75. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00089-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00089-0).
18. Maccallum F, Galatzer-Levy IR, Bonanno GA. Trajectories of depression following spousal and child bereavement: A comparison of the heterogeneity in outcomes. J Psychiatr Res. 2015;69:72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.017>.
19. Zisook S, Iglewicz A, Avanzino J, et al. Bereavement: course, consequences, and care. Curr Psychiatry Rep. 2014;16(10):482. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8> .
20. Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Zhang N, Noll JG. Grief processing and deliberate grief

- avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(1):86-98. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.86>.
21. Holland JM, Neimeyer RA, Boelen PA, et al. The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2008; 31: 190-201 <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9113-1>.
 22. Kliem S, Lohmann A, Mößle T, Kröger C, Brähler E, Kersting A. The latent nature of prolonged grief - A taxometric analysis: Results from a representative population sample. *Psychiatry Res.* 2018;260:400-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.087>.
 23. Prigerson HG and Jacobs SC. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, et al. (eds) *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care.* 2001. Washington, DC: American Psychological Association Press, 2001: 613-647. <https://doi.org/10.1037/10436-026>.
 24. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 [published correction appears in *PLoS Med.* 2013 Dec;10(12). doi:10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea. Bonanno, George [corrected to Bonanno, George A]]. *PLoS Med.* 2009;6(8):e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
 25. Pohlkamp L, Kreicbergs U, Prigerson HG, Sveen J. Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Res.* 2018;267:560-565. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.004>.
 26. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One.* 2012;7(2):e31209. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031209>.
 27. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995;59(1-2):65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2).
 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. *J Affect Disord.* 2020;277:568-576. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.057>.
 29. First MB, Williams JB, Karg RS, et al: *Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version.* Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2015.
 30. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 20:22-57.
 31. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ, et al. The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depress Anxiety.* 2015;32(7):485-492. <https://doi.org/10.1002/da.22385>.
 32. O'Connor MF, Sussman TJ. Developing the yearning in situations of loss scale: convergent and discriminant validity for bereavement, romantic breakup, and homesickness. *Death Stud.* 2014;38(6-10):450-458. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.782928>.
 33. Skritskaya NA, Mauro C, Olonoff M, et al. Measuring Maladaptive Cognitions in Complicated Grief: Introducing the Typical Beliefs Questionnaire. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2017;25(5):541-550. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.09.003>.
 34. Shear K, Monk T, Houck P, et al. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007;257(8):453-461. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0745-z>.
 35. 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+). *Compr Psychiatry.* 2022;112:152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>.
 36. Lenferink LIM, Franzen M, Ten Klooster PM, Knaevelsrud C, Boelen PA, Heeke C. The Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered: A psychometric evaluation of a new

- interview for ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. *J Affect Disord.* 2023;330:188-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.006> .
37. Lenferink LIM, Johnsen I, Kristensen P, Lie NK, Sveen J. The Norwegian traumatic grief inventory-self report plus (TGI-SR+): a psychometric evaluation in traumatically bereaved people. *Eur J Psychotraumatol.* 2024;15(1):2391248. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2391248>.
38. Булен РА, Кольчінська Ю. Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія. *PMGP [інтернет].* 28, Грудень 2022 [цит. за 02, Грудень 2024];7(2):e0702375. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i2.375> .
39. Na PJ, Adhikari S, Szuhany KL, et al. Posttraumatic Distress Symptoms and Their Response to Treatment in Adults With Prolonged Grief Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2021;82(3):20m13576. Published 2021 Apr 20. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13576>.
40. Lancel M, Stroebe M, Eisma MC. Sleep disturbances in bereavement: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2020;53:101331. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101331>.
41. Malgaroli M, Maccallum F, Bonanno GA. Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. *Psychol Med.* 2018;48(14):2439-2448. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001769>
42. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(21):2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601> .
43. Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety.* 2011;28(2):103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>.
44. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(4):350-362. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737> .
45. Tsai WI, Wen FH, Kuo SC, et al. Symptoms of prolonged grief and major depressive disorders: Distinctiveness and temporal relationship in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psychooncology.* 2020;29(4):751-758. <https://doi.org/10.1002/pon.5333> .
46. Boelen PA, Reijntjes A, J Djelantik AAAM, Smid GE. Prolonged grief and depression after unnatural loss: Latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Res.* 2016;240:358-363. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.012>.
47. Comtesse H, Edelhoff H, Rosner R, Lechner-Meichsner F. Cluster analysis of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression symptoms in bereaved asylum seekers and refugees. *Eur J Psychotraumatol.* 2024;15(1):2383525. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2383525> .
48. Smith KV, Ehlers A. Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: An investigation of cognitive and behavioural differences. *PLoS One.* 2021;16(4):e0248852. Published 2021 Apr 1. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248852> .
49. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry.* 2007;48(5):395-399. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002/>
50. Wen FH, Prigerson HG, Chou WC, et al. Prolonged grief disorder and depression are distinguishable syndromes: A latent transition analysis for bereaved family caregivers of cancer patients. *Psychooncology.* 2022;31(7):1144-1151. <https://doi.org/10.1002/pon.5902> .
51. Heeke C, Kampisiou C, Niemeyer H, Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur J Psychotraumatol.* 2019;10(1):1583524. Published 2019 Mar 27. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524/>
52. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry.* 1997;154(5):616-623. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616>
53. Parisi A, Sharma A, Howard MO, Wilson AB. The relationship between substance misuse and complicated grief: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2019; 103: 43-57. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.012> .

54. Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord.* 2011;134(1-3):453-458. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.017/>
55. De Lang TA, Buyukcan-Tetik A, de Jong J, et al. Trajectories of insomnia following bereavement. *Sleep Medicine.* 2024; 114:159-166. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.12.009> .
56. 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. *J Affect Disord.* 2017;212:138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>.
57. Iglewicz A, Shear MK, Reynolds CF 3rd, Simon N, Lebowitz B, Zisook S. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depress Anxiety.* 2020;37(1):90-98. <https://doi.org/10.1002/da.22965>.
58. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(11):1287-1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>.
59. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, van den Bout J. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(2):277-284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>.
60. Булен П. Затяжна реакція горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно поведінкова терапія. *Психосоматична медицина та загальна практика.* 2022. Вип. 7, No 2: 50-58. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i2.37> .
61. Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, Portzky G, van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(1):69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>.
62. Wetherell JL. Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):159-166. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/jwetherell> .
63. Shear MK, Reynolds CF 3rd, Simon NM, et al. Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(7):685-694. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>.
64. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport).* 2010;61(4):273-289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b> .
65. L. Szuhany et al Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment Kristin. *Focus* 2021; 19:161-172; <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052> .
66. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(12):1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600> .
67. Szuhany KL, Young A, Mauro C, et al. Impact of sleep on complicated grief severity and outcomes. *Depress Anxiety.* 2020;37(1):73-80. <https://doi.org/10.1002/da.22929> .
68. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunningham D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;163(3):191-204. <https://doi.org/10.7326/M14-2841>.
69. Litz BT, Schorr Y, Delaney E, et al. A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behav Res Ther.* 2014;61:23-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005>.
70. Boelen PA, van den Bout J, de Keijser J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry.* 2003;160(7):1339-1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1339>.
71. Näppä U, Björkman-Randström K. Experiences of participation in bereavement groups from significant others' perspectives; a qualitative study. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):124. Published 2020 Aug 16. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00632-y>.
72. Lacasse JR, Cacciatore J. Prescribing of psychiatric medication to bereaved parents following perinatal/neonatal death: an observational study. *Death Stud.* 2014;38(6-10):589-596. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.820229>.
73. Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of

- complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012;14(2):149-157. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/ebui>.
74. Shear M K, Skritskaya N, Bloom C. Prolonged grief disorder therapy (PGDT). In U. Schnyder, M. Cloitre (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (2nd ed., pp. 329-344). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0_15
75. Zisook S, Shear MK, Reynolds CF, et al. Treatment of Complicated Grief in Survivors of Suicide Loss: A HEAL Report. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(2):17m11592. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11592>.
76. Simon NM, Shear MK, Fagiolini A, et al. Impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief. *Psychiatry Res.* 2008;159(1-2):31-36. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.05.011>.
77. Gang J, Kocsis J, Avery J, Maciejewski PK, Prigerson HG. Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. *Trials.* 2021;22(1):110. Published 2021 Feb 1. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05044-8>.
78. Thieleman K, Cacciatore J, Thomas S. Impairing social connectedness: The dangers of treating grief with Naltrexone. *Journal of Humanistic Psychology.* 2022; Epub ahead of print May 14 2022. <https://doi.org/10.1177/00221678221093822>.
79. Li J, Li Y, Wang Y, Jishi W, Fang J. What we know about grief intervention: a bibliometric analysis. *Front. Psychiatry.* 2023; 14:1152660. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1152660>.