

Програма групової психотерапії для осіб з невизначеності втратою в умовах війни: теоретичне обґрунтування та структура інтервенції та її ефективність

Олег Чабан

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Олена Хаустова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Єлизавета Зеленюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Ольга Скринник

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. Невизначена втрата є специфічною формою травматичного досвіду, особливо актуальною в умовах війни, коли відсутність достовірної інформації про долю близької людини, зокрема внаслідок її зникнення безвісти або перебування в полоні, перешкоджає психологічній інтеграції втрати та сприяє тривалому переживанню горя, тривожно-депресивній симптоматиці та психосоціальній дезадаптації. Це зумовлює необхідність розроблення психотерапевтичних підходів, адаптованих до специфіки невизначеної втрати.

Мета. Розроблення та наукове обґрунтування програми групової психотерапії для пацієнтів із невизначеною втратою та оцінювання її ефективності щодо зменшення симптомів патологічного горювання і покращення психоемоційного функціонування.

Матеріали та методи. Учасниці дослідження проходили напівструктуровану програму групової психотерапії, що включала 12 щотижневих двогодинних зустрічей. Програма базувалася на концепції невизначеної втрати, теорії ускладненого горювання, принципах когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та відповідальності, психоосвіти, арт-терапії та тілесно-орієнтованих стабілізаційних технік. Аналітичну вибірку становили 17 жінок віком 23-64 роки, які переживали невизначену втрату дитини, чоловіка або партнера внаслідок зникнення безвісти в умовах війни. Оцінювання проводили до та після завершення програми. Досліджували вираженість симптомів розладу тривалого горя, ПТСР, тривоги, депресії, соматичних симптомів, тривожного та депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних із горюванням, а також суб'єктивну якість життя. Для статистичного аналізу застосовували критерій знакових рангів Вілкоксона та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Висновки. Отримані результати свідчать про статистично значуще зниження після завершення психотерапевтичної програми вираженості травматичного горя, симптомів ПТСР, тривоги, депресії, соматичних симптомів, а також окремих дезадаптивних когніцій, пов'язаних із горюванням; водночас показники якості життя статистично значуще підвищилися. Найбільш виражені зміни спостерігалися за показниками тривоги, депресії, якості життя та симптомів травматичного горя. Більшість виявлених позитивних змін характеризувалися вираженим терапевтичним ефектом. Отримані результати підтримують доцільність використання групового психотерапевтичного підходу для осіб, які переживають невизначену втрату в умовах війни, та обґрунтовують необхідність подальшого дослідження його ефективності на більших вибірках із

використанням контрольних груп.

Ключові слова: невизначена втрата, розлад тривалого горя, ПТСР, тривога, депресія, групова психотерапія.

Вступ

Війна породжує специфічний і особливо важкий вид психологічного дистресу – невизначену втрату (ambiguous loss), коли відсутність підтвердження чи спростування загибелі близької людини залишає горе без природної точки завершення. Для цього стану характерні постійні коливання від надії до відчаю (ambiguous oscillation), високий рівень тривоги, депресивні прояви, румінації, соціальна ізоляція, інтенсивне почуття провини.

Концепція невизначеної втрати, розроблена Boss (1999, 2007), описує ситуації, у яких відсутність достовірної інформації про долю значущої людини унеможливорює завершення процесу горювання за традиційною моделлю [1]. За таких обставин горювання набуває затяжного, незавершеного характеру, оскільки остаточне усвідомлення факту смерті – а отже, і психологічне "закриття" – залишається недосяжним. Відсутність тіла або останків позбавляє близьких можливості провести традиційні ритуали прощання й поховання, які в разі підтвердженої втрати відіграють роль символічного завершення стосунків із померлим і допомагають увійти в нову соціальну роль після втрати. Лише прийнявши факт фізичної смерті, людина може дозволити близькій особі "померти соціально", щоб почати будувати життя без неї. Саме тому ситуація зниклих безвісти, коли проведення поховальних ритуалів неможливе, є особливо складною [2].

У ситуації невизначеної втрати переживання часто характеризуються одночасною присутністю надії на можливе повернення людини та поступовим усвідомленням можливості її смерті (ambiguous oscillation). Подібне поєднання взаємно суперечливих переживань ускладнює і без того складний процес прийняття втрати та адаптації до життя в умовах невизначеності. До основних характеристик невизначеної втрати належать відсутність підтвердженої інформації про долю близької людини, травматичність для психіки, порушення характеру та структури значущих стосунків, зовнішня детермінація, а також складність її осмислення та інтеграції в життєвий досвід особи [3]. Важливо, що переживання такого виду втрати не пов'язане з індивідуальною психопатологією чи сімейною дисфункцією, а зумовлене зовнішніми обставинами, зокрема війною, тяжким захворюванням, міграцією чи іншими кризовими подіями. Унікальна риса невизначеної втрати полягає не в інтенсивності симптомів горя, а в його неперервному характері та неможливості закриття. Постійний стан невизначеності, у якому люди можуть перебувати роками, є фізично та емоційно виснажливим, створюючи форму травми, яка не піддається часовим рамкам одужання і традиційним терапевтичним підходам.

Невизначеність, що супроводжує втрату, перешкоджає процесу її психологічної інтеграції та підтримує тривале переживання горя [4]. Це нерідко призводить до розвитку психопатологічних реакцій. Дослідження сирийських біженців із ПТСР у Німеччині продемонструвало, що невизначеність, пов'язана з відсутністю члена сім'ї, асоціюється з підвищеним ризиком розладу тривалого горя [5]. Інше порівняльне дослідження біженців у Німеччині показало, що особи, які проживають невизначену втрату, пов'язану зі зникненням близької людини, демонстрували статистично значуще вищий рівень симптомів тривалого горя порівняно з тими, чия втрата була підтверджена і хто зміг провести ритуали прощання [6]. Ці дослідження підтверджують теоретичне положення про те, що саме невизначеність виступає специфічним чинником ускладненого перебігу горювання.

Теоретичною основою розробленої програми стали концепція невизначеної втрати Р. Boss [1, 2, 7] та теорії ускладненого горювання, описані у працях J. William Worden [8] та Р. Boelen [9, 10, 11]. В рамках цього підходу передбачається, що традиційні моделі психотерапії, які орієнтовані на "закриття" (closure) та остаточне прощання, є неефективними та навіть травмуючими для осіб із невизначеною втратою. Натомість психотерапевтичний вплив має фокусуватись на формуванні здатності жити в умовах хронічної невизначеності, збереженні психологічного зв'язку зі зниклим без патологізації, розвитку когнітивної гнучкості та відновленні особистісної й сімейної функціональності.

Опис програми групової психотерапії для осіб з невизначеною втратою в умовах війни

Розроблена програма є напівструктурованим психотерапевтичним втручанням, призначеним для осіб, які переживають невизначену втрату внаслідок війни, зокрема членів сімей безвісти зниклих осіб. Програма побудована на сучасних теоретичних моделях невизначеної втрати (ambiguous loss), концепції збережених зв'язків (continuing bonds), принципах терапії прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), когнітивно-поведінкової терапії (CBT), психоосвіти, арт-терапії та тілесно-орієнтованих стабілізаційних методик.

Програма включає 12 щотижневих групових зустрічей тривалістю 2 години кожна. Оптимальна кількість учасників групи становить 5-6 осіб, максимально допустима – 10 осіб, що забезпечує достатній рівень взаємодії між учасниками та можливість індивідуалізованої роботи в межах групового формату. Програма є напівструктурованою: кожна зустріч має визначену тематичну спрямованість і набір психотерапевтичних технік, водночас фасилітатори зберігають можливість адаптувати зміст роботи відповідно до актуальних потреб групи.

Програма побудована за принципом поступового переходу від стабілізації емоційного стану та формування безпечного терапевтичного простору до глибшого опрацювання психологічних наслідків невизначеної втрати, реконструкції особистісної та сімейної ідентичності, розвитку психологічної гнучкості, відновлення життєвих цінностей і формування адаптивних стратегій подальшого життя в умовах хронічної невизначеності.

Перший етап програми спрямований на формування терапевтичного альянсу, створення атмосфери психологічної безпеки та взаємної довіри між учасниками групи. Під час першої зустрічі відбувається знайомство учасників, обговорення правил роботи, формування очікувань та визначення індивідуальних цілей участі у програмі. Важливою складовою є психоосвіта щодо феномену невизначеної втрати, його відмінностей від звичайного процесу горювання та особливостей психологічного реагування на відсутність достовірної інформації про долю близької людини.

Наступні зустрічі присвячені нормалізації переживань учасників та інтеграції їхнього досвіду у життєву історію. Особлива увага приділяється усвідомленню змін, що відбулися у житті після зникнення близької людини, аналізу трансформації сімейних ролей, соціальних взаємин, самоідентичності та повсякденного функціонування. Груповий формат сприяє зменшенню соціальної ізоляції через переживання спільності досвіду та отримання емоційної підтримки від інших учасників.

Окремий модуль програми присвячений роботі з амбівалентністю, яка є одним із центральних психологічних феноменів невизначеної втрати. Учасники навчаються приймати співіснування суперечливих емоцій – любові та злості, надії та відчаю, бажання отримати визначеність і страху перед можливими новинами. Основним терапевтичним інструментом виступає концепція діалектичного мислення, яка дозволяє відмовитися від необхідності вибору між взаємовиключними переживаннями та сприяє розвитку психологічної гнучкості.

З метою попередження емоційного перевантаження після опрацювання складних тем у програму інтегровані стабілізаційні модулі та окремі техніки, які можуть застосовуватись наприкінці кожної зустрічі. Вони включають арт-терапевтичні вправи, тілесно-орієнтовані практики, техніки усвідомленості, діафрагмальне дихання, прогресивну м'язову релаксацію, вправи на заземлення, техніку «Безпечне місце», а також використання метафоричних асоціативних карт для пошуку особистісних ресурсів. Використання стабілізаційних методик на вибір учасників після більшості зустрічей забезпечує емоційну безпеку та сприяє ефективній інтеграції опрацьованого матеріалу.

Значна частина програми присвячена подоланню психологічного уникнення, яке розглядається як один із ключових механізмів підтримання дистресу при невизначеній втраті. Робота здійснюється як на когнітивному, так і на поведінковому рівнях. Учасники знайомляться з особливостями тривожного та депресивного уникнення, вчаться розпізнавати дисфункціональні переконання, працювати з негативними автоматичними думками, зменшувати румінацію та поступово замінювати неадаптивні способи реагування більш конструктивними поведінковими стратегіями. Важливе місце займає розвиток навичок турботи про себе без переживання провини, а також формування здатності діяти відповідно до власних життєвих цінностей навіть за наявності інтенсивного емоційного болю.

Особливістю програми є включення модулів, присвячених реконструкції сімейної системи та особистісної ідентичності. Учасники досліджують психологічне місце зниклої людини у сімейній структурі, зміни, що відбулися у розподілі ролей та відповідальності, а також поступово формують нове бачення власної ідентичності в умовах тривалої невизначеності. Робота спрямована на нормалізацію змін сімейних і соціальних ролей, зниження провини за адаптацію до нових життєвих обставин та підтримку процесу психологічної реконструкції.

Важливим компонентом програми є розвиток концепції збереженого зв'язку із безвісти зниклою людиною. Учасники отримують психоосвіту щодо природності підтримання психологічного зв'язку, знайомляться з різними формами символічних ритуалів – написання листів, створення скриньки пам'яті, ведення щоденника, використання інших індивідуально значущих способів підтримання емоційного контакту. Окремо обговорюються вже існуючі сімейні ритуали і традиції: учасникам пропонується не відмовлятися від них, а переглянути форму – продовжувати відзначати сімейні свята й важливі дати, свідомо зберігаючи місце зниклої людини в цих ритуалах (окрема склянка чи місце за столом, згадування в тостах, участь у прийнятті рішень "від її імені" тощо). При цьому особливо наголошується, що такі ритуали не означають завершення процесу очікування чи прощання, а виступають способом збереження присутності близької людини в нових життєвих умовах.

Завершальні зустрічі програми присвячені пошуку сенсу у невизначеності, розвитку резильєнтності та інтеграції набутого досвіду. Учасники досліджують власні цінності, внутрішні та зовнішні ресурси, визначають особисті цілі після завершення програми, формують індивідуальні плани подальшої психологічної підтримки. Заключна зустріч передбачає підбиття підсумків, оцінку особистісних змін, збір зворотного зв'язку та обговорення можливостей продовження взаємної підтримки між учасниками після завершення психотерапевтичної програми.

Метою дослідження є розроблення та наукове обґрунтування програми групової психотерапії для пацієнтів із невизначеною втратою, а також оцінювання її ефективності у зменшенні симптомів патологічного горювання та покращенні психоемоційного функціонування пацієнтів.

Матеріали та методи

Дане дослідження проведений в рамках науково-дослідної роботи «Інноваційні технології ефективного психолого-психіатричного супроводу осіб, які пережили різні типи втрат під час

війни», що виконується за рахунок коштів державного бюджету на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; державний реєстраційний номер: 0124U000697.

Дизайн дослідження передбачає проходження учасниками розробленої програми групової психотерапії (12 щотижневих зустрічей) з одноразовим вимірюванням показників до початку програми та повторним вимірюванням після її завершення («до-після» в межах однієї групи, без контрольної групи). До участі запрошувались особи 18 років і старше, які переживають невизначену втрату дитини, чоловіка/дружини або партнера/партнерки в контексті триваючої війни (від 24.02.2022 року).

Пошук учасників відбувався через розміщення посилання на дослідження на сторінках у соціальних мережах (Facebook, Telegram, Instagram), шляхом розповсюдження інформації на клінічних базах кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, на веб-сторінках партнерських організацій, через особисті запрошення до участі, на вебінарах, присвячених темі втрати, горювання та воєнного стресу, а також на конференціях і симпозіумах, у яких брали участь члени дослідницької команди. Етичний дозвіл на проведення дослідження був наданий Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень НМУ імені О. О. Богомольця. Перед участю у програмі учасники надавали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Збір даних відбувався з вересня 2025 року по серпень 2026 року.

До опитування пре- та посттесту входили три типи запитань. Учасників просили дати відповідь на запитання про вік, стать, освіту, сімейний стан, ступінь спорідненості із зниклою безвісти особою, досвід переміщення через війну, задоволеність наявною соціальною підтримкою, досвід отримання спеціалізованої психологічної/психіатричної допомоги як до, так і після втрати, наявність проблем із соматичним здоров'ям від моменту втрати та звернення стосовно цих проблем до лікарів. До опитування також були включені стандартизовані психометричні опитувальники для оцінки вираженості симптомів ускладненого горя, посттравматичного стресового розладу, тривожно-депресивної симптоматики, соматичних скарг, тривожного та депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горюванням. Щоб зменшити навантаження на учасників, зберігаючи охоплення змісту, кілька інструментів застосовували у скороченій формі, спеціально розроблених для цього дослідження: збережено мінімальну кількість елементів, що відображають ключові домени кожної конструкції, зі збереженням відповідності батьківським шкалам за змістом і формою. Також використовувались окремі запитання із градацією відповіді за шкалою Лайкерта (наприклад, від 0 до 4 балів) – зокрема для суб'єктивної оцінки рівня надії на повернення зниклої особи, емоційної близькості у стосунках із нею, а також рівня підтримки з боку родини, друзів і суспільства/держави.

Шкали, які використовувалися для оцінки вираженості симптомів розладу тривалого горя (РТГ), посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги та депресії, а також тривожного і депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горюванням:

1. Вираженість горювання оцінювалася за допомогою скороченої версії Самоопитувальника з Травматичного Горя Плюс для Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) (Traumatic Grief Inventory-Self-Report Plus for ICD-11, TGI-SR-ICD-11), що складається з 13 питань (1, 2, 3, 5, 8-10, 13, 16, 19-22 пункти оригінальної шкали), які відповідають критеріям РТГ за МКХ-11. Діапазон можливих відповідей включає від 1 = «ніколи» до 5 = «постійно». Пороговий бал, що вказує на високу ймовірність РТГ, визначений як 41 і більше [12].
2. Вираженість симптомів ПТСР визначалася за допомогою Переліку симптомів ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, PCL-5). Оригінальна шкала складається із 20 питань, але у дослідженні була використана скорочена версія із 6 питань (пункти 2, 3, 6, 7, 17, 18 оригінальної шкали), які відповідали критеріям

визначення ПТСР за МКХ-11. Варіанти відповіді оцінювалися від 1 = «не турбували взагалі» до 5 = «надзвичайно сильно». Варіанти відповіді, що позначалися 1 чи 2 балами, дорівнювали відсутності симптомів, а набір 3 та більше балів позначав клінічну значущість прояву симптому. Загальний бал 18 і більше був пороговим для клінічно значущої тяжкості симптомів ПТСР [13].

3. Вираженість симптомів тривоги та депресії оцінювалася за допомогою Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта з чотирьох пунктів (Patient Health Questionnaire, PHQ-4). 2 пункти оцінюють вираженість проявів тривоги відповідно до Опитувальника генералізованого тривожного розладу з 2 пунктів (GAD-2), інші 2 – вираженість проявів депресії за Опитувальником оцінки здоров'я пацієнта з 2 пунктів (PHQ-2). Бали варіювалися від 0 = «не турбували взагалі» до 3 = «майже кожного дня». Загальний бал 3 і більше за кожною субшкалою визначає клінічно значущі прояви тривоги чи депресії відповідно [13].
4. Для додаткової оцінки вираженості симптомів тривоги та депресії використовувалась Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). HADS складається з 14 тверджень, розділених на дві підшкали: до підшкали тривоги входять пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; до підшкали депресії – пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожне твердження має 4 варіанти відповіді, що оцінюються від 0 (відсутність прояву) до 3 (максимальна вираженість). Порогове значення 11 балів та більше за кожною підшкалою вказує на клінічно виражену тривогу чи депресію [13].
5. Рівень тривожного і депресивного уникнення визначався за допомогою Шкали тривожного та депресивного уникнення. Оригінальна версія шкали (DAAPGQ) складається з 9 пунктів, але у дослідженні використовувалась скорочена версія з 5 пунктів (питання 2, 3, 4, 6, 7 оригінальної версії): 3 для вимірювання рівня депресивного уникнення, 2 – тривожного уникнення. Респонденти обирали відповідь від 1 = «зовсім не вірно» до 8 = «цілком вірно». Вищі бали свідчили про вищий рівень уникнення [14].
6. Вираженість дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем, вимірювали за допомогою скороченої версії Шкали дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем (GCQ-12, 12 пунктів із оригінальної шкали на 38 пунктів). Оцінювалися дезадаптивні переконання про себе, про світ, про життя загалом, про майбутнє, когніції самозвинувачення, а також загрозливі (катастрофічні) інтерпретації власних реакцій на втрату. Відповідь оцінювалася від 0 = «зовсім не згоден» до 5 = «повністю згоден». Вищий бал свідчить про більшу вираженість тієї чи іншої дезадаптивної когніції [14].
7. Вираженість соматичних симптомів оцінювалася за допомогою Шкали соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8, 8 пунктів). Респонденти оцінювали, наскільки їх турбував кожен із симптомів протягом останнього тижня, за шкалою від 0 = «зовсім не турбував» до 4 = «дуже сильно турбував». Загальний бал міг варіювати від 0 до 32 балів: 0-3 бали – мінімальний ступінь інтенсивності проявів, 4-7 – низький, 8-11 – середній, 12-15 – високий, 16-32 – дуже високий ступінь [13].
8. Суб'єктивна оцінка якості життя вимірювалася за допомогою Шкали оцінки якості життя (Чабан О. С., Хаустова О. О., 10 пунктів), що охоплює різні сфери життя (здоров'я, самореалізацію, любов, задоволення від життя, дружні стосунки, соціальну активність, фінансове благополуччя, стосунки з сім'єю, задоволеність роботою, соціальний статус). Відповідь оцінювалася від 0 (найнижчий рівень) до 3 (найвищий рівень) за останні 3 місяці. Загальний бал міг варіювати від 0 до 30 балів: 0-6 – вкрай низький рівень якості життя, 7-12 – низький, 13-18 – середній, 19-24 – високий, 25-30 – дуже високий [13].

Результати

Опис вибірки

Програму групової психотерапії для осіб, що переживають невизначену втрату в умовах війни, пройшла 31 особа. Показники претесту та посттесту у визначений термін заповнили 17

учасниць (54,8% від загальної кількості), саме вони склали аналітичну вибірку для подальшого порівняльного аналізу.

Усі 17 учасників аналітичної вибірки – жінки (100%). Середній вік на момент претесту становив 46,9 років ($SD = 9,80$; медіана = 49; діапазон 23-64 роки). За рівнем освіти більшість учасниць мали повну вищу освіту – 12 осіб (70,6%); професійно-технічну освіту – 4 особи (23,5%); загальну середню освіту – 1 особа (5,9%). За сімейним станом учасниці розподілились так: перебувають у шлюбі – 8 осіб (47,1%); розлучені – 5 (29,4%); у нових стосунках після розлучення – 2 (11,8%); вдови – 1 (5,9%); самотні/не у стосунках – 1 (5,9%). Сімейний стан залишався незмінним також і на момент посттесту.

За ступенем спорідненості із безвісти зниклою особою, стосовно якої учасниці переживають невизначену втрату, розподіл був таким: втратили дитину (сина/доньку) – 10 осіб (58,8%); втратили чоловіка – 6 осіб (35,3%); втратили партнера/партнерку у стосунках – 1 особа (5,9%). 15 учасниць (88,2%) оцінили емоційну близькість зі зниклою особою на максимальному рівні. Що стосується поінформованості про долю чи місцеперебування зниклої особи, то ніяких відомостей не мали 9 учасниць (52,9%), 5 учасниць володіли лише частковою інформацією (29,4%) і лише 3 учасниці (17,6%) повідомили, що мають конкретні відомості. Рівень надії на повернення, який оцінювався за шкалою від 0 до 4 балів, розподілився вкрай нерівномірно: майже половина вибірки, а саме 7 учасниць (41,2%), відчували максимальну надію на рівні 4 балів, тоді як 3 учасниць (17,6%) не мали надії взагалі. При цьому, для переважної більшості надія не була стабільним переживанням: 14 учасниць (82,4%) описали її як таку, що постійно коливається – то зростає, то знижується, і лише 3 (17,6%) відчували стабільний рівень надії протягом усього часу.

Жодна з учасниць (0%) не повідомила про власний досвід участі в бойових діях. Через війну не змінювали місце проживання 11 осіб (64,7%); серед переміщених ($n = 6$; 35,3%) 3 особи (17,6%) проживають в іншому місці в межах України, 2 особи (11,8%) – виїхали та проживають за кордоном, а 1 особа (5,9%) повернулася додому на момент опитування.

До зникнення близької особи 3 учасниці мали встановлений протягом життя діагноз депресивного та/або тривожного розладу (17,6%); лікування (медикаментозне або комбіноване з психологічною допомогою) до втрати отримували 4 особи (23,5%). Після зникнення близької людини по допомогу до фахівців зверталися: до психолога/психотерапевта – 7 осіб (41,2%); до психіатра та до сімейного лікаря – 5 осіб (29,4%); до священника/духовного наставника – 4 особи (23,5%); до невролога – 4 особи (23,5%); до лікаря іншої спеціальності – 1 особа (5,9%). Також використовувались інші форми групової підтримки: неформальні зустрічі з тими, хто має схожий досвід, відвідували 4 особи (23,5%); зібрання громадських/державних організацій – 4 особи (23,5%); онлайн-спільноти та чати взаємопідтримки – 3 особи (17,6%).

Вихідний рівень вираженості симптомів ускладненого горя, ПТСР, тривожно-депресивної симптоматики, соматичних скарг, тривожного та депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горюванням

Перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка показала, що більшість показників на вході статистично значуще відхиляються від нормального розподілу ($p < 0.05$), що є типовим для клінічних показників на відносно малій вибірці. Зважаючи на це, для перевірки гіпотез послідовно застосовано непараметричні методи: коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s) – для перевірки гіпотез про взаємозв'язки між змінними; критерій знакових рангів Вілкоксона – для перевірки гіпотези про статистично значущі зміни показників «до-після». Сила зв'язку r_s інтерпретувалася за орієнтовними межами Cohen: $|r| < 0.10$ – дуже слабкий/відсутній, 0.10-0.29 – слабкий, 0.30-0.49 – помірний, 0.50-0.69 – значний (сильний), ≥ 0.70 – дуже сильний зв'язок. Розмір ефекту для критерію Вілкоксона оцінено за

коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції (r); $|r| \geq 0.50$ традиційно розглядається як великий ефект (див. табл.1)

Показник	M	Me	SD	Min	Max	Shapiro - Wilk W	p
Депресивне уникнення	17.81	20.00	7.36	3	24	0.791	.002
Тривожне уникнення	10.88	12.00	3.98	2	15	0.783	.002
Деадапт. когніції про себе	4.81	6.00	2.90	0	9	0.898	.074
Деадапт. когніції про світ	6.63	8.00	2.78	0	10	0.847	.012
Деадапт. когніції про життя	6.75	8.00	2.98	0	10	0.792	.002
Деадапт. когніції про майбутнє	7.56	8.00	1.97	2	10	0.808	.004
Деадапт. когніції: само звинувачення	5.06	6.00	3.02	0	9	0.871	.028
Загрозливі інтерпретації проявів горя	7.06	8.00	2.98	0	10	0.808	.004
Травматичне горе (TGI-SR+)	49.44	53.50	11.64	20	60	0.808	.003
Соматичні симптоми (SSS-8)	20.56	20.00	5.66	7	28	0.932	.265
ПТСР (PCL-5)	7.38	7.50	6.84	0	20	0.893	.063
Тривога (HADS-A)	13.06	12.50	4.14	3	21	0.944	.406
Депресія (HADS-D)	12.81	13.50	5.61	0	20	0.931	.253
Якість життя	11.06	10.00	4.42	5	20	0.955	.568
Тривожність (PHQ-4)	3.81	4.00	1.42	0	6	0.889	.054
Депресія (PHQ-4)	4.56	5.00	1.67	1	6	0.816	.004

Table 1. Вихідний рівень вираженості симптомів ускладненого горя, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожно-депресивної симптоматики, соматичних скарг, тривожного та депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горюванням

Отримані дані свідчать про виражений і статистично неоднорідний профіль дистресу на вході в програму. Середній рівень вираженості горювання за TGI-SR+ становив 49,44 (SD = 11,64; діапазон = 20-60; медіана = 53,5) – вище порогу РТГ (≥ 41 бал). Показник ПТСР демонструє найбільшу відносну варіативність (SD = 6,84 при M = 7,38, коефіцієнт варіації $\approx 93\%$): середній і медіанний бали нижчі за клінічний поріг (≥ 18 балів), проте максимальне значення (20) його досягає – тобто принаймні в частини учасниць на вході спостерігалася клінічно значуща вираженість ПТСР-симптоматики. За критерієм Шапіро-Уїлка розподіл цього показника формально не відхиляється значуще від нормального ($W = 0,893$; $p = 0,063$), хоча результат перебуває на межі умовного порогу.

Найближче до нормального розподілу серед усіх показників знаходиться тривога (HADS-A, $p =$

0.406), якість життя ($p = 0.568$), соматичні симптоми (SSS-8, $p = 0.265$) та депресія (HADS-D, $p = 0.253$); формально в межах нормального розподілу, хоча ближче до умовної межі значущості, перебувають також когніції про себе ($p = 0.074$), ПТСР ($p = 0.063$) і тривожність PHQ-4 ($p = 0.054$). Це методологічно допускало б застосування щодо цих змінних як параметричних, так і непараметричних процедур; водночас для збереження єдності методу в усьому дослідженні, а також з урахуванням малого розміру вибірки застосовано непараметричний підхід. Рівень тривоги за HADS-A становив 13,06 (SD = 4,14; 3-21; медіана = 12,5), рівень депресії за HADS-D - 12,81 (SD = 5,61; 0-20; медіана = 13,5) - обидва показники перевищують поріг клінічної вираженості (≥ 11 балів). Підшкала тривожності PHQ-4 у середньому становила 3,81 (SD = 1,42; 0-6; медіана = 4), підшкала депресії PHQ-4 - 4,56 (SD = 1,67; 1-6; медіана = 5) - обидві вище порогу для позитивного скринінгу (≥ 3 бали). Соматичні симптоми (SSS-8) у середньому дорівнювали 20,56 (SD = 5,66; 7-28; медіана = 20), що вказує на дуже високий ступінь інтенсивності проявів. Якість життя в середньому становила 11,06 (SD = 4,42; 5-20; медіана = 10), що відповідає низькій якості життя.

Рівень депресивного уникнення становив у середньому 17,81 (SD = 7,36; 3-24; медіана = 20), тривожного уникнення - 10,88 (SD = 3,98; 2-15; медіана = 12). Деадаптивні когніції, пов'язані з горем (GCQ), мали такі середні значення: про себе - 4,81 (SD = 2,90; 0-9; медіана = 6), про світ - 6,63 (SD = 2,78; 0-10; медіана = 8), про життя - 6,75 (SD = 2,98; 0-10; медіана = 8), про майбутнє - 7,56 (SD = 1,97; 2-10; медіана = 8), самозвинувачення - 5,06 (SD = 3,02; 0-9; медіана = 6), загрозливі інтерпретації проявів горя - 7,06 (SD = 2,98; 0-10; медіана = 8).

Таким чином, на момент включення у програму групової психотерапії учасниці демонстрували виражені симптоми ускладненого горя, тривоги, депресії та соматичного дистресу - усі відповідні середні бали перевищують клінічні порогові значення. Показник вираженості симптомів ПТСР на груповому рівні є субклінічним за середнім і медіанним значенням, проте максимальні бали (20 і більше) вказують на клінічно значущу тяжкість симптомів в окремих учасниць.

Взаємозв'язки горя, ПТСР та тривожно-депресивної симптоматики

Усі коефіцієнти — коефіцієнти рангової кореляції Спірмена (r_s), $df = 15$ ($N = 17$).

Горе, ПТСР та тривожно-депресивна симптоматика

До початку програми вираженість горювання (TGI-SR+) продемонструвала значущий позитивний зв'язок із вираженістю тривоги ($r_s = 0,71$; $p = 0,001$) та депресії ($r_s = 0,58$; $p = 0,014$). Зв'язок вираженості симптомів ускладненого горя з вираженістю симптомів ПТСР статистичної значущості не досяг ($r_s = 0,47$; $p = 0,059$). Симптоми ПТСР значуще корелювали із вираженістю тривоги ($r_s = 0,68$; $p = 0,003$; PHQ-4: $r_s = 0,65$; $p = 0,004$), але депресії ($r_s = 0,44$; $p = 0,080$). Після завершення програми всі перелічені зв'язки стали сильнішими та статистично значущими, включно зі зв'язком вираженості симптомів ускладненого горя й ПТСР ($r_s = 0,72$; $p = 0,001$) (див. табл.2).

Пара змінних	r_s (до)	p (до)	r_s (після)	p (після)
Горе — ПТСР	0.467	.059	0.722**	.001
Горе — Тривога	0.713**	.001	0.847***	<.001
Горе — Депресія	0.581*	.014	0.818***	<.001
Горе — Тривожність (PHQ)	0.445	.074	0.828***	<.001
Горе — Депресія (PHQ)	0.579*	.015	0.795***	<.001
ПТСР — Тривога	0.681**	.003	0.765***	<.001
ПТСР — Депресія	0.436	.080	0.701**	.002
ПТСР — Тривожність	0.653**	.004	0.755***	<.001

(PHQ)				
ПТСР — Депресія (PHQ)	0.471	.056	0.745***	<.001
Тривога — Депресія	0.665**	.004	0.829***	<.001
Тривога — Тривожність (PHQ)	0.686**	.002	0.831***	<.001
Тривога — Депресія (PHQ)	0.518*	.033	0.785***	<.001
Депресія — Тривожність (PHQ)	0.689**	.002	0.892***	<.001
Депресія — Депресія (PHQ)	0.850***	<.001	0.837***	<.001
Тривожність (PHQ) — Депресія (PHQ)	0.730***	<.001	0.827***	<.001

Table 2. Кореляційні зв'язки між ПТСР, тривожно-депресивною симптоматикою та показниками шкал TGI-SR+ та PHQ-4 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Депресивне та тривожне уникнення

Вищий рівень депресивного уникнення продемонстрував значущий позитивний зв'язок із вираженістю симптомів ускладненого горя ($r_s = 0,62$; $p = 0,008$), ПТСР ($r_s = 0,54$; $p = 0,025$), тривоги ($r_s = 0,67$; $p = 0,003$) та депресії ($r_s = 0,84$; $p < 0,001$) – як до, так і після програми (див. табл.3). Тривожне уникнення показало значущий зв'язок із вираженістю ускладненого горя лише на вході ($r_s = 0,53$; $p = 0,028$), тоді як зв'язок із тривогою залишався значущим в обох зрізах (до: $r_s = 0,56$; $p = 0,021$; після: $r_s = 0,57$; $p = 0,018$). Зв'язки тривожного уникнення із соматичними симптомами, ПТСР та депресією статистично незначущі в обох зрізах. Відповідно, зв'язок уникнення із вираженістю симптомів РТГ, ПТСР, тривоги, депресії підтверджується переважно для депресивного компонента уникнення; тривожне уникнення пов'язане з дистресом значно вужче – стабільно лише через тривогу.

Пара змінних	r_s (до)	p (до)	r_s (після)	p (після)
Депресивне уникнення — Тривожне уникнення	0.237	.359	0.298	.245
Депресивне уникнення — Горе	0.622**	.008	0.665**	.004
Депресивне уникнення — Соматичні симптоми	0.493*	.044	0.599*	.011
Депресивне уникнення — ПТСР	0.541*	.025	0.771***	<.001
Депресивне уникнення — Тривога	0.674**	.003	0.765***	<.001
Депресивне уникнення — Депресія	0.837***	<.001	0.783***	<.001
Депресивне уникнення — Тривожність (PHQ)	0.552*	.022	0.716**	.001
Депресивне уникнення — Депресія (PHQ)	0.789***	<.001	0.863***	<.001
Тривожне уникнення — Горе	0.531*	.028	0.346	.174
Тривожне уникнення — Соматичні симптоми	0.374	.140	0.363	.153
Тривожне уникнення — ПТСР	0.267	.301	0.408	.104

Тривожне уникнення — Тривога	0.555*	.021	0.567*	.018
Тривожне уникнення — Депресія	0.190	.465	0.331	.194
Тривожне уникнення — Тривожність (PHQ)	0.278	.280	0.325	.203
Тривожне уникнення — Депресія (PHQ)	0.196	.450	0.306	.233

Table 3. Кореляційні зв'язки між ПТСР, тривожно-депресивною симптоматикою, горем (за шкалою TGI-SR+) та різними типами уникнення (за шкалою DAAPGQ)

Дезадаптивні когніції , пов'язані з горем (GCQ)

Дезадаптивні когніції, пов'язані з горем (GCQ), у цілому продемонстрували очікуваний позитивний зв'язок (див. табл. 4). Найстабільніше з дистресом пов'язана субшкала самозвинувачення: значущі позитивні зв'язки з більшістю показників ($r_s = 0,54-0,83$) спостерігаються вже на вході, за винятком зв'язку із соматичними симптомами, який стає значущим лише після завершення програми ($r_s = 0,74$; $p < 0,001$). Відмічаються значущі позитивні зв'язки між вираженістю дезадаптивних когніцій про себе з вираженістю ускладненого горя, тривоги та депресії ($r_s = 0,56-0,79$). Дезадаптивні когніції про майбутнє, у супереччю очікуванню, продемонстрували значущий зв'язок із ПТСР лише після завершення програми ($r_s = 0,62$; $p = 0,008$), а на вході зв'язок був статистично незначущим ($r_s = 0,13$; $p = 0,629$). Субшкала загрозливих інтерпретацій проявів горя, яка теоретично мала показати одні з найсильніших зв'язків, на вході продемонструвала лише окремі значущі зв'язки, але після програми стала пов'язана з усіма показниками найсильніше ($r_s = 0,62-0,82$; $p \leq 0,008$). Зв'язок когніцій із симптомами ПТСР та соматичними симптомами на вході здебільшого був незначущим і зміцнився лише після завершення програми.

Субшкала GCQ	Показник	r_s (до)	p (до)	r_s (після)	p (після)
Про себе	Горе	0.563*	.019	0.644**	.005
Про себе	Соматичні симптоми	0.278	.280	0.563*	.019
Про себе	ПТСР	0.390	.122	0.764***	<.001
Про себе	Тривога	0.627**	.007	0.635**	.006
Про себе	Депресія	0.792***	<.001	0.729***	<.001
Про себе	Тривожність (PHQ)	0.622**	.008	0.749***	<.001
Про себе	Депресія (PHQ)	0.698**	.002	0.762***	<.001
Про світ	Горе	0.301	.240	0.625**	.007
Про світ	Соматичні симптоми	0.209	.421	0.478	.052
Про світ	ПТСР	0.419	.094	0.611**	.009
Про світ	Тривога	0.509*	.037	0.672**	.003
Про світ	Депресія	0.737***	<.001	0.553*	.021
Про світ	Тривожність (PHQ)	0.520*	.032	0.600*	.011
Про світ	Депресія (PHQ)	0.655**	.004	0.807***	<.001
Про життя	Горе	0.602*	.011	0.612**	.009
Про життя	Соматичні симптоми	0.159	.542	0.261	.311
Про життя	ПТСР	0.622**	.008	0.708**	.001
Про життя	Тривога	0.645**	.005	0.537*	.026
Про життя	Депресія	0.601*	.011	0.512*	.036
Про життя	Тривожність (PHQ)	0.568*	.017	0.563*	.019
Про життя	Депресія (PHQ)	0.589*	.013	0.809***	<.001
Про майбутнє	Горе	0.530*	.029	0.583*	.014
Про майбутнє	Соматичні	0.162	.534	0.412	.100

	симптоми				
Про майбутнє	ПТСР	0.126	.629	0.617**	.008
Про майбутнє	Тривога	0.489*	.046	0.594*	.012
Про майбутнє	Депресія	0.720**	.001	0.643**	.005
Про майбутнє	Тривожність (PHQ)	0.545*	.024	0.695**	.002
Про майбутнє	Депресія (PHQ)	0.725**	.001	0.813***	<.001
Самозвинувачення	Горе	0.648**	.005	0.628**	.007
Самозвинувачення	Соматичні симптоми	0.428	.087	0.741***	<.001
Самозвинувачення	ПТСР	0.544*	.024	0.678**	.003
Самозвинувачення	Тривога	0.760***	<.001	0.640**	.006
Самозвинувачення	Депресія	0.833***	<.001	0.527*	.030
Самозвинувачення	Тривожність (PHQ)	0.766***	<.001	0.624**	.007
Самозвинувачення	Депресія (PHQ)	0.733***	<.001	0.581*	.015
Загрозливі інтерпретації	Горе	0.543*	.024	0.815***	<.001
Загрозливі інтерпретації	Соматичні симптоми	0.318	.214	0.621**	.008
Загрозливі інтерпретації	ПТСР	0.123	.637	0.739***	<.001
Загрозливі інтерпретації	Тривога	0.565*	.018	0.802***	<.001
Загрозливі інтерпретації	Депресія	0.704**	.002	0.764***	<.001
Загрозливі інтерпретації	Тривожність (PHQ)	0.475	.054	0.762***	<.001
Загрозливі інтерпретації	Депресія (PHQ)	0.622**	.008	0.823***	<.001

Table 4. Кореляційні зв'язки між ПТСР, тривожно-депресивною симптоматикою та показниками шкали GCQ

Соматичні симптоми

Кореляційний зв'язок між соматичними симптомами та тривожною симптоматикою наведений в таблиці 5. На вході в програму соматичні симптоми значуще корелювали лише з тривогою ($r_s = 0,51$; $p = 0,037$). Після завершення програми цей зв'язок посилювався ($r_s = 0,69$; $p = 0,002$), а також з'явилися нові значущі зв'язки - із загрозливими інтерпретаціями проявів горя ($r_s = 0,62$; $p = 0,008$) та додатково тривогою за PHQ-4 ($r_s = 0,52$; $p = 0,035$). Зв'язок із тривожним уникненням залишився статистично незначущим в обох зрізах ($r_s = 0,36-0,37$; $p > 0,14$).

Пара змінних	rs (до)	p (до)	rs (після)	p (після)
Соматичні симптоми — Тривожне уникнення	0.374	.140	0.363	.153
Соматичні симптоми — Загрозливі інтерпретації горя	0.318	.214	0.621**	.008
Соматичні симптоми — Тривога	0.509*	.037	0.688**	.002
Соматичні симптоми — Тривожність (PHQ)	0.473	.055	0.515*	.035

Table 5. Кореляційний зв'язок між соматичними симптомами та тривожною симптоматикою наведений (шкала SSS-8)

Оцінка ефективності програми групової психотерапії

Перевірку ефективності програми групової психотерапії здійснено критерієм знакових рангів Вілкоксона для залежних вибірок. Порівняння показників «до» і «після» вказує на однонаправлене зниження практично всіх показників дистресу та підвищення показника якості життя (див. табл. 6 та 7). Статистично значуще ($p < 0.05$) знизилися: рівень горювання (з 48,29 до 45,21; $p = 0,008$), депресивне уникнення (з 16,93 до 14,36; $p = 0,032$), ПТСР (з 6,71 до 3,07; $p = 0,014$), тривога (з 12,29 до 9,86; $p = 0,002$), депресія (з 12,00 до 9,50; $p = 0,001$), тривожність PHQ-4 (з 3,64 до 2,64; $p = 0,008$), депресія PHQ-4 (з 4,43 до 3,36; $p = 0,005$) та соматичні симптоми (з 19,64 до 17,64; $p = 0,045$). Якість життя значуще зросла (з 11,50 до 15,14; $p = 0,001$).

Серед дезадаптивних когніцій статистично значуще знизилися субшкали про себе (з 4,36 до 3,14; $p = 0,022$), про життя (з 6,36 до 5,43; $p = 0,021$), про майбутнє (з 7,36 до 6,36; $p = 0,006$) та загрозливі інтерпретації проявів горя (з 6,64 до 5,43; $p = 0,030$). Зміни за субшкалами про світ (з 6,29 до 5,86; $p = 0,177$) та самозвинувачення (з 4,57 до 3,71; $p = 0,211$) статистичної значущості не досягли. Зниження тривожного уникнення (з 10,57 до 8,64) також не було статистично значущим ($p = 0,106$).

Показник	M	Me	SD	SE
Депресивне уникнення	16.93	19.00	7.47	1.996
Депресивне уникнення (після)	14.36	15.00	6.44	1.721
Тривожне уникнення	10.57	12.00	4.16	1.113
Тривожне уникнення (після)	8.64	8.00	4.60	1.230
Когніції про себе	4.36	5.50	2.82	0.753
Когніції про себе (після)	3.14	3.00	2.85	0.762
Когніції про світ	6.29	7.50	2.79	0.744
Когніції про світ (після)	5.86	7.00	2.96	0.790
Когніції про життя	6.36	8.00	2.98	0.796
Когніції про життя (після)	5.43	6.00	3.06	0.817
Когніції про майбутнє	7.36	8.00	1.98	0.530
Когніції про майбутнє (після)	6.36	7.00	1.78	0.476
Самозвинувачення	4.57	5.50	2.90	0.775
Самозвинувачення (після)	3.71	3.00	3.12	0.835
Загрозливі інтерпретації	6.64	8.00	2.95	0.789
Загрозливі інтерпретації (після)	5.43	6.00	2.44	0.652
Травматичне горе	48.29	52.00	12.03	3.216
Травматичне горе (після)	45.21	48.50	10.37	2.772
Соматичні симптоми	19.64	20.00	5.43	1.451
Соматичні симптоми (після)	17.64	18.00	5.64	1.507
ПТСР	6.71	5.00	6.99	1.868
ПТСР (після)	3.07	3.00	4.36	1.165
Тривога	12.29	12.00	3.69	0.986
Тривога (після)	9.86	10.00	4.13	1.104

Депресія	12.00	11.50	5.51	1.471
Депресія (після)	9.50	8.50	5.03	1.346
Депресія (PHQ)	4.43	4.50	1.74	0.465
Депресія (PHQ) (після)	3.36	3.50	1.69	0.452
Якість життя	11.50	11.00	4.55	1.217
Якість життя (після)	15.14	14.50	4.05	1.084
Тривожність (PHQ)	3.64	4.00	1.39	0.372
Тривожність (PHQ) (після)	2.64	3.00	1.55	0.414

Table 6. Результати аналізу показників за різними шкалами до та після психотерапевтичного втручання

Показник («до» — «після»)	W	p	ΔM	SE	r (rank-biserial)
Депресивне уникнення	87.0	.032*	3.000	0.942	0.657
Тривожне уникнення	60.0	.106	2.000	1.051	0.538
Когніції про себе	59.0	.022*	1.500	0.408	0.788
Когніції про світ	48.0	.177	0.500	0.309	0.455
Когніції про життя	42.0	.021*	1.500	0.339	0.867
Когніції про майбутнє	73.0	.006**	1.000	0.257	0.872
Самозвинувачення	33.5	.211	1.500	0.645	0.489
Загрозливі інтерпретації	49.0	.030*	1.500	0.471	0.782
Травматичне горе	83.5	.008**	3.500	0.829	0.835
Соматичні симптоми	65.0	.045*	3.000	0.943	0.667
ПТСР	36.0	.014*	6.000	1.269	1.000
Тривога	102.0	.002**	2.500	0.488	0.943
Депресія	91.0	.001**	2.500	0.292	1.000
Депресія (PHQ)	55.0	.005**	1.500	0.245	1.000
Якість життя	0.0	.001**	-3.500	0.487	-1.000
Тривожність (PHQ)	45.0	.008**	1.500	0.257	1.000

Table 7. Результати критерію Вілкоксона

Висновки

Отримані результати свідчать про клінічно й статистично значущу ефективність програми групової психотерапії для більшості досліджуваних показників. Після завершення програми статистично значуще знизилися рівень вираженості ускладненого горя, ПТСР, тривоги, депресії (за обома методиками), соматичних симптомів, а також чотири з шести видів дезадаптивних когніцій, пов'язаних із горем; якість життя значуще зросла. Більшість виявлених позитивних змін характеризувалися вираженим терапевтичним ефектом, що підтверджує їхню клінічну значущість.

Таким чином, результати апробації програми свідчать про позитивні зміни у психологічному стані учасників. За даними проведеного аналізу відзначається тенденція до зменшення вираженості депресивної симптоматики, зниження соціальної ізоляції, покращення здатності переносити амбівалентні емоційні стани, часткової редукції почуття провини, підвищення психологічної гнучкості та орієнтації на особистісні цінності, а також відновлення суб'єктивного відчуття сімейної цілісності. Отримані результати відповідають сучасним теоретичним уявленням про психологічну адаптацію до невизначеної втрати та підтверджують доцільність подальшої клінічної оцінки ефективності запропонованої програми із використанням стандартизованих психометричних інструментів.

Посилання

1. Boss P. Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*. 2007;56(2):105-111. <https://www.jstor.org/stable/4541653>
2. Boss P. Ambiguous loss in families of the missing. *Lancet*. 2002;360 Suppl:s39-40. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11815-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11815-0)
3. Boss P. (2009). The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss. *Pastoral Psychology*, 59(2), 137-145. doi:10.1007/s11089-009-0264-0.
4. Boss P., Yeats J. R. Ambiguous loss: a complicated type of grief when loved ones disappear. *Bereavement Care*, 2014, 33(2), 63-69. doi:10.1080/02682621.2014.933573.
5. Renner A., Jäckle D., Nag, M., Plexnies A., Röhr S., Löbner M., Kersting A. Traumatized Syrian Refugees with Ambiguous Loss: Predictors of Mental Distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18(8), 3865. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083865>.
6. Comtesse H., Lechner-Meichsner F., Haneveld J., Vogel A., Rosner R. Prolonged grief in refugees living in Germany confronted with ambiguous or confirmed loss. *Anxiety, Stress, & Coping*, 2022, 35(3), 259-269. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1967936>
7. Boss P. Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*. 2007;56(2):105-111. <https://www.jstor.org/stable/4541653>.
8. Worden J. W. *Grief counseling and grief therapy*. 2018 <https://doi.org/10.1891/9780826134752>
9. Eisma M. C., Stroebe M. S., Schut H. A. W., Stroebe W., Boelen P. A., van den Bout J. . Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*, 2013, 122(4), 961-970. <https://doi.org/10.1037/a0034051>
10. Lenferink L. I. M., Eisma M. C., Buitter M. Y., de Keijser J., Boelen P. A. Online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after traumatic loss: a randomized waitlist-controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2023, 52(5), 508-522. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2225744>
11. Komischke-Konnerup K.B., O'Connor M., Hoijtink H., Boelen P.A. Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief Reactions: Treatment Protocol and Preliminary Findings From a Naturalistic Setting, *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 32, Issue 1, 2025, Pages 29-43, ISSN 1077-7229, <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.11.001>.
12. Leshchuk I, Frankova I, But T, Norkina I, Haustova O, Chaban O, Mukharovska I, Zelenko Є, Sak Л. The Course of Grieving for Different Types of Losses in War: "Phoenix" Research Project Protocol: Experience in Implementing Respondent Engagement. *PMGP [Internet]*. 2024 Mar. 30 [cited 2026 Sep. 13];9(1). Available from: <https://5cuk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/494>
13. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Чабан О.О., Хаустова О.О., Асанова А.Е. та ін. Київ: Медкнига; 2019. с. 48-52
14. Лещук І, Бут Т, Зеленько Є, Франкова І. Психометричні характеристики українських версій шкал нереальності втрати, дезадаптивних когніцій та тривожно-депресивного уникнення у вибірці осіб, які пережили втрату близької людини в умовах війни. *PMGP [інтернет]*. 30, Червень 2025 [цит. за 13, Вересень 2026];10(2). доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/593>