

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра експериментальної та прикладної психології

**Особливості депресивної та тривожної симптоматики в залежності від  
інтенсивності переживання втрати**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 4 курсу, ОР Бакалавр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Психологія»)

**Кміть Анни Віталіївни**

Науковий керівник:  
кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри експериментальної  
та прикладної психології

**Ягіяєв Ілля Ігорович**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК № 5**

**Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року**

**Завідувачка кафедри експериментальної та прикладної психології**

\_\_\_\_\_ **Каріне МАЛИШЕВА**

**Київ-2024**

**ЗМІСТ**

<b>АНОТАЦІЯ.....</b>	<b>3</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНТЕНСИВНОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ.....</b>	<b>11</b>
1.1. Теоретичне підґрунтя феномену переживання втрати.....	11
1.2. Класифікація видів горя та горювання.....	19
1.3. Психічні розлади, тісно пов'язані з патологіями при переживанні горя...24	
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНТЕНСИВНОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ.....</b>	<b>32</b>
2.1. Опис вибірки, структура та організація дослідження.....	32
2.2. Психодіагностичний інструментарій.....	41
2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	49
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>76</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>78</b>

## АНОТАЦІЯ

Дослідження присвячено вивченню особливостей депресивної та тривожної симптоматики у зв'язку з інтенсивністю переживання втрати в умовах війни в Україні. У роботі розглянуто теоретичні аспекти феномену переживання втрати, класифікацію видів горя та горювання, а також психічні розлади, пов'язані з патологічним горюванням. Емпіричне дослідження включало аналіз вибірки респондентів, які зазнали втрати близької людини за останні шість місяців, із застосуванням психодіагностичних методик для оцінки рівнів депресії, тривожності та інтенсивності горювання. Результати дослідження виявили значний вплив інтенсивності переживання втрати на розвиток посттравматичного стресового розладу, афективної дисрегуляції, негативної самооцінки та порушень у стосунках, підкреслюючи важливість комплексного підходу до діагностики та підтримки осіб, які переживають втрату.

*Ключові слова: Переживання втрати, Депресивна симптоматика, Тривожна симптоматика, Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), Горювання.*

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Війна, що триває в Україні, виступає потужним стресовим фактором, який суттєво впливає на психічне здоров'я населення. Розпочавшись у 2014 році, війна принесла з собою численні втрати, руйнування та невизначеність, що стали невід'ємною частиною життя українців. Це створює постійну загрозу для життя та безпеки, що значно підвищує рівень стресу серед населення.

Одним із найболючіших аспектів війни є втрата близьких людей. Загибель рідних та друзів, часто внаслідок насильницьких дій, викликає сильні емоційні переживання, які можуть призводити до розвитку депресивних та тривожних симптомів. Втрата близьких не лише породжує почуття горя, але й руйнує соціальні зв'язки, що є важливою складовою психічного здоров'я людини. Відсутність підтримки з боку соціального оточення та порушення звичного соціального середовища додатково ускладнюють процес адаптації до нових умов життя.

Руйнування соціальних зв'язків внаслідок військових дій також має серйозні наслідки для психічного здоров'я. Втрата роботи, вимушене переселення, розпад родин – все це створює додатковий стрес і сприяє розвитку психічних розладів. Втрата стабільності та безпеки, що забезпечувались соціальними інститутами, призводить до зниження почуття контролю над власним життям та посилення тривожності.

Наукові дослідження свідчать, що інтенсивність переживання втрати у контексті війни є значно вищою порівняно з іншими видами травматичних подій. Це обумовлено не лише фізичними, але й емоційними втратами, що вимагають тривалого періоду відновлення та психотерапевтичної підтримки. Отже, війна в Україні створює унікальні умови, що значно ускладнюють процес переживання втрати та підвищують ризик розвитку депресивних і тривожних симптомів серед постраждалого населення.

Сучасні наукові дослідження підтверджують, що своєчасна діагностика та адекватна терапія депресивних і тривожних розладів можуть значно покращити якість життя людей, які пережили втрату в умовах війни. Важливо зазначити, що інтенсивність переживання втрати є ключовим фактором, який визначає ступінь тяжкості психічних розладів. Тому глибоке розуміння цього феномену та його впливу на психічне здоров'я є необхідним для створення ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації

Таким чином, дослідження депресивної та тривожної симптоматики в умовах сучасної України є не лише актуальним, але й надзвичайно важливим завданням. Воно допоможе покращити розуміння психічних процесів, пов'язаних з переживанням втрати, та сприятиме розробці більш ефективних методів діагностики і терапії, що є надзвичайно важливим для підтримки психічного здоров'я населення в умовах тривалої війни.

**Огляд літератури.** Обґрунтуванню провідних питань дослідження депресивної та тривожної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання втрати присвячено ряд сучасних наукових робіт. У дослідженні розглянуто вплив втрат, пов'язаних з пандемією COVID-19, на розвиток депресивних і тривожних симптомів, а також роль особистих відносин і сенсу життя як захисних факторів (Gold, Ryjova, Corner, Rasmussen, Kim, & Margolin, 2023). Інше дослідження аналізує вплив соціофобії на процес горювання і показує, що люди з історією соціальної тривожності частіше уникають соціальних контактів, що погіршує симптоми депресії і психологічний дистрес (Avramchuk, Plevachuk, & Rakhman, 2023).

Ваğсаz та Кіліç (2023) порівнюють пролонговане горювання і депресію, вказуючи на відмінності у їхніх корелятах та підкреслюючи, що пролонговане горювання більше пов'язане з характеристиками втрати, тоді як депресія залежить від

характеристик особи, яка переживає втрату. Дослідження Grafiadeli, Glaesmer і Wagner (2022) зосереджується на симптомах депресії, пролонгованого горювання і посттравматичного стресу серед людей, які пережили суїцид близької людини, виявляючи класи симптомів і їхню взаємозалежність з часом, що пройшов з моменту втрати.

Lei та інші (2022) досліджують патерни симптомів депресії і тривоги серед дорослого населення Японії, використовуючи латентний кластерний аналіз, що дозволяє ідентифікувати різні класи симптомів і їхні асоціації з дитячими переживаннями і життєвими подіями. Zou, Chair, Zhang та Bao (2023) досліджують симптоми депресії і тривоги серед пацієнтів з гострим коронарним синдромом, знаходячи високий рівень негативного сприйняття хвороби як фактор, що сприяє розвитку цих симптомів.

Gerdle та інші (2023) досліджують взаємозв'язок між інтенсивністю болю, психологічним дистресом та втручанням у повсякденне життя серед пацієнтів з хронічним болем, вказуючи на важливість соціальної підтримки для зниження негативних наслідків. Frigerio та Molteni (2022) вивчають вплив інтенсивності депресивних і тривожних симптомів матерів під час вагітності на емоційну регуляцію немовлят, підкреслюючи важливість соціально-економічного статусу як модератора.

Wu та Wang (2024) аналізують динамічні особливості емоційної дисрегуляції при депресії, використовуючи підхід емоційної динаміки, виявляючи, що депресивні пацієнти мають більшу варіативність і нестабільність негативних емоцій, що пов'язано з підвищеною реактивністю на негативні події. Bu, Steptoe і Fancourt (2022) проводять лонгітюдне дослідження змін депресивних і тривожних симптомів під час пандемії COVID-19, знаходячи значні зв'язки між суворістю політики та інтенсивністю пандемії і симптомами психічного здоров'я.

Лешук (2022) підкреслює важливість дослідження психічних розладів при втраті та горюванні в контексті сучасної України, вказуючи на актуальність проблеми для населення, що переживає війну. Напреєнко і Напреєнко (2018) розглядають депресивні та тривожні розлади у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, з акцентом на зловживанні алкоголем як фактор, що погіршує стан. Власенко і Вінник (2019) досліджують специфіку переживання втрати, конфліктів і трансценденції в процесі подолання, наголошуючи на необхідності підтримки

Миرونчак (2017) аналізує вплив переживання втрати на самоєфективність військових, підкреслюючи важливість психологічної підтримки для збереження боєздатності. Королович (2023) розглядає психологічні аспекти динаміки переживання втрати, акцентуючи увагу на емоційних і поведінкових реакціях. Предко (2023) вивчає життєстійкість у постковідний період і способи подолання наслідків втрат, тоді як Седаш (2023) аналізує психологічні особливості переживання втрати роботи в умовах війни в Україні.

Аналіз актуальних наукових джерел показав, що депресивні та тривожні розлади в залежності від інтенсивності переживання втрати є важливим і недостатньо дослідженим аспектом психічного здоров'я, особливо в контексті сучасної України, що обґрунтовує актуальність цієї роботи.

**Мета дослідження** – вивчити особливості депресивної та тривожної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання втрати.

Відповідно до мети було сформульовано **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати сучасну наукову літературу на тему депресивної та тривожної симптоматики в період переживання втрати;
2. Виявити актуальний стан прояву депресивної та тривожної симптоматики в період переживання втрати;

3. Встановити взаємозв'язок прояву інтенсивності переживання втрати з депресивною та тривожною симптоматикою;

4. Дослідити особливості взаємозв'язку депресивної та тривожної симптоматики залежно від різного рівня інтенсивності переживання втрати;

5. Побудувати факторну модель переживання втрати.

#### **Гіпотези дослідження:**

**Гіпотеза 1.** Рівні депресії, ситуативної тривожності, особистісної тривожності та тривоги значно відрізняються між респондентами з різною інтенсивністю переживання втрати: з підвищенням інтенсивності переживання втрати збільшується рівень всіх цих психічних симптомів.

**Гіпотеза 2.** Рівень інтенсивності переживання втрати впливає на кореляційні зв'язки між різними показниками психічного здоров'я, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності, афективної дисрегуляції та негативної самооцінки: з підвищенням інтенсивності переживання втрати кореляційні зв'язки між цими показниками стають сильнішими.

**Гіпотеза 3.** Переживання втрати є багатовимірним процесом, що включає такі аспекти, як посттравматичний стрес, емоційний дистрес, емоційна та поведінкова дисрегуляція, а також соціальні взаємини, кожен з яких робить значний внесок у загальний психологічний стан респондентів.

**Методи дослідження** складаються з теоретичних, емпіричних та математико-статистичних.

*Теоретичні методи* – аналіз, синтез та узагальнення сучасних знань проблематики дослідження;

*Емпіричні методи* – методика ITQ (International Trauma Questionnaire) для виявлення травматичних подій, методика PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) для

виявлення прояву депресії, методика STAI (State-Trait Anxiety Inventory) для виявлення тривожності, методика GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) для виявлення тривоги, методика HGRC (Hogan Grief Reaction Checklist) для виявлення прояву інтенсивності горювання.

*Математико-статистичні методи обробки даних* – описова статистика, частотний аналіз, порівняння трьох та більше незалежних вибірок (однофакторний дисперсійний аналіз, критерій Уелча), кореляційний аналіз (критерій Спірмена), факторний аналіз.

**Результати дослідження** показали, що учасники, які зазнали втрати близьких людей, демонструють значний рівень депресивної та тривожної симптоматики. Кореляційний аналіз виявив, що інтенсивність переживання втрати значно впливає на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), афективної дисрегуляції, негативної самооцінки та порушень у стосунках. Було встановлено, що ПТСР тісно корелює з повторним переживанням, уникненням, відчуттям поточної загрози, функціональними порушеннями та порушенням самоорганізації. Це підкреслює, що інтенсивні посттравматичні симптоми тісно пов'язані з усіма аспектами переживання втрати. Аналіз також виявив, що повторне переживання має сильні кореляції з уникненням, відчуттям поточної загрози, функціональними порушеннями та порушенням самоорганізації, що підкреслює взаємозв'язок між цими аспектами. Уникнення демонструє високі кореляції з відчуттям поточної загрози, функціональними порушеннями, афективною дисрегуляцією та негативною самооцінкою. Це свідчить про те, що уникнення травматичних ситуацій є ключовою складовою реакції на втрату, пов'язаною з високими рівнями емоційної та функціональної дисрегуляції. Депресія показала високі кореляції з багатьма змінними, включаючи ПТСР, уникнення, відчуття поточної загрози, функціональне порушення та

порушення самоорганізації. Це підкреслює, що депресія тісно пов'язана з посттравматичними симптомами та загальною емоційною нестабільністю. Відчуття поточної загрози показує значні кореляції з функціональними порушеннями та особистісною тривожністю, що підкреслює значний вплив цього чинника на повсякденне функціонування та рівень тривожності. Отримані результати підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики та підтримки осіб, які переживають втрату. Це дослідження дозволяє глибше зрозуміти взаємозв'язки між різними аспектами психічного здоров'я та переживання втрати, що є критично важливим для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації для постраждалих від війни та переживання втрати загалом.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 1.1. Теоретичне підґрунтя феномену переживання втрати

Традиційно втратою вважається подія, часто травмуюча, внаслідок якої людина залишається без присутності чогось або когось у своєму житті. Втрати бувають різних типів та різної значущості: вони можуть варіюватись від відносно невеликого (наприклад, загублена річ) до більш серйозних та значних феноменів (наприклад, смерть близької людини). Прийнято розмежовувати ці події між собою, називаючи їх відповідно – “незначна втрата” та “значна втрата”. Значна втрата має на увазі також скорочення ресурсів у житті людини, матеріальних або нематеріальних, в які людина емоційно вкладалась (Harvey, Miller, 1998), погіршення функціонування деяких або усіх сфер життя, залежно від сутності втрати, з якою людина зіштовхнулася. Велику роль у переживанні втрати відіграє роль прихильності, прив’язаність до чогось або когось. Найтяжчі, травмуючі втрати у нашому житті зазвичай пов’язані з фігурами, до яких ми прихильні у тій чи іншій ступені (Meier, Carr, Currier, Neimeyer, 2013).

Термін “втрата” широко використовується не лише для опису факту смерті, це може бути втрата будь-чого, людини у тому числі, іншим шляхом. Втрата може використовуватись у контексті втрати дому з певних причин, що часто супроводжується тимчасовою або постійною втратою ідентичності (Hill, 1996)), розставання, прощання, зміни соціального оточення, перебування у іншому місті/країні довгий термін і будь-які інші причини, що включають тимчасову або постійну відсутність певних речей або істот у житті індивіда.

Втрата, що супроводжується чиєюсь смертю, вважається одним з глибинних, універсальних і негативно зафарбованих досвідів, який асоціюється з подальшою активацією відповідних нейронних зв’язків нашого мозку. Термін тяжка втрата

включає в себе втрату любимої, близької людини і вважається прототипом досвіду втрати. Така втрата широко вважається одним із найважчих досвідів, які може пережити людина протягом свого життя, і зазвичай викликає інстинктивну, інтенсивну відповідь у вигляді відчуття горя та процесу горювання (Shear, Skritskaya, 2012).

Горе – це нормальна, передбачувана реакція на факт втрати, особливо якщо мова йде про втрату близької, дорогої людини (Jakoby, 2012). Згідно з різними джерелами, горе розуміється як суто негативна емоція (Charmaz, Milligan, 2006), форма емоцій (Bonnano, 2007) або емоційний синдром (Averill, Nunley, 2006). Переживання горя також розглядають як соціальний, з одного боку, та внутрішньособистісний процес, з іншого, адже воно виникає з прихильності, любові, прив'язаності, певних обов'язків чи очікувань, що пов'язували людину, що горює, з померлим. Це суб'єктивна емоційна реакція, яка включає в себе психічні, фізичні та соціальні прояви (Charmaz, Milligan, 2006).

Посилаючись зокрема на американський словник англійської мови, укладений Ноем Вебстером (1979), горе – це в більшості своїй негативне, болюче, тяжке та інтенсивне емоційне страждання, викликане втратою (Berzoff, 2011).

За словами Ларрі Кохрена та Емілі Класпел, горе – це ключове переживання втрати (“living loss”), яке перетворює світ людини, що горює, у “жорстоке і пусте місце”, а також проявляється у різноманітних формах. Це не статичне, постійне, незмінюване переживання. Це стан, що постійно зазнає певних трансформацій. Горе – це історія про втрату, у якій початок, середина та кінець постійно змінюються, формують та перетікають одне в одне у хаотичному порядку, створюючи нові смисли, стани та відтінки переживань (Jakoby 2012, Cochran and Claspell 1987).

Горе вважається дуже тонким, одним з найбільш неочікуваних і непередбачуваних переживань, які може відчувати людина. Кожен індивід переживає

одне й те саме почуття по-різному, з різною інтенсивністю та протягом різного проміжку часу, який може значно варіюватись (Hall, 2014).

Зазвичай переживання горя складається з міксу різних емоцій та почуттів. Найчастіше це злість, гнів, агресія, роздратування, відчай, безпорадність, збентеження, біль, спустошення (Paul, 1996).

Реакції психіки, що виникають у відповідь на втрату, можуть різнитись у різних індивідів також залежно від віку, гендерної приналежності, культури, попереднього життєвого досвіду, а також досвіду взаємодії з померлим, почуттів до нього та сутності стосунків із ним (Özel, Özkan, 2020).

За Неймаєром (Neimeyer 2000), горе не асоціюється з негативними довгостроковими наслідками. Перманентне відчуття страждання, розгубленість, глибинний відчай частіше за все поступово зменшуються за інтенсивністю і частотою у довгостроковій перспективі, хоча у більшості випадків є хаотичними, непослідовними протягом короткого проміжку часу. Коротко кажучи, типове переживання горя включає коливання між відчуттям болю на межі важкого страждання та прийняттям, яке, тим не менш, може бути не менш болючим. І, хоча існують розлади у вигляді ускладненого горювання, не можна нав'язувати людині, що перебуває у стані активного горювання, терміни та етапи, згідно з якими вона має переживати втрату близької людини. Важливо зазначити наступне: поняття повного відновлення після зіткнення з втратою значущої людини дуже спірне (Carnelley, Wortman, Bolger & Burke 2006).

Часто горе – це більше, ніж психологічна, емоційна або ж навіть соматична реакція на втрату. На глибшому, екзистенціальному рівні це реконструкція, перебудова звичного укладу життя, потреба у пошуку нового “нормального”, яке необхідно створити для того, щоб мати можливість функціонувати у світі, який перестає бути тим

місцем, яке індивід знав до втрати (Attig, 1991). Горе багато в чому виникає внаслідок руйнування, зникнення сенсу, який лежав у основі значущих стосунків з людиною, яку було втрачено (Fowlkes, 1991; Marris, 1982). Чим важливішими були втрачені стосунки для життя індивіда, тим більше, болючіше, об'ємніше відчуття втрати (Bugan, 1983).

Значущим є розуміння різниці між поняттями “горе” та “горювання”. Горе – це внутрішній процес, емоції, почуття та думки, які індивід переживає протягом проміжку часу, що слідує після факту втрати когось близького. Горювання – це зовнішній процес, вираження горя. Наприклад, коли індивід говорить про померлого, згадує, пише якісь листи, плаче чи будь-яким іншим чином проявляє свої внутрішні емоції та почуття, це і є горюванням (Wolfelt, 2021).

Горе як психологічний концепт і горювання як реакція на втрату того, хто помер є різними сутностями. Горювання як універсальний феномен – це суб'єктивний, конкретний досвід індивіда, що реагує на смерть людини, яку він любив. Одне із визначень сучасних психологів звучить наступним чином: “Тяжка втрата виникає у результаті втрати дорогої людини внаслідок її смерті, а горе – це реакція на дистрес, що виник внаслідок переживання цієї втрати” (Genevro, Marshall, Miller, & Center for the Advancement of Health, 2004, p. 498).

Поки немає жодної вичерпної теорії, яка б достеменно пояснила нормальний процес горювання, адже дуже важко врахувати усі фактори, що впливають на вираження горя. Певні дослідження показують, що у горюванні все ж можна виділити серію фаз та етапів з відносно передбачуваними симптомами, які, тим не менш, змінюються з часом та не розгортаються у одному і тому ж послідовному порядку та з тою ж інтенсивністю (Bowlby 1980, Weymont and Rae 2006, Gorman and Sultan 2008, Küçükkaya 2009, Zara 2018).

За останні декілька століть суттєво збільшилась кількість різноманітних теорій та досліджень, що стосуються природи горя, досвіду його переживання у груп людей чи конкретних індивідів. Проте для того, щоб розглядати більш нові, сучасні теорії, необхідно заглибитись у історію психології трохи далі. Найпершим, хто системно підійшов до вивчення проблеми горювання у психології, був австрійський психолог Зигмунд Фройд. Саме його теорії мали найбільший вплив на професійну спільноту психологів того часу, не дивлячись на те, що і до нього було кілька дослідників, які робили спроби зрозуміти та окреслити феномен горювання.

У 1912 році Фройд опублікував свою відому працю “Тотем і табу”, у якій вперше окреслив свої основні бачення переживання горя. Ці ідеї пізніше постали у самостійній праці “Горювання та меланхолія” (1917). За Фройдом, горювання – це глибоко болюча пригніченість, зникнення інтересу до зовнішнього світу, втрата здатності любити, гальмування будь-якої діяльності, виснаження. У своєму есе Фройд також описав, як на його думку відбувається процес горювання. Спершу індивід, що горює, відвертається від реальності, відходить від нормального, звичного ставлення до життя. Повільно він все ж починає зустрічатись з реальністю, в якій його близької людини більше немає. Наступним необхідним кроком має бути відокремлення свого лібідо, або емоційної енергії, яка була вкладена у побудову стосунків з померлим, від його фігури та сублімування її в інші сфери свого життя. Психолог зазначає, що люди ніколи добровільно не відмовляються від цієї енергії, а опір може бути іноді настільки сильним, що окремі індивіди схильні заперечувати реальність і створювати галюцинаторні асоціації з втраченим об’єктом. Процес горювання завершується тоді, коли згодом, з великими втратами часу та енергії, відбувається остаточне від’єднання психічної енергії горюючого від померлого. Лібідозні зв’язки розриваються, а его стає знову вільним і розкутим (Freud 1963).

Значущим для розуміння концепту, висунутого Фрейдом, є один з рядків, написаних у праці “Горювання та меланхолія” (1917): “Горювання – це реакція на втрату любимої людини або на втрату будь-якої абстракції, образом якої стала втрачена людина. Цією абстракцією може бути, наприклад, батьківщина, свобода чи певний ідеал” (Freud 1963). Тобто, горювання – не завжди реакція на чиюсь смерть.

Тогочасними психологами концепція Фрейда часто тлумачилась наступним чином: у того, хто не зміг успішно завершити свою “роботу горя” (Фрейд, 1917), може розвинути психічний розлад у вигляді запуску патологічного горювання. Важливо зазначити, що Фрейд ніколи не називав горювання патологічним процесом чи психіатричним діагнозом і чітко зазначив це у своїй роботі, проте також додав, що це може статись, але відбувається досить рідко і потребує більш детального дослідження (Granek, 2010).

Німецький психолог Карл Абрахам, учень Зигмунда Фрейда, у своїх працях, що безпосередньо торкались феномену переживання горя, фокусувався на процесі інтроєкцію втраченого об’єкта під час горювання (Абрахам, 1924). Він зазначив, що процес горювання часто приходить з заспокоєнням: “Людина, яку я люблю, не зникла, адже я ношу її в собі і ніколи не зможу втратити”. Абрахам також зазначав, що може існувати патологічне горювання, проте не існує чіткого розмежування між нормальним та нездоровим переживанням горя (Granek 2010).

Психоаналітик Ганс Левальд у своїй праці “Інтерналізація, відділення, горювання і суперего” (1962) запропонував ще один погляд на психологію втрати та горювання. Згідно з його поглядами, втрата змінює не лише его, як зазначав Фрейд, але залишає значний відбиток і на функціонуванні суперего, включаючи феномен совісті та бачення ідеалу. За словами Левальда, смерть людини, яку ми любимо, це привід не лише для горювання, але і для психічного росту, розвитку. Спочатку смерть близької

людини обов'язково відчувається як значна втрата, але згодом це навіть може дати відчуття звільнення, свободи. Відбувається процес ідентифікації себе самого з цінностями і віруваннями померлого, переформування своїх ідеалів та принципів. Незважаючи на те, що смерть дорогої людини завжди позбавлення чогось, вона також несе у собі певний потенціал для духовного росту індивіда, що переживає втрату. Таким чином, значних трансформацій зазнає і суперего (Berzoff, 2011).

Елізабет Кюблер-Росс, американська психологиня швейцарського походження, розробила модель процесу горювання, що складається з п'яти ступенів адаптації до факту втрати. Це та класична модель, що відома широким масам у сучасних реаліях. Стадії виділяються наступні:

1. Заперечення. Життя втрачає сенс, домінуючими почуттями стають шок та відвернення від існуючої реальності. Часто думки або слова індивіда, що перебуває на даній стадії горювання, звучать як “Цього не могло статись, не зі мною. Чому я?”.
2. Гнів. Це стадія, коли місце має намагання контролювати емоції способом звинувачення інших, агресивна поведінка, що може у тому числі бути не властивою, неочікуваною від індивіда.
3. Торг. На цій стадії людина, що переживає втрату, може намагатись змінити правду шляхом укладання якихось угод. Це стадія втечі від болю. Часто ця стадія у дії виглядає наступним чином: індивід, що горює, відтворює у своїй уяві різні ситуації, дуже часто пов'язані з нав'язливим “якби” (“Якщо я це зроблю, це поверне його/її назад”, “Якби я був там і вчинив по-іншому, цього б не сталося”). Ця стадія також вважається першим індикатором того, що прийняття почалось. Вона допомагає зрозуміти не лише, що мертві не повертаються, а і відчутти, у

кінці кінців прийняти це як нову даність, реальність, до якої потрібно адаптуватись і вчитись жити у ній заново.

4. Депресія. Стадія, під час якої домінує біль і страждання від переживання втрати. Переживання горювання зростає за інтенсивністю і частотою, коли розпочинається повне усвідомлення реальності.
5. Прийняття. Це стадія, на якій усі почуття, пов'язані зі смертю близької людини, уже проаналізовані та відрефлексовані. Правда визнана і прийнята, якою б болючою вона не була. На цій останній сходинці розпочинається процес адаптації до нового укладу життя (Kübler-Ross, Kessler, 2014).

На противагу представленій п'ятиступеневій системі, існує досить популярне альтернативне бачення під назвою “колесо горя” (Goodall, Drage, & Bell, 2003). Згідно з цією концепцією, не існує ніяких чітких ліній та розмежувань між кожною фазою проживання горя, тим більше це не є послідовним процесом. Кожна попередня стадія зливається з наступною, при цьому так зване “колесо горя” рухається не лише вперед, але і назад (Dillenburg, Keenan, 2005).

Когнітивні психологи, зокрема Малкінсон та Елліс (2000), вважають, що тяжка втрата постає перед індивідом з новою інформацією, що повинна бути когнітивно оброблена, врахована та засвоєна. Згідно з їхніми поглядами, “пізнання є центром і основою для нормального процесу горювання та повинне бути прожито і виражено” (Dillenburg, Keenan, 2005).

Згідно з Кейтлін Чармаз (1980), смерть близької людини також означає втрату образу “Я”, суб'єктивного світу і символічну, але відчутну смерть самого себе. Образ “Я” будується і визначається у тому числі у соціальній взаємодії з іншими (Арчер, 1999), тому втрата близької людини означає часткову втрату того соціального

контексту, в якому будувалась і проявлялась умовна частина “Я”. Таким чином смерть когось дорогого і любимого є і буквальною втратою самого себе. Тому горе, окрім усього іншого, постає також соціальним феноменом (Jakoby, 2012).

Біхевіористична теорія пропонує теоретичну інтеграцію горя (W. Stroebe & Stroebe, Grief as a Social Emotion). З точки зору теорії соціологічного обміну (Blau, 1964; Homans, 1961), емоції виникають внаслідок потоку ресурсів між індивідами. В той же час, емоції пов’язані з рівнем очікувань, які люди мають один до одного щодо емоційних інвестицій, взаємності, справедливого обміну та певних стандартів чи норм. Якщо індивід не отримує очікуваних ресурсів або існує неможливість їх реалізації, він відчуватиме негативні емоції – печаль, спустошення, депресію (Turner & Stets, 2005). Тобто поведінкова теорія пояснює горе наступним чином: це реакція на відсутність очікуваних винагород, підкріплення, емоційного включення, прямо пов’язаних з фігурою померлого. Горе – цілком зрозуміла реакція на втрату підкріплення, системи підтримки внаслідок смерті близької людини (Jakoby, 2012).

## **1.2. Класифікація видів горя та горювання**

Горювання як психічний процес у психології може протікати як нормальним шляхом, так і патологічним. Довгий час у науковому колі існували дискусії з приводу того, чи можна все ж вважати горювання патологічним процесом у окремих, ускладнених випадках. Проблема полягала у неможливості відслідковувати “нормальність” та “правильність” протікання процес переживання горя. Досі не існує певного конкретного шаблону, відхилення від якого можна було б стовідсотково вважати патологією чи розвитком психічного розладу. Дуже часто потрібно проводити індивідуальні тривалі психодіагностичні сеанси з індивідом, щоб взяти до уваги усі

можливі фактори, дослідити особливості психіки людини, а лише потім робити певні висновки стосовно того, чи нормально протікає період горювання.

Як зазначалось раніше, властивості та патерни процесу горя можуть достатньо сильно варіюватись в залежності від різних факторів. Проте, не дивлячись на це, виділяють п'ять основних сфер, які зачіпає горювання у нормі:

1. Емоційна. Горе може проявлятися у наступних почуттях: смуток, злість, провина, тривога, страх, сором, полегшення, безнадійність, безпорадності, заздрості.
2. Когнітивна. Зміни у звичному шаблоні мислення можуть включати появу постійних думок про померлого, певні obsesії, у центрі яких лежить прив'язаність та любов до людини, яку було втрачено. Через неможливість втілити це у реальність, виникає апатія, дезорієнтація, розгубленість, що поширюються на усі акти мислення. Константні роздумування про обставини смерті, відчуття присутності померлого, намагання віднайти сенс у втраті, що відбулась.
3. Фізична. Соматичні симптоми можуть включати головні болі, м'язові спазми, болі по всьому тілу, а найбільше – у грудях та животі, надмірна втома, нудота, зміни у менструальному циклі, надлишкове відчуття напруги, проблеми з апетитом та сном, також можлива непереносимість шуму і навіть світла. Окремі дослідження також демонструють підвищення рівня гормону стресу кортизолу у організмі індивідів, що проходять процес горювання порівняно з тими, які на даний період часу не перебувають у активному переживанні втрати. Спостерігається також зниження активності.

4. Поведінкова. Постійний або дуже частий плач, болісні стогони, хвилювання, пов'язані зі станом здоров'я, які можуть спонукати до частих відвідувань лікаря абощо. Можлива соціальна ізолюваність чи замкнутість, зловживання алкогольними або наркотичними речовинами, намагання підтримувати зв'язок з померлим – часті відвідування кладовища, місць, що тісно пов'язані з фігурою близької людини, яку було втрачено.
5. Екзистенційна. Настільки інтенсивне переживання, як втрата любимої людини, може стати певним тригером до початку пошуків активного сенсу життя або смерті, переосмислення духовних вірувань та цінностей, що в результаті часто завершуються глибинними змінами основ цих вірувань та концептів.

Горе – це досить динамічний, постійно змінюваний процес, тому сильні, стійкі реакції на його переживання можуть з'являтися після відносно спокійного реагування на втрату, і навпаки. Це може відбуватись навіть за дуже короткі проміжки часу і вважається частиною нормального горювання (Love, 2007).

У більшості випадків адаптацією до факту втрати вважається перехід від стану гострого горя до інтегрованого. Загалом, знову ж таки, немає якихось чітких часових рамок, проте більшість дослідників дають наступне означення: при нормальному, здоровому процесі горювання, перехід від гострого до інтегрованого горя має відбутись протягом 6-12 місяців. Коли переживання гострого горя змінюється інтегрованим, зазвичай індивід уже повністю визнає втрату та інтегрує цей факт у своє життя (яке, звичайно, уже не таке, яким було до смерті близької людини і ніколи таким не стане). Відбувається оновлення робочої моделі, адаптація до того, що світ і життя в цілому, так і життя конкретного горюючого індивіда докорінно змінилось, навіть,

можна сказати, розділилось на “до” та “після”, перевизначення життєвих цілей, планів, стремлінь, в яких більше не існує померлого. Інтегруються як негативні, так і позитивні почуття. При інтегрованому горі інтенсивність та стійкість почуттів туги, смутку, болю та самотності істотно зменшуються, також можуть проявлятися менш часто, проте у більшості випадків не зникають зовсім. Згодом почуття, сполучені з втратою, виникають та загострюються лише під час певних визначних дат, напряду пов’язаних з померлим. Відновлюється можливість відчувати радість та задоволення, повертається і інтерес до діяльності чи інших людей. Життя у буквальному сенсі продовжується, і індивід повністю визнає, що це так, навіть якщо близької йому людини більше немає в живих. Він приймає це і рухається далі (Bui, 2017).

Зазвичай інтегроване горе стає постійним, присутнім протягом усього подальшого життя індивіда, що пережив вагому, значну втрату. Воно, на відміну від гострого періоду, більше не домінує над ментальним станом людини, але при цьому сум, туга і біль від втрати не зникає назавжди, і це те, що люди продовжують нести з собою у подальше життя, це те, що також значною мірою впливає на подальший розвиток особистості, навіть визначає основні вектори цього розвитку.

Якщо відбулись певні “збої” у нормальному процесі горювання, перехід від стану гострого горя до стану інтегрованого стає заблокованим, тоді виникає інший вид горя, відомий як патологічне, ускладнене або пролонговане горювання (Shear, Skritskaya. 2012).

Термін “ускладнене (патологічне) горювання” є досить загальним та включає в себе будь-які прояви переживань горювання, що виходять за рамки визначеної норми, нехай ця норма і є дуже не стійкою та коливається залежно від конкретних обставин життя того чи іншого індивіда (Love, 2007).

Існує декілька окремих розладів, відомих як “prolonged grief disorder (PGD)”, “complicated grief (CG)”, “traumatic grief (TG)” і “persistent complex bereavement disorder (PCBD)” (APA, 2013), які, загалом, описують один і той же феномен, узагальнено – прояви патологічної реакції на втрату (Bui, 2017).

Коли інтенсивність та частота відчуття горя не зменшуються протягом прийняттого періоду часу, або це переживання стає надто екстремальним для індивіда, процес перестає бути адаптивним (Ray & Prigerson 2006). Згідно з деякими джерелами, частка людей, що зіштовхуються з ускладненим процесом горювання, складає від 5 до 20% (Monk, Houck & Shear 2006, Stroebe et al. 2001, Zisook 2000, Prigerson, Maciejewski & Newsom 1995).

Процес горювання може ускладнюватись з огляду на багато різних причин, зокрема це наявність певних психіатричних діагнозів (наприклад, депресивні чи тривожні розлади), складнощі з регуляцією емоцій, негативні і умовно шкідливі когніції (постійні роздумування про померлого та його смерть, контрфактичне мислення), дезадаптивна поведінка (для прикладу, уникання зустрічі з реальністю), безліч зовнішніх факторів (недостатня соціальна підтримка, тяжке фінансове становище і т.д.) (Bui 2017, Love 2013).

Дослідниками було виділено та систематизовано так звані фактори ризику розвитку ускладненого горювання. Ці фактори умовно розділені на три основні групи:

1. Чинники, що у своїй появі передують смерті:
  - 1.1. Наявність проблем з ментальним здоров'ям або надто мала кількість адекватних захисних механізмів.
  - 1.2. Діти і дорослі, молоде подружжя або літні люди, що перебували у тривалих стосунках.
  - 1.3. Брак знань та інформації про смерть.

- 1.4. Наявність попереднього травматичного досвіду чи втрати, велика кількість стресових факторів.
- 1.5. Складна та конфліктна природа стосунків індивіда з померлим.
2. Чинники, що мали місце бути в момент втрати:
  - 2.1. Втрата відбулась в результаті насилля, аварії чи нещасного випадку (наприклад вбивство, самогубство).
  - 2.2. Ніхто з людей поряд не зміг запропонувати потрібної підтримки чи допомогти або поряд нікого не було.
  - 2.3. Якщо близька людина померла внаслідок спадкової хвороби та/або страждала від неї якийсь час перед смертю.
  - 2.4. Причина смерті пов'язана із стигматизацією абощо (наприклад, СНІД).
3. Чинники, що з'явилися після втрати:
  - 3.1. Неадекватна підтримка, фізична чи емоційна турбота оточуючих.
  - 3.2. Велика кількість травматичних нагадувань (наприклад, ювілеї, спільні свята і інші значущі події).
  - 3.3. Другорядні стресові фактори, які серйозно впливають на функціонування індивіда, що перебуває в стадії гострого горя.
  - 3.4. Подальші тяжкі втрати чи травми (Love 2013, Aranda and Milne 2000).

Більш конкретні прояви патологічного горювання будуть детальніше розглянуті у наступному розділі.

### **1.3. Психічні розлади, тісно пов'язані з патологіями при переживанні горя**

Розлад, що відомий як пролонговане горювання, визначається як поєднання дистресу від сепарації з померлим з когнітивними, емоційними і поведінковими симптомами, що розвинулись після втрати когось значимого. Для того, щоб у спеціалістів була можливість діагностувати даний розлад, симптоми повинні проявлятися щонайменше шість місяців, а також спричиняти помітне погіршення в функціонуванні індивіда як на особистісному рівні, так і у соціумі, професійній чи інших важливих сферах (Hall, 2014).

Значущим є наступний факт: на даний час пролонгована реакція втрати не була включена до DSM-5 як окремий розлад, хоча і велись затяжні дискусії з цього приводу. Проте, інший розлад, відомий як “persistent complex bereavement disorder (PCBD)” був доданий до секції “Other Specified Trauma- and Stress Related Disorders” з додатковою приміткою – “Conditions for Further Study”. Проте дані феномени все ж заслуговують бути розглянутими та оціненими більш детально (Bui, 2017).

Важливо зазначити також про те, що ускладненим горюванням вважають не лише горювання, яке затягнулось на надто довгий період часу, але і те, яке належним чином не розпочалось і не було прожите індивідом, також відоме як відкладене. Знову ж таки, є дуже багато індивідуальних та унікальних нюансів, які потребують розгляду та бути врахованими, проте такий вид ускладненого горювання також має місце бути, хоч і є зовсім полярним. Більше того, відкладене горювання часто має більшу інтенсивність та несе за собою умовно більш негативні наслідки, ніж нормальне, “вчасне” відчуття горя (Love, 2007).

Якщо говорити про затяжне горювання, то його симптоми включають перманентну глибоку тугу та постійну зацикленість на фігурі померлого чи обставинах його смерті, обов'язковою є і присутність інтенсивного емоційного болю, амбівалентних почуття провини та заперечення того, що сталося. Спостерігається

також відокремлення від соціуму та труднощі у побудові чи підтримці соціальних зв'язків з іншими людьми (O'Dwyer, 2020). Це усе симптоми, що присутні при стадії гострого горя, проте ключова різниця у тому, що про наявність ускладненого горювання можна говорити тоді, коли зі смерті близької людини пройшло 12 місяців. Загалом на “нормальне” горювання виділяється 6 перших місяців після втрати. Якщо ж стадія гострого горя продовжується на протязі ще 6 місяців, можна починати розглядати наявність певних патологій у процесі адаптації до реальності, в якій близької людини більше немає в живих.

DSM-5-TR виділяє наступні критерії для розладу ускладненої втрати:

1. З моменту смерті близької людини пройшло щонайменше 12 місяців.
2. Після втрати у індивіда розвивається стійка реакція горя, що характеризується одним або декількома з перелічених нижче симптомів, які були присутні більшість днів у клінічно значущій мірі (додатково, кожного дня на протязі останнього місяця):
  - 2.1. Сильна, нестерпна туга за померлою людиною.
  - 2.2. Відчуття безглуздості, спустошеності життя без померлої людини.
  - 2.3. Відчуття несправедливості, неможливості і нестерпності життя без померлого. Намагання якимось чином поєднатись з тим, кого було втрачено, місце має бути навіть суїцидальні думки чи відповідно спрямована поведінка.
  - 2.4. Зацикленість на думках чи спогадах про померлого, у тому числі на обставинах, що привели до смерті. Думки про те, як і чому це сталося, можлива провина за те, що ніяк не вдалось запобігти втраті.

3. Після смерті близької людини, індивід відчував щонайменше два з описаних нижче симптомів більшість днів у клінічно значущій мірі (ці симптоми були присутні кожного дня на протязі останнього місяця та прямо пов'язані зі смертю дорогої людини):
  - 3.1. Порушення самоідентифікації особистості (сюди відноситься, наприклад, відчуття, ніби частина себе померла разом із близькою людиною).
  - 3.2. Виражене почуття невіри у факт смерті чи неспроможність її прийняти.
  - 3.3. Надмірне уникання нагадувань про те, що людина померла або нагадувань про неї в цілому.
  - 3.4. Повторювані почуття гніву та гіркоти.
  - 3.5. Помітна важкість у спробах довіряти, піклуватись про інших людей. Можлива заздрість до тих, у кого є можливість все ще бути з дорогими людьми, кому не доводилось зіштовхнутись з такою втратою.
  - 3.6. Сильний емоційний біль високої інтенсивності.
  - 3.7. Часте відчуття болю чи інших симптомів, які були у померлого, можливі слухові чи зорові галюцинації (голос, образ померлого).
  - 3.8. Труднощі реінтеграції у стосунки з іншими людьми та будь-яку діяльність після смерті.
  - 3.9. Емоційне заціпеніння (відсутність або помітне зниження емоційного переживання).
  - 3.10. Відчуття безглуздості життя, втрати сенсу.
  - 3.11. Сильна, загострена самотність.

4. Переживання горя викликає клінічно значущий дистрес та значні порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування індивіда.
5. Тривалість і тяжкість реакції втрати життя явно перевищує очікувані соціальні, культурні чи релігійні норми для індивідуальної культури та особистого контексту.
6. Описані симптоми не пояснюються більш оптимально іншими психічними розладами (великий депресивний розлад, посттравматичний стресовий розлад і т.д.), іншими медичними станами чи фізіологічним впливом будь-якої речовини (наприклад, ліки, алкоголь, наркотичні речовини).

(APA, 2020).

Загалом прояви патологічного горювання включають в себе: інтенсивна, стійка, іноді навіть перманентна туга за померлою людиною, часті, іноді навіть нав'язливі чи obsesivні думки або образи померлого. Індивід, що горює, майже завжди відчуває сильну самотність, порожнечу і спустошеність свого життя без померлого, відсутність мети, сенсу, цілей та бачення майбутнього без цієї людини. Ускладнення у протіканні процесу горювання також призводять до дисфункції думок, дезадаптивної поведінки та порушення регуляції емоцій. З'являються тривожні думки про обставини чи наслідки смерті, що можуть носити нав'язливий характер, постійні почуття шоку, невіри чи гніву з приводу смерті, відчуження від інших людей, значущі зміни в поведінці, зосередженість на надмірному уникненні нагадувань втрати чи навпаки, пошук надмірної близькості (або наявності обидвох абмівалентних сутностей), намагання відчути себе якнайближче до померлого, іноді зосередженість на бажання померти або суїцидальній поведінці. Має місце бути і значне почуття провини, постійні фантазії

про те, як і що можна було б зробити для того, аби уникнути смерті близької людини, обсесії стосовно того, що було зроблено і чого зроблено не було (Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer, Duan, Keshaviah, 2011).

Ускладнене горювання асоціюється не лише з порушеннями у соціальній чи професійній сфері, а також включає в себе значні порушення сну, повсякденної діяльності, поява суїцидального мислення і, як наслідок, суїцидальної поведінки, можливе збільшення споживання тютюнових виробів, алкоголю чи наркотичних речовин, погіршення стосунків з іншими людьми, намагання ізолюватись. Ускладнене горювання також може мати вплив на перебіг інших хвороб (наприклад, серцево-судинних розладів чи проблем з шлунково-кишечним трактом тощо) (Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer, Duan, Keshaviah, 2011).

Окрім дезадаптивного набору реакцій на тяжку втрату, описаного у попередньому підрозділі, у відповідь на серйозний подразник у вигляді втрати близької людини можуть розвинутиись або загостритись і інші психічні розлади. Через схожі характеристики розладів ускладненої втрати, депресивних, тривожних, посттравматичних і постстресових розладів буває дуже складно поставити психіатричний діагноз індивіду. Тим не менш, депресивність і тривожність є складовими як періоду переживання гострого горя у нормі, так і ускладненої реакції на втрату. Патологічною реакцією психіки на тяжку втрату не завжди є розлади, що прямо пов'язані з ускладненим переживанням горя, це можуть також бути більш загальні розлади, тригером до розвитку яких послужила втрата любимої людини, як досить сильний стресовий та травматичний фактор (Bui, 2017).

Лонгітюдні дослідження (Shear et al, 2011), що вивчали зв'язок між ускладненим горюванням і симптомами депресії, які проявились після втрати, виявили цікаву закономірність: ускладнене горювання передбачало депресію через 18 місяців

після втрати, тоді як початкова депресія не передбачала подальше ускладнене горювання. Інші дослідники (Lenferink, Nickerson, de Keijser, Smid, and Boelen, 2019) у своєму перехресному аналізі отримали схожі результати: ускладнене горювання скоріше провокує появу депресії, ніж навпаки (Eersel, Taris, Boelen, 2020).

Все ж реакції, наприклад, депресії та горя можна розрізнити за умови ретельної оцінки. Не дивлячись на те, що вони мають багато спільних характеристик, таких як почуття смутку, безсоння, порушення апетиту, виявляють важливі та досить значні відмінності. Наприклад, при переживанні ускладненого горя, почуття провини зазвичай обмежується подіями, що безпосередньо стосуються смерті близької людини, а думки про смерть пов'язані з бажанням возз'єднатися з померлим чи небажанням існувати у світі, де його немає. Депресія пов'язана з більш глобальним відчуттям нікчемності та думками про смерть із самогубством, які не обмежуються лише фігурою втраченої людини. Загалом, численні дослідження не показали значної різниці між великим депресивним розладом, що виникає незалежно від переживання смерті близької людини, і тим, який прямо пов'язаний з втратою (Love, 2007).

У дослідженнях, що стосувались досвіду переживання тяжкої втрати було виявлено, що ускладнене горювання дійсно асоціюється з високим рівнем коморбідних тривожних розладів (Marques et al., 2013; Simon et al., 2007). Наявні симптоми тривоги можуть підсилювати ризик розвитку ускладненого горювання після втрати, з огляду на схильність індивіда до дезадаптивних захисних механізмів (Eersel, Taris, Boelen 2020).

Симптоми тривоги є дуже поширеними реакціями у відповідь на втрату, вони можуть бути настільки сильними та неконтрольованими, що виникають генералізований тривожний розлад або панічний розлад (Jacobs & Prigerson 2000). Страх та відчутна тривога, що заважає нормальному функціонуванню індивіда, може стосуватися занепокоєння про майбутнє, нагадування про померлого можуть

спровокувати панічні атаки. Пережита травма втрати близької людини може постійно нагадувати про себе та переноситись на інших важливих людей чи істот, постійний страх втратити когось ще, занепокоєння здоров'ям близьких та, іноді, своїм, стають певними obsesіями для індивіда, що горює. Світ може здаватись небезпечним, жорстоким та страшним місцем, у якому відбуваються “погані” речі, які індивід не може контролювати. Такі нав'язливі думки та страхи часто провокують соціальну ізоляцію, яка, у свою чергу, породжує сепараційну тривогу (Meier, Carr, Curtier, Neimeyer 2013, Shear and Skritskaya 2012).

Якщо втрата близької людини була раптовою, непередбачуваною або наслідком травми, можуть виникнути ускладнення. Після такого досвіду люди часто відчувають себе пригніченими, не в змозі впоратися, нездатними усвідомити втрату, світ видається особливо хаотичним, можуть навіть виникнути симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або ж розладу гострої реакції на стрес (Shear, 2022).

Гостра реакція на стрес та посттравматичний стресовий розлад – реакції психіки, що виникають у відповідь на будь-яку травматичну подію, у даному випадку – на смерть близької людини. Симптоми гострої реакції на стрес часто включають в себе дисоціацію, повторне емоційне переживання втрати, зацикленість на подіях смерті або на фігурі померлого чи навпаки уникнення будь-яких нагадувань. Симптоми ПТСР виглядають наступним чином: повторне переживання подій смерті, повторні травмуючі фантазії або сни про стресову подію, дисоціативні реакції у вигляді флешбеків до подій, що спровокували втрату близької людини, інтенсивні або пролонговані реакції на будь-які нагадування про померлого чи факт смерті, почуття провини, пригнічений стан та неспроможність відчувати позитивні емоції, агресивна поведінка, проблеми з концентрацією і сном тощо (Bui, 2017).



## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНТЕНСИВНОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ

#### 2.1. Опис вибірки, структура та організація дослідження

У ході планування емпіричного дослідження було розроблено декілька етапів організації та власне проведення дослідження. Сутність дослідження полягала у відборі якомога більшої кількості респондентів, які мали втрату близької людини за останні 6 місяців. Метою було встановити актуальні особливості переживання втрати та тривожно-депресивної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання травми. Дослідження проводилось онлайн за допомогою онлайн-платформи анкетування. Респондентам надавалась вся інформація щодо етичних аспектів дослідження, а також бралась згода на участь та подальший аналіз результатів опитування. У ході опитування було відібрано 78 осіб, які зазнали втрату близької людини за останні 6 місяців.

**Розробка методології та інструментів дослідження** почалася з детального аналізу сучасної наукової літератури з метою визначення найбільш адекватних та валідних методів для оцінки депресивної та тривожної симптоматики, а також інтенсивності переживання втрати. На основі цього аналізу було обрано кілька психодіагностичних методик, які широко використовуються в сучасних дослідженнях психічного здоров'я і довели свою надійність та ефективність.

Основним інструментом для виявлення травматичних подій стала методика ІТQ (International Trauma Questionnaire), яка дозволяє виявити основні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного ПТСР (КПТСР). Ця методика включає в себе питання, що стосуються повторюваних та нав'язливих

спогадів, нічних кошмарів, уникання, негативних змін у мисленні та настрої, а також підвищеної реактивності, що робить її надзвичайно актуальною в контексті дослідження переживання втрати.

Для виявлення проявів депресії було обрано методику PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), яка складається з дев'яти пунктів, кожен з яких відповідає критеріям діагностики депресії згідно з DSM-IV. Ця методика дозволяє швидко та точно оцінити рівень депресивних симптомів, таких як знижений настрій, втрата інтересу до діяльності, проблеми зі сном, почуття вини та думки про самогубство.

Методика STAI (State-Trait Anxiety Inventory) була використана для виявлення тривожності. Вона включає дві окремих шкали для оцінки ситуативної (state) та особистісної (trait) тривожності, що дозволяє детально розглянути різні аспекти тривожних переживань у респондентів.

Для оцінки генералізованої тривоги було обрано методику GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder), яка є скринінговим інструментом, що дозволяє оцінити наявність і ступінь вираженості симптомів генералізованого тривожного розладу. Ця методика включає сім пунктів, які охоплюють основні симптоми тривоги, такі як надмірна тривожність, занепокоєння та труднощі з контролем тривожних думок.

Методика HGRC (Hogan Grief Reaction Checklist) була використана для виявлення проявів інтенсивності горювання. Ця методика дозволяє оцінити різні аспекти переживання втрати, включаючи емоційні, когнітивні, фізичні та поведінкові реакції на втрату близької людини.

Комбінація цих методик забезпечила комплексний підхід до дослідження, дозволивши отримати детальну картину впливу інтенсивності переживання втрати на розвиток депресивної та тривожної симптоматики.

**Вибір та рекрутування респондентів** були важливими етапами проведення емпіричного дослідження, оскільки від їх якості залежала надійність отриманих результатів. На основі аналізу сучасної наукової літератури було визначено, що для вивчення депресивної та тривожної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання втрати необхідно залучити респондентів, які мали досвід втрати близької людини за останні шість місяців. Такий підхід забезпечує релевантність отриманих даних та дозволяє врахувати найактуальніші переживання респондентів.

Рекрутування респондентів здійснювалося за допомогою соціальних мереж, що дозволило охопити широку аудиторію та забезпечити високу зручність участі для респондентів. Важливою умовою для залучення респондентів було надання їм детальної інформації щодо мети дослідження, процедур збору даних, а також етичних аспектів, що включали конфіденційність та анонімність їх відповідей. Респонденти мали можливість ознайомитися з усіма аспектами дослідження та надати інформовану згоду на участь.

Процес відбору респондентів був організований таким чином, щоб забезпечити максимальну різноманітність вибірки з точки зору віку, статі, соціально-економічного статусу та інших демографічних характеристик. Це дозволило уникнути упередженості результатів і забезпечити їх узагальненість. Використання інтернет-ресурсів для рекрутування респондентів також сприяло залученню осіб, які, можливо, не мали б змоги взяти участь у дослідженні іншим чином через географічні або інші обмеження.

Відбір респондентів проводився за допомогою попередньої розмови, яка включала питання щодо демографічних даних, а також питання, спрямовані на підтвердження наявності досвіду втрати близької людини в останні шість місяців. Це дозволило забезпечити цілеспрямований відбір учасників, які відповідали критеріям дослідження. Усі отримані дані були оброблені з дотриманням етичних норм та

стандартів конфіденційності, що забезпечило високий рівень довіри респондентів до дослідження та їх готовність співпрацювати.

**Проведення онлайн-опитування** є ключовим етапом процедури дослідження, що забезпечує збір даних від респондентів. Сучасна наукова література підкреслює переваги використання онлайн-методів опитування, зокрема високу доступність, ефективність та можливість охоплення широкої аудиторії. У цьому дослідженні онлайн-опитування було обрано як основний метод збору даних з метою мінімізації ретравматизації респондентів, які пережили втрату близької людини, забезпечуючи їм комфортні умови для участі.

Для проведення онлайн-опитування було використано платформу Google Forms, яка дозволяла створювати анкети та забезпечувати конфіденційність відповідей респондентів. Кожен учасник отримував індивідуальне посилання на анкету, що унеможливило доступ до опитування сторонніх осіб і гарантувало збереження анонімності. Перед початком опитування респонденти ознайомилися з детальною інформацією про мету дослідження, процедури збору даних та етичні аспекти, що забезпечувало їх інформовану згоду на участь.

Анкета включала кілька розділів, розроблених на основі обраних психодіагностичних методик, таких як ITQ, PHQ-9, STAI, GAD-7 та HGRC.

Процес онлайн-опитування був організований таким чином, щоб забезпечити максимальну зручність для респондентів. Вони мали можливість заповнювати анкету в зручний для них час і з будь-якого пристрою, що підтримує інтернет-з'єднання. Це дозволило зменшити потенційні бар'єри для участі та залучити ширшу аудиторію. Крім того, використання онлайн-платформи сприяло швидкому та ефективному збору даних, що є важливим фактором для своєчасного проведення аналізу та інтерпретації результатів.

Особлива увага приділялася забезпеченню етичних стандартів під час проведення опитування. Усі респонденти були проінформовані про добровільність участі та можливість припинити заповнення анкети у будь-який момент без жодних наслідків. Також гарантувалося повне дотримання конфіденційності отриманих даних, що сприяло створенню атмосфери довіри та сприяння відкритим відповідям респондентів.

**Етичні аспекти дослідження** відіграють важливу роль у проведенні наукових досліджень, особливо коли йдеться про вивчення психологічних станів, таких як депресивні та тривожні симптоми, пов'язані з інтенсивністю переживання втрати. Сучасна наукова література підкреслює важливість дотримання етичних принципів, які включають інформовану згоду, конфіденційність, а також запобігання можливому шкідливому впливу на респондентів. У цьому контексті, при розробці та проведенні дослідження були враховані всі відповідні етичні вимоги для забезпечення безпеки та благополуччя учасників.

Одним з ключових етичних аспектів було забезпечення інформованої згоди респондентів. Перед початком опитування кожен учасник отримував детальну інформацію про мету дослідження, процедури збору даних, можливі ризики та переваги участі, а також права респондентів, включаючи право відмовитися від участі на будь-якому етапі без будь-яких наслідків. Цей процес гарантував, що всі респонденти були повністю обізнані про дослідження і добровільно погоджувалися на участь.

Конфіденційність і анонімність даних також були критично важливими аспектами. Всі зібрані дані були оброблені таким чином, щоб забезпечити збереження конфіденційності особистої інформації респондентів. Використання індивідуальних посилань для заповнення онлайн-анкет забезпечувало, що лише дослідники мали

доступ до зібраних даних, які були зашифровані та зберігалися у захищеному середовищі. Це гарантувало, що ідентифікаційна інформація респондентів не могла бути розкрита стороннім особам.

Запобігання ретравматизації учасників було ще одним важливим етичним аспектом. Враховуючи, що респонденти пережили втрату близької людини, було важливо створити умови, які мінімізували б ризик повторного травмування. Проведення опитування в онлайн-форматі забезпечило учасникам комфортне середовище, де вони могли відповідати на питання у зручній для них час і місці, що сприяло зменшенню стресу. Крім того, запитання були сформульовані таким чином, щоб уникнути надмірно емоційно навантажених тем, що могло б погіршити психологічний стан респондентів.

Усі етичні аспекти дослідження відповідали міжнародним стандартам та керівним принципам, включаючи Декларацію Гельсінкі та етичні кодекси професійних асоціацій психологів. Це забезпечило високий рівень етичної відповідальності дослідження та сприяло побудові довірливих відносин з респондентами, що, у свою чергу, підвищило якість і достовірність отриманих даних.

**Аналіз та інтерпретація даних** є завершальним етапом процедури дослідження, що забезпечує отримання науково обґрунтованих висновків на основі зібраних емпіричних даних. Сучасна наукова література підкреслює важливість використання комплексних методів аналізу, що дозволяють детально оцінити взаємозв'язки між змінними та виявити ключові закономірності. У контексті даного дослідження, яке зосереджується на впливі інтенсивності переживання втрати на розвиток депресивної та тривожної симптоматики, було використано широкий спектр статистичних методів для обробки та інтерпретації отриманих даних.

На початковому етапі аналізу даних було проведено описову статистику, яка включала розрахунок середніх значень, медіан, стандартних відхилень та інших ключових показників для демографічних характеристик вибірки та основних змінних дослідження. Це дозволило отримати загальне уявлення про структуру вибірки та початковий розподіл досліджуваних показників.

Для глибшого розуміння взаємозв'язків між інтенсивністю переживання втрати та проявами депресивних і тривожних симптомів було використано кореляційний аналіз. Цей метод дозволив виявити ступінь та напрямок зв'язку між досліджуваними змінними, що є важливим для підтвердження гіпотез дослідження. Було застосовано коефіцієнт кореляції Спірмена, який є найбільш адекватним для аналізу даних, що не підпорядковуються нормальному розподілу.

Крім того, для порівняння груп респондентів з різними рівнями інтенсивності переживання втрати було використано методи порівняльного аналізу, зокрема тест Манна-Уїтні для двох незалежних вибірок та однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння трьох та більше груп. Ці методи дозволили виявити значущі відмінності в рівнях депресивних та тривожних симптомів між різними групами респондентів.

Для більш детальної інтерпретації даних було також застосовано регресійний аналіз, що дозволив оцінити вплив інтенсивності переживання втрати на депресивну та тривожну симптоматику з урахуванням інших можливих факторів, таких як вік, стать, соціально-економічний статус та інші демографічні характеристики. Це дозволило побудувати комплексну модель, яка враховує множинні змінні та їх взаємодію.

Результати аналізу даних були інтерпретовані з урахуванням контексту сучасних досліджень у галузі психології втрати та травми. Було проведено порівняння отриманих результатів з даними інших наукових досліджень, що дозволило оцінити

відповідність та новизну отриманих результатів. Інтерпретація даних також включала обговорення можливих механізмів впливу інтенсивності переживання втрати на психічне здоров'я, що є важливим для розробки практичних рекомендацій та подальших наукових досліджень.

Таблиця 2.1

### Розподіл вибірки за статтю

Змінна	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Вибірка	40	51,3%	38	48,7%	78	100%

Було досліджено розподіл вибірки за статтю для аналізу особливостей депресивної та тривожної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання втрати. Таблиця 2.1 ілюструє кількісні та відсоткові характеристики вибірки, розподіленої між чоловіками та жінками. Зокрема, загальна кількість респондентів становила 78 осіб, серед яких 40 були чоловіками, що складає 51,3% від усієї вибірки, та 38 жінок, що відповідає 48,7%.

Цей розподіл вибірки вказує на практично рівномірне представлення обох статей, що забезпечує достатню репрезентативність для подальшого аналізу статевих відмінностей у контексті досліджуваних симптомів. Враховуючи, що дослідження має на меті оцінити вплив інтенсивності переживання втрати на розвиток депресивних та тривожних розладів, такий розподіл дозволяє забезпечити баланс та уникнути упередженості результатів, які могли б виникнути при значній перевазі однієї статі над іншою.

Таблиця 2.2

### Вікова характеристика вибірки

<b>Змінні</b>	<b>Середнє</b>	<b>Медіана</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін.</b>	<b>Макс.</b>
Вік	31,56	31	7,74	19	44

Було досліджено вікову характеристику вибірки, що брала участь в аналізі особливостей депресивної та тривожної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання втрати. Таблиця 2.2 представляє дані про вік респондентів, включаючи середнє значення, медіану, стандартне відхилення, мінімальний та максимальний вік. Було встановлено, що середній вік учасників дослідження становив 31,56 року, що вказує на те, що основна маса вибірки складається з молодих дорослих. Медіана, яка дорівнює 31 року, підтверджує цю тенденцію, показуючи, що половина респондентів була віком до 31 року, а інша половина - старше.

Стандартне відхилення становило 7,74 років, що свідчить про відносно невелике розсіювання вікових даних навколо середнього значення, тобто більшість учасників мали вік близький до середнього. Мінімальний вік респондентів був 19 років, що вказує на те, що дослідження включало наймолодших повнолітніх, тоді як максимальний вік 44 роки свідчить про те, що вибірка не включала осіб старшого віку.

Отримані результати дослідження вікових та статевих характеристик вибірки дозволяють зробити важливі висновки щодо розподілу респондентів, які зазнали втрати близької людини. Рівномірний розподіл за статтю та переважно молодий вік учасників сприяють отриманню надійних та узагальнюваних результатів, що дозволяє глибше зрозуміти психічні наслідки втрати в умовах сучасного українського суспільства.

## 2.2. Психодіагностичний інструментарій

Для дослідження особливостей депресивної та тривожної симптоматики в залежності від інтенсивності переживання втрати важливо обрати відповідні психодіагностичні методики. Вони повинні забезпечувати точність, надійність та валідність отриманих даних. У даному дослідженні використано кілька методик, кожна з яких спрямована на оцінку певних аспектів психічного стану респондентів, що дозволяє комплексно підходити до вивчення впливу втрати на психічне здоров'я. Нижче наведено вибір та обґрунтування кожної з методик, використаних у цьому дослідженні.

*Методика ITQ (International Trauma Questionnaire)* була обрана для даного дослідження через її високу ефективність у виявленні травматичних подій та їх впливу на психічне здоров'я. ITQ є інструментом, розробленим для ідентифікації основних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та комплексного ПТСР (КПТСР). Враховуючи контекст військових дій в Україні, ITQ є особливо актуальним для дослідження, оскільки дозволяє всебічно оцінити вплив пережитих травм на емоційний і психічний стан респондентів.

ITQ включає питання, спрямовані на виявлення симптомів, пов'язаних з травматичними подіями, такими як повторювані та нав'язливі спогади, нічні кошмари, уникання, негативні зміни у мисленні та настрої, а також підвищена реактивність. Ці симптоми часто спостерігаються у людей, які пережили значні стресові події, що робить ITQ особливо корисним для дослідження впливу втрати близьких під час війни.

Шкали методики:

1. ПТСР (від 0 до 24)
2. Повторне переживання (від 0 до 8)

3. Уникнення (від 0 до 8)
4. Відчуття поточної загрози (від 0 до 8)
5. Функціональне порушення ПТСР (від 0 до 12)
6. Порушення самоорганізації (від 0 до 24)
7. Афективна дисрегуляція (від 0 до 8)
8. Негативне самооцінка (від 0 до 8)
9. Порушення у стосунках (від 0 до 8)
10. Порушення організації-Я (від 0 до 12)

Крім того, ІТQ дозволяє диференціювати між ПТСР і КПТСР, що є важливим для більш глибокого розуміння психічного стану респондентів. КПТСР включає додаткові симптоми, такі як проблеми з регуляцією емоцій, негативне ставлення до себе та труднощі у встановленні і підтримці міжособистісних стосунків, що можуть бути актуальними у контексті дослідження впливу інтенсивності переживання втрати.

Вибір ІТQ також обумовлений його високою валідністю та надійністю. Дослідження показали, що ІТQ є ефективним інструментом для виявлення травматичних симптомів у різних культурних контекстах, що дозволяє використовувати його для оцінки психічного здоров'я в умовах сучасної України. ІТQ було перекладено та адаптовано для використання в багатьох країнах, що свідчить про його універсальність та застосовність у різних умовах.

Використання ІТQ у даному дослідженні допоможе отримати детальну інформацію про вплив травматичних подій на респондентів, а також визначити наявність та ступінь вираженості симптомів ПТСР та КПТСР. Це дозволить не лише виявити зв'язок між інтенсивністю переживання втрати і розвитком психічних розладів, але й розробити ефективні рекомендації для психологічної підтримки та терапії постраждалих.

*Методика PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)* була обрана для дослідження через її високу валідність та надійність у виявленні симптомів депресії. PHQ-9 є скринінговим інструментом, що складається з дев'яти пунктів, кожен з яких відповідає критеріям діагностики депресії згідно з DSM-IV. Кожен пункт оцінює частоту симптомів депресії, таких як знижений настрій, втрата інтересу до діяльності, проблеми зі сном, почуття вини та думки про самогубство. Вибір PHQ-9 обґрунтований його ефективністю у клінічних та дослідницьких контекстах, що дозволяє швидко і точно визначити рівень депресивних симптомів у респондентів.

PHQ-9 є широко використовуваною методикою у психіатричних дослідженнях, завдяки її простоті та зручності застосування. Методика була адаптована та валідована в різних культурних і мовних контекстах, що робить її універсальним інструментом для оцінки депресії в різних популяціях. Це особливо важливо для дослідження депресивної симптоматики в умовах сучасної України, де війна створює унікальні стресові умови, що впливають на психічне здоров'я населення. Шкали методики:

1. Депресія (від 0 до 27)

PHQ-9 дозволяє не лише виявити наявність депресивних симптомів, але й оцінити їх тяжкість, що є критичним для розуміння впливу інтенсивності переживання втрати на психічний стан респондентів. Методика також корисна для моніторингу змін у симптомах депресії протягом часу, що дозволяє оцінити ефективність втручань та терапевтичних програм. Це робить PHQ-9 важливим інструментом для дослідження динаміки депресивної симптоматики та її зв'язку з переживанням втрати.

Наукові дослідження підтверджують високу чутливість та специфічність PHQ-9 у діагностиці депресії. Наприклад, дослідження Kroenke та співавторів (2001) показало, що PHQ-9 має високу кореляцію з клінічними діагнозами депресії, що підтверджує її діагностичну цінність. Крім того, методика виявилася ефективною у різних клінічних

популяціях, включаючи пацієнтів з хронічними захворюваннями, що свідчить про її універсальність та адаптивність.

Використання PHQ-9 у даному дослідженні допоможе всебічно оцінити депресивну симптоматику у респондентів, які пережили втрату близьких під час військових дій. Це дозволить виявити ключові симптоми депресії, оцінити їх інтенсивність та визначити зв'язок між інтенсивністю переживання втрати і розвитком депресивних розладів.

*Методика STAI (State-Trait Anxiety Inventory)* є однією з найпоширеніших та найбільш визнаних інструментів для оцінки тривожності. Ця методика була розроблена Чарльзом Спілбергером та його колегами і складається з двох шкал: одна для оцінки ситуативної тривожності (State Anxiety), інша – для оцінки тривожності як стійкої риси характеру (Trait Anxiety). Кожна з цих шкал містить по 20 питань, що дозволяє детально оцінити обидва аспекти тривожності.

Вибір STAI для даного дослідження обумовлений її високою валідністю та надійністю, а також здатністю розрізняти між тимчасовою, ситуативною тривожністю, яка виникає у відповідь на певні стресові події, та стійкою тривожністю, яка є хронічною і менше залежить від конкретних обставин. Це особливо важливо в контексті дослідження впливу інтенсивності переживання втрати на психічне здоров'я, оскільки дозволяє зрозуміти, як різні типи тривожності пов'язані з цим процесом.

Шкали методики:

1. Ситуативна тривожність (від 20 до 60)
2. Особистісна тривожність (від 20 до 60)

Методика STAI була адаптована та валідована у багатьох країнах і культурах, що свідчить про її універсальність та застосовність у різних умовах. У контексті дослідження, проведеного в Україні, де респонденти переживають значні стресові події

через війну, STAI дозволяє отримати точні дані про рівень тривожності, яка може виникати як безпосередня реакція на втрату близьких, так і як довготривала емоційна характеристика.

Наукові дослідження підтверджують ефективність STAI у виявленні різних аспектів тривожності. Наприклад, дослідження Spielberger та співавторів (1983) показали, що STAI є надійним інструментом для оцінки тривожності у різних клінічних та неклінічних популяціях. Крім того, методика виявилася ефективною для моніторингу змін у рівні тривожності під впливом терапевтичних втручань, що робить її цінним інструментом не лише для діагностики, але й для оцінки ефективності лікування.

STAI також корисна для вивчення кореляції між тривожністю та іншими психічними розладами, такими як депресія. Дослідження показують, що часто існує значний взаємозв'язок між високим рівнем тривожності та депресивними симптомами, що підкреслює важливість комплексної оцінки психічного здоров'я. У контексті дослідження впливу інтенсивності переживання втрати на розвиток тривожності, STAI дозволяє отримати детальну картину того, як різні форми тривожності проявляються у респондентів та як вони взаємодіють з іншими симптомами психічного розладу.

Використання методики STAI у даному дослідженні дозволить не лише виявити рівень тривожності у респондентів, але й зрозуміти, як цей рівень змінюється залежно від інтенсивності переживання втрати. Це допоможе виявити специфічні потреби респондентів у психологічній підтримці та розробити ефективні інтервенції для зниження рівня тривожності та покращення загального психічного здоров'я.

**Методика GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)** була обрана для дослідження через її високу ефективність та валідність у виявленні симптомів генералізованого тривожного розладу. GAD-7 складається з семи пунктів, кожен з яких оцінює частоту

симптомів тривоги за останні два тижні, таких як надмірне занепокоєння, труднощі з контролем тривоги, дратівливість, м'язова напруга, труднощі з концентрацією, порушення сну та фізичні симптоми.

Ця методика була розроблена Spitzer та співавторами (2006) як інструмент для швидкого скринінгу та оцінки тяжкості генералізованого тривожного розладу. Її простота та зручність у застосуванні дозволяють використовувати GAD-7 як у клінічних, так і в дослідницьких контекстах. Важливою перевагою GAD-7 є її висока чутливість та специфічність, що забезпечує точність діагностики тривожних розладів. Це особливо актуально для дослідження психічного здоров'я населення в умовах військових дій в Україні, де високий рівень стресу може сприяти розвитку генералізованої тривоги. Шкали методики:

#### 1. Тривога (від 0 до 21)

Наукові дослідження підтверджують ефективність GAD-7 у різних культурних і мовних контекстах. Наприклад, Löwe та співавтори (2008) виявили, що GAD-7 має високу кореляцію з іншими інструментами для оцінки тривожних розладів, такими як Beck Anxiety Inventory (BAI) та Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Це свідчить про високу конвергентну валідність GAD-7. Крім того, методика дозволяє не лише виявити наявність симптомів тривоги, але й оцінити їх тяжкість, що є важливим для розробки індивідуалізованих підходів до лікування та підтримки пацієнтів.

GAD-7 також є корисним інструментом для моніторингу змін у симптомах тривоги протягом часу. Це дозволяє оцінити ефективність терапевтичних втручань та адаптувати лікувальні програми відповідно до потреб пацієнтів. У контексті дослідження впливу інтенсивності переживання втрати на розвиток тривожних розладів, GAD-7 дозволяє отримати точні дані про рівень тривоги у респондентів, що є критичним для комплексного розуміння їх психічного стану.

Дослідження, проведені серед пацієнтів з різними хронічними захворюваннями, такими як діабет та серцево-судинні захворювання, показали, що GAD-7 є ефективним інструментом для виявлення коморбідної тривоги. Це підкреслює її універсальність та застосовність у різних медичних контекстах. Вибір GAD-7 для даного дослідження обґрунтований необхідністю детальної оцінки тривожної симптоматики у респондентів, які пережили втрату близьких під час військових дій, що дозволить розробити більш точні та ефективні програми психологічної підтримки.

**Методика HGRC (Hogan Grief Reaction Checklist)** є важливим інструментом для оцінки інтенсивності горювання та пов'язаних з ним емоційних реакцій. Розроблена Hogan та співробітниками, ця методика спрямована на вивчення широкого спектру симптомів горя, включаючи емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні аспекти. HGRC складається з кількох шкал, які оцінюють такі компоненти горювання, як особистісні зміни, соціальна ізоляція, інтенсивність горя та проблеми з адаптацією.

Вибір HGRC для даного дослідження обґрунтований її здатністю всебічно оцінювати процес горювання та виявляти його вплив на психічне здоров'я. Ця методика дозволяє детально зрозуміти, як інтенсивність переживання втрати впливає на розвиток депресивних та тривожних симптомів, що є ключовим аспектом дослідження. Використання HGRC є особливо актуальним у контексті військових дій в Україні, де люди стикаються з великими втратами та значним емоційним стресом.

Шкали методики:

1. Розпач (від 0 до 13)
2. Панічна поведінка (від 0 до 14)
3. Особистісне зростання (від 0 до 12)
4. Провина і гнів (від 0 до 7)
5. Відстороненість (від 0 до 8)

6. Дезорганізація (від 0 до 7)

7. Інтенсивність переживання втрати (від 0 до 61)

Наукові дослідження підтверджують високу валідність та надійність HGRC у різних культурних контекстах. Наприклад, дослідження Hogan, Greenfield та Schmidt (2001) показало, що HGRC ефективно виявляє різні аспекти горювання та дозволяє оцінити їх вплив на загальний психічний стан. Методика також є корисною для виявлення складного горювання, яке може вимагати спеціалізованого терапевтичного втручання.

HGRC має високу чутливість до змін у симптомах горя протягом часу, що дозволяє використовувати її для моніторингу ефективності психологічної підтримки та терапевтичних програм. Це особливо важливо для оцінки довгострокових наслідків втрати та розробки стратегій допомоги, які можуть поліпшити психічне здоров'я постраждалих. Крім того, HGRC дозволяє виявити індивідуальні відмінності в переживанні горя, що є важливим для розробки персоналізованих підходів до терапії.

Використання HGRC у даному дослідженні дозволить детально оцінити інтенсивність горювання у респондентів, які пережили втрату близьких під час військових дій. Це допоможе виявити специфічні емоційні та когнітивні симптоми, пов'язані з горем, та зрозуміти, як ці симптоми впливають на розвиток депресивних та тривожних розладів. Таким чином, HGRC є ключовим інструментом для комплексного дослідження психічного здоров'я та розробки ефективних програм підтримки для людей, які пережили втрату в умовах війни.

Методика HGRC також дозволяє виявити фактори, які можуть сприяти більш інтенсивному переживанню горя, такі як відсутність соціальної підтримки, індивідуальні особливості особистості та попередній досвід травматичних подій. Це дозволить розробити більш цілісні та ефективні інтервенції, спрямовані на зменшення

негативного впливу втрати на психічне здоров'я та покращення загального благополуччя постраждалих.

### **2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження**

Було досліджено результати методики ITQ (International Trauma Questionnaire), що оцінює різні аспекти посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та порушень самоорганізації. Середнє значення для ПТСР становило 12,38 при медіані 12, що вказує на значний рівень посттравматичних симптомів серед респондентів. Стандартне відхилення 7,32 свідчить про високу варіативність у вираженості симптомів серед досліджуваних, з мінімальним значенням 0 і максимальним 24.

Було встановлено, що середній показник повторного переживання травматичних подій становив 4,19, при медіані 4 та стандартному відхиленні 2,65. Це вказує на те, що повторне переживання є розповсюдженим симптомом серед учасників, хоча і з певною мірою варіативності. Показник уникнення склав у середньому 4,08 з медіаною 4 і стандартним відхиленням 2,78, що також підкреслює частоту уникання як стратегії копінгу.

Відчуття поточної загрози серед учасників було досить високим, із середнім значенням 4,35 і медіаною 4,5, при стандартному відхиленні 2,72. Це свідчить про те, що багато респондентів відчувають постійну загрозу своєму життю та безпеці. Функціональне порушення ПТСР мало середнє значення 6,14 при медіані 6 та стандартному відхиленні 3,99, що вказує на значний вплив ПТСР на повсякденне функціонування.

Порушення самоорганізації також виявились значними, зі середнім значенням 12,49 та медіаною 12 при стандартному відхиленні 6,93. Це свідчить про значні труднощі в підтримці внутрішньої організації та адаптації. Афективна дисрегуляція

мала середнє значення 3,86 з медіаною 4 та стандартним відхиленням 2,55, що підкреслює труднощі в емоційній регуляції серед респондентів.

Негативна самооцінка була також значною, із середнім показником 4,04 та медіаною 4 при стандартному відхиленні 2,47. Це вказує на поширеність негативних уявлень про себе серед учасників. Порушення у стосунках мали середнє значення 4,10 з медіаною 4 та стандартним відхиленням 2,48, що підкреслює труднощі у міжособистісних взаєминах. Нарешті, порушення організації-Я, із середнім показником 6,41 та медіаною 6,5 при стандартному відхиленні 4,05, вказують на значні проблеми в особистісній структурі.

Таблиця 2.3

**Результати методики «ITQ (International Trauma Questionnaire)»**

<b>Змінні</b>	<b>Середнє</b>	<b>Медіана</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін.</b>	<b>Макс.</b>
ПТСР	12,38	12	7,32	0	24
Повторне переживання	4,19	4	2,65	0	8
Уникнення	4,08	4	2,78	0	8
Відчуття поточної загрози	4,35	4,5	2,72	0	8
Функціональне порушення ПТСР	6,14	6	3,99	0	12
Порушення самоорганізації	12,49	12	6,93	0	24
Афективна дисрегуляція	3,86	4	2,55	0	8
Негативне самооцінка	4,04	4	2,47	0	8
Порушення у стосунках	4,10	4	2,48	0	8
Порушення організації-Я	6,41	6,5	4,05	0	12

Було досліджено результати методики PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), яка використовується для оцінки рівня депресії серед респондентів. Середнє значення для змінної “депресія” склало 14,26, що свідчить про досить високий середній рівень депресивних симптомів у вибірці. Медіанне значення 15 вказує на те, що більше половини учасників мають депресивні симптоми на рівні вище середнього. Важливим є також стандартне відхилення, яке дорівнює 8,45, що демонструє значну варіативність у вираженості депресивних симптомів серед досліджуваних.

Мінімальне значення для депресії становило 0, що вказує на відсутність депресивних симптомів у деяких респондентів, тоді як максимальне значення 27 свідчить про наявність важкої депресії у деяких учасників. Така широка амплітуда значень підкреслює різноманітність рівнів депресії в досліджуваній популяції.

Було встановлено, що значна кількість учасників демонструє високий рівень депресивних симптомів, що може бути обумовлено різними факторами, такими як інтенсивність переживання втрат, посттравматичні стресові розлади або інші психосоціальні фактори. Високе середнє значення у поєднанні з великою варіативністю вказує на те, що депресія є значущою проблемою для респондентів і вимагає ретельного аналізу та інтерпретації.

Аналіз цих результатів свідчить про необхідність глибшого дослідження факторів, що впливають на рівень депресії, а також розробки та впровадження ефективних інтервенцій для зниження депресивних симптомів серед постраждалих. Значення медіани, яке майже збігається зі середнім, додатково підтверджує, що більшість респондентів відчують депресивні симптоми на рівні середнього або вище середнього. Високе стандартне відхилення вказує на наявність значної частки респондентів з дуже високими або дуже низькими рівнями депресії, що підкреслює важливість індивідуального підходу до кожного випадку.

**Результати методики «PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)»**

<b>Змінні</b>	<b>Середнє</b>	<b>Медіана</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін.</b>	<b>Макс.</b>
Депресія	14,26	15	8,45	0	27

Було досліджено результати методики STAI (State-Trait Anxiety Inventory), яка оцінює рівень ситуативної та особистісної тривожності серед респондентів. Середнє значення для ситуативної тривожності склало 38,1, що свідчить про досить високий рівень тривожності, яку учасники відчують у конкретних ситуаціях. Медіанне значення 37, зокрема, вказує на те, що більшість респондентів мають схожі рівні ситуативної тривожності, близькі до середнього значення. Високе стандартне відхилення 11,56 свідчить про значну варіативність у рівнях ситуативної тривожності серед учасників, з мінімальним значенням 20 та максимальним 59, що підкреслює різноманітність реакцій на стресові ситуації.

Було встановлено, що середнє значення для особистісної тривожності становило 37,4, що також свідчить про значний рівень тривожності, яка є стабільною характеристикою особистості. Медіанне значення 37 вказує на те, що більшість респондентів демонструють рівень особистісної тривожності, близький до середнього. Стандартне відхилення для особистісної тривожності склало 11,44, що свідчить про значну варіативність у вираженості цього типу тривожності, з мінімальним значенням 20 та максимальним 58. Це вказує на те, що у деяких респондентів рівень особистісної тривожності є дуже високим, тоді як у інших він залишається на відносно низькому рівні.

Аналіз цих результатів демонструє, що як ситуативна, так і особистісна тривожність є значущими проблемами серед учасників дослідження. Високий рівень ситуативної тривожності вказує на те, що багато респондентів відчувають значний стрес у конкретних ситуаціях, що може впливати на їх здатність адаптуватися до нових умов або справлятися з поточними викликами. Водночас, високий рівень особистісної тривожності свідчить про те, що тривожність є постійною характеристикою особистості, що може впливати на загальне психічне здоров'я та якість життя.

Було встановлено, що такі високі рівні тривожності можуть бути обумовлені різними факторами, включаючи інтенсивність переживання втрат, посттравматичний стрес, а також інші психосоціальні фактори. Високий рівень варіативності у значеннях тривожності підкреслює необхідність індивідуального підходу до оцінки та терапії тривожних розладів.

Таблиця 2.5

**Результати методики «STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)»**

<b>Змінні</b>	<b>Середнє</b>	<b>Медіана</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін.</b>	<b>Макс.</b>
Ситуативна тривожність	38,1	37	11,56	20	59
Особистісна тривожність	37,4	37	11,44	20	58

Було досліджено результати методики GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*), яка використовується для оцінки рівня генералізованої тривоги серед респондентів.

Середнє значення для змінної “тривога” склало 11,26, що вказує на наявність значного рівня тривожних симптомів у вибірці. Медіанне значення 13 свідчить про те, що більше половини учасників мають рівень тривоги вище середнього, що підкреслює поширеність цього стану серед досліджуваних.

Стандартне відхилення, яке дорівнює 5,90, вказує на значну варіативність у вираженості тривожних симптомів серед респондентів. Мінімальне значення 0 свідчить про те, що деякі учасники не виявляли жодних симптомів тривоги, тоді як максимальне значення 20 вказує на наявність важкої тривоги у певної частини респондентів. Це свідчить про те, що в популяції, що досліджувалась, є значна кількість людей з дуже різними рівнями тривожних симптомів, від їх повної відсутності до високих показників тривоги.

Було встановлено, що високий рівень тривоги серед учасників дослідження може бути пов'язаний з різними факторами, такими як інтенсивність переживання втрат, посттравматичний стресовий розлад, а також інші психосоціальні фактори. Високе середнє значення у поєднанні з великою варіативністю показників підкреслює, що тривога є значущою проблемою для багатьох респондентів, яка потребує ретельного аналізу та інтерпретації.

Аналіз отриманих результатів демонструє, що генералізована тривога є поширеним станом серед учасників дослідження, з високою варіативністю у вираженості симптомів. Це вказує на те, що генералізована тривога може суттєво впливати на якість життя респондентів, викликаючи різні психосоматичні симптоми та ускладнюючи їх адаптацію до повсякденних умов. Високе стандартне відхилення також вказує на необхідність індивідуального підходу до кожного випадку тривоги, оскільки симптоми можуть значно відрізнятися за інтенсивністю та впливом на життя людини.

**Результати методики «GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*)»**

<b>Змінні</b>	<b>Середнє</b>	<b>Медіана</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін.</b>	<b>Макс.</b>
Тривога	11,26	13	5,90	0	20

Було досліджено результати методики HGRC (Hogan Grief Reaction Checklist), яка оцінює різні аспекти реакцій на горе та інтенсивність переживання втрати серед респондентів. Середнє значення для змінної “розпач” склало 6,68 при медіані 7 і стандартному відхиленні 3,99. Це вказує на значний рівень розпачу серед респондентів, що відображає їхній глибокий емоційний біль. Мінімальне значення 0 та максимальне 12 свідчать про значну варіативність у вираженості цього почуття.

Було встановлено, що середній показник панічної поведінки становив 6,88, медіана 7, а стандартне відхилення 3,93, що вказує на те, що респонденти часто відчують панічні реакції у відповідь на втрату. Широка амплітуда значень, від 0 до 13, підкреслює різноманітність у ступені прояву цих реакцій серед досліджуваних.

Особистісне зростання виявилось менш вираженим порівняно з іншими показниками, зі середнім значенням 5,85, медіаною 6 та стандартним відхиленням 3,27. Це свідчить про те, що не всі респонденти змогли знайти в собі сили для особистісного розвитку в умовах втрати, хоча деякі все ж таки демонструють позитивні зміни. Мінімальне значення 0 і максимальне 11 також свідчать про значну варіативність у цій категорії.

Показники провини і гніву склали в середньому 3,49, з медіаною 4 та стандартним відхиленням 1,82, що вказує на середній рівень цих емоцій серед респондентів. Відстороненість, з середнім значенням 3,42, медіаною 4 та стандартним

відхиленням 2,20, свідчить про те, що деякі респонденти відчувають потребу дистанціюватися від оточуючих як спосіб справитися з втратою.

Дезорганізація, яка оцінювалася середнім значенням 3,47, медіаною 4 та стандартним відхиленням 1,84, вказує на те, що багато респондентів відчувають значну втрату структури і порядку у своєму житті через втрату. Високе значення інтенсивності переживання втрати, яке в середньому становило 30,32 з медіаною 30 та стандартним відхиленням 17,32, підкреслює, що більшість респондентів переживають втрату дуже інтенсивно. Мінімальне значення 15 і максимальне 61 вказують на широкий діапазон реакцій на втрату.

Аналіз цих результатів демонструє, що респонденти відчувають широкий спектр емоційних реакцій на втрату, включаючи розпач, панічну поведінку, провину і гнів, відстороненість та дезорганізацію. Водночас, особистісне зростання виявилось менш вираженим, що свідчить про те, що не всі змогли знайти в собі сили для позитивних змін. Таблиця 2.7

#### Результати методики «HGRC (Hogan Grief Reaction Checklist)»

Змінні	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення	Мін.	Макс.
Розпач	6,68	7	3,99	0	12
Панічна поведінка	6,88	7	3,93	0	13
Особистісне зростання	5,85	6	3,27	0	11
Провина і гнів	3,49	4	1,82	0	6
Відстороненість	3,42	4	2,20	0	7
Дезорганізація	3,47	4	1,84	0	6
Інтенсивність переживання втрати	30,32	30	17,32	15	61

Було досліджено розподіл вибірки за рівнем інтенсивності переживання втрат, що дозволило визначити, наскільки різноманітні були реакції респондентів на втрату. За результатами, низький рівень інтенсивності переживання втрат було зафіксовано у 24 респондентів, що складає 30,8% від загальної кількості учасників дослідження. Це свідчить про те, що майже третина респондентів має відносно низький рівень емоційного та психологічного реагування на втрату.

Середній рівень інтенсивності переживання втрат спостерігався у 29 респондентів, що складає 37,2% від вибірки. Цей показник є найвищим серед усіх рівнів, що вказує на те, що найбільша частина респондентів переживає втрату з помірною інтенсивністю. Важливо відзначити, що середній рівень інтенсивності є найбільш поширеним, що може бути пов'язано з різними факторами, такими як наявність підтримки з боку соціального оточення або особистісні характеристики респондентів.

Високий рівень інтенсивності переживання втрат було зафіксовано у 25 респондентів, що складає 32,1% від загальної вибірки. Це вказує на те, що більше третини учасників дослідження переживають втрату з високою інтенсивністю, що може мати значний вплив на їх психічне та емоційне здоров'я. Високий рівень інтенсивності може бути обумовлений сильними емоційними зв'язками з втраченими близькими, а також відсутністю належної соціальної підтримки та стратегії копію.

Аналіз цих даних показує, що рівні інтенсивності переживання втрат серед респондентів розподіляються відносно рівномірно між низьким, середнім та високим рівнями. Це свідчить про те, що реакції на втрату є дуже індивідуальними і можуть варіюватися залежно від особистісних та зовнішніх факторів.

### Розподіл вибірки за рівнем інтенсивності переживання втрат

Змінна	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток
Вибірка	24	30,8%	29	37,2%	25	32,1%

Було проведено детальний аналіз відмінностей у переживанні втрати різної інтенсивності за допомогою дисперсійного аналізу (ANOVA). Результати показали статистично значимі відмінності у рівнях депресії, ситуативної тривожності, особистісної тривожності та тривоги між групами з різною інтенсивністю переживання втрати. Значення  $p$  для всіх змінних дорівнювало 0,001, що вказує на високий рівень статистичної значущості результатів.

Середнє значення депресії для респондентів з низькою інтенсивністю переживання втрати становило 3,79, тоді як для тих, хто переживав втрату з середньою інтенсивністю, середнє значення було значно вищим - 14,76. Найвищий рівень депресії спостерігався серед респондентів з високою інтенсивністю переживання втрати, середнє значення для цієї групи становило 23,72. Це свідчить про те, що інтенсивність переживання втрати безпосередньо корелює з рівнем депресивних симптомів, причому високі рівні інтенсивності втрати пов'язані з найбільш вираженими проявами депресії.

Ситуативна тривожність також демонструвала значні відмінності між групами. Для респондентів з низькою інтенсивністю переживання втрати середнє значення становило 24,79, тоді як для тих, хто переживав втрату з середньою інтенсивністю, це значення було 36,93. Найвищий рівень ситуативної тривожності спостерігався серед респондентів з високою інтенсивністю переживання втрати, середнє значення для цієї групи становило 52,24. Ці дані підкреслюють, що інтенсивність переживання втрати суттєво впливає на рівень ситуативної тривожності, з більш інтенсивним

переживанням втрати, що призводить до вищих рівнів тривожності у конкретних ситуаціях.

Особистісна тривожність, яка характеризує стабільний рівень тривожності як рису особистості, також показала значні відмінності між групами. Середнє значення для респондентів з низькою інтенсивністю переживання втрати становило 24,38, для середньої інтенсивності - 36,45, а для високої інтенсивності - 51,16. Це вказує на те, що високий рівень інтенсивності переживання втрати асоціюється з постійно високим рівнем особистісної тривожності.

Рівень тривоги, оцінюваний за шкалою GAD-7, також демонстрував значні відмінності між групами. Середнє значення для респондентів з низькою інтенсивністю переживання втрати становило 3,58, тоді як для тих, хто переживав втрату з середньою інтенсивністю, це значення було 12,48. Найвищий рівень тривоги спостерігався серед респондентів з високою інтенсивністю переживання втрати, середнє значення для цієї групи становило 17,20. Ці результати свідчать про те, що інтенсивність переживання втрати має значний вплив на рівень генералізованої тривоги, з більш високою інтенсивністю втрати, що призводить до більш виражених тривожних симптомів.

Аналіз отриманих даних демонструє, що інтенсивність переживання втрати є ключовим фактором, що визначає рівень депресії, ситуативної та особистісної тривожності, а також тривоги серед респондентів. Високі рівні інтенсивності переживання втрати асоціюються з найбільш вираженими симптомами психічних розладів, що підкреслює необхідність розробки цільових програм психологічної допомоги для осіб, які зазнали втрати.

### Відмінності у переживанні втрати різної інтенсивності (ANOVA)

Змінні	Значення р	Середнє низької інтенсивності	Середнє середньої інтенсивності	Середнє високої інтенсивності
Депресія	0,001	3,79	14,76	23,72
Ситуативна тривожність	0,001	24,79	36,93	52,24
Особистісна тривожність	0,001	24,38	36,45	51,16
Тривога	0,001	3,58	12,48	17,20

*Примітка* – представлені лише результати статистичною значимістю  $p < 0,05$

Було проведено кореляційний аналіз всіх показників в залежності від низької інтенсивності переживання втрати, що дозволило виявити зв'язки між різними психологічними змінними. Результати аналізу показали статистично значущі кореляції між показниками посттравматичного стресового розладу (ПТСР), повторного переживання, уникнення, відчуття поточної загрози, функціонального порушення, порушення самоорганізації, афективної дисрегуляції, негативної самооцінки, порушення у стосунках, порушення організації-Я, депресії, ситуативної та особистісної тривожності.

Зокрема, кореляційний аналіз показав, що показник ПТСР значно корелює з повторним переживанням (0,33), уникненням (0,51), відчуттям поточної загрози (0,58), функціональним порушенням (0,56) та порушенням самоорганізації (0,69). Це свідчить про те, що ПТСР супроводжується різноманітними симптомами, які посилюють загальний стан респондентів

Афективна дисрегуляція, яка є важливою складовою емоційної нестабільності, має сильний зв'язок з ПТСР (0,53), уникненням (0,51), функціональним порушенням (0,53) та порушенням самоорганізації (0,67). Це підкреслює значну роль емоційної регуляції у підтримці психічного здоров'я.

Негативна самооцінка показала високі кореляції з ПТСР (0,63), уникненням (0,57), функціональним порушенням (0,59) та порушенням самоорганізації (0,68). Це вказує на те, що низька самооцінка є важливим фактором, що супроводжує посттравматичні стани.

Кореляційний аналіз також виявив значні зв'язки між порушенням у стосунках та іншими показниками, такими як ПТСР (0,58), уникнення (0,63), функціональне порушення (0,65) та негативна самооцінка (0,58). Це свідчить про те, що проблеми у міжособистісних стосунках є частим супутником посттравматичних розладів.

Депресія показала високі кореляції з багатьма змінними, включаючи ПТСР (0,66), уникнення (0,47), відчуття поточної загрози (0,66), функціональне порушення (0,62) та порушення самоорганізації (0,58). Це підкреслює, що депресія тісно пов'язана з посттравматичними симптомами та загальною емоційною нестабільністю.

Ситуативна тривожність, яка оцінює рівень тривоги у конкретних ситуаціях, також показала значні кореляції з ПТСР (0,35), уникненням (0,62), функціональним порушенням (0,46) та афективною дисрегуляцією (0,58). Це вказує на те, що ситуативна тривожність є важливою складовою загального рівня тривожності у респондентів.

Особистісна тривожність, як стабільна риса особистості, має значні кореляції з ПТСР (0,59), уникненням (0,51), функціональним порушенням (0,38) та афективною дисрегуляцією (0,62). Це свідчить про те, що тривожність є постійною складовою особистісного профілю респондентів з низькою інтенсивністю переживання втрати.

Тривога, оцінювана за шкалою GAD-7, також показала високі кореляції з ПТСР (0,53), уникненням (0,67), відчуттям поточної загрози (0,55) та афективною дисрегуляцією (0,59). Це підкреслює, що тривога є важливим аспектом загального психологічного стану респондентів.

Аналіз цих даних демонструє, що різні аспекти посттравматичного стресу, депресії та тривожності тісно пов'язані між собою, створюючи комплексний профіль психічного здоров'я респондентів з низькою інтенсивністю переживання втрати.

## Кореляційний аналіз всіх показників в залежності від низької інтенсивності переживання

## втрати

Змінні	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Повторне переживання	0,33												
Уникнення	0,51	0,47											
Відчуття поточної загрози	0,58	0,32	0,57										
Функціональне порушення	0,56	0,40	0,49	0,40									
Порушення самоорганізації	0,69	0,49	0,69	0,54	0,60								
Афективна дисрегуляція	0,53	0,41	0,51	0,34	0,53	0,67							
Негативна самооцінка	0,63	0,30	0,57	0,41	0,59	0,68	0,40						
Порушення у стосунках	0,58	0,42	0,63	0,46	0,65	0,53	0,65	0,58					
Порушення організації-Я	0,31	0,42	0,56	0,42	0,55	0,47	0,35	0,42	0,53				
Депресія	0,66	0,45	0,47	0,66	0,62	0,58	0,34	0,67	0,59	0,70			
Ситуативна тривожність	0,35	0,64	0,62	0,53	0,46	0,33	0,58	0,48	0,59	0,65	0,69		
Особистісна тривожність	0,59	0,37	0,51	0,32	0,38	0,31	0,62	0,39	0,44	0,67	0,58	0,31	
Тривога	0,53	0,40	0,67	0,55	0,51	0,54	0,59	0,42	0,46	0,38	0,37	0,68	0,60

Примітка – представлені лише результати статистичною значимістю  $p < 0,05$

Було проведено кореляційний аналіз всіх показників в залежності від середньої інтенсивності переживання втрати, що дозволило виявити значущі зв'язки між різними психологічними змінними. Результати показали, що показник посттравматичного стресового розладу (ПТСР) має сильні кореляції з багатьма іншими змінними. Зокрема, ПТСР показує високий ступінь кореляції з уникненням (0,89), функціональним порушенням (0,89) та тривогою (0,88). Ці результати свідчать про те, що інтенсивність ПТСР тісно пов'язана з униканням травматичних ситуацій, значними порушеннями у повсякденному житті та високими рівнями тривоги.

Повторне переживання має значущі кореляції з уникненням (0,90), функціональним порушенням (0,86), афективною дисрегуляцією (0,89) та порушенням у стосунках (0,87). Це підкреслює, що повторне переживання травматичних подій є тісно пов'язаним з іншими проявами ПТСР, такими як уникнення та емоційна нестабільність.

Уникнення демонструє сильні кореляції з відчуттям поточної загрози (0,72), функціональним порушенням (0,62), афективною дисрегуляцією (0,90), негативною самооцінкою (0,86) та порушенням у стосунках (0,84). Це свідчить про те, що уникнення не лише пов'язане з симптомами ПТСР, але й впливає на загальний емоційний стан та самооцінку респондентів.

Відчуття поточної загрози показує значні кореляції з функціональним порушенням (0,90) та особистісною тривожністю (0,85). Це підкреслює, що відчуття постійної загрози має значний вплив на повсякденне функціонування та рівень особистісної тривожності.

Функціональне порушення має високі кореляції з афективною дисрегуляцією (0,53), негативною самооцінкою (0,72) та депресією (0,73). Це вказує на те, що

порушення функціонування у повсякденному житті тісно пов'язане з емоційною нестабільністю та низькою самооцінкою.

Порушення самоорганізації має значні кореляції з афективною дисрегуляцією (0,62), негативною самооцінкою (0,61) та депресією (0,78). Це підкреслює важливість самоорганізації для підтримки емоційної стабільності та запобігання депресивним симптомам.

Афективна дисрегуляція, як ключовий показник емоційної нестабільності, показує високі кореляції з негативною самооцінкою (0,68), депресією (0,77) та тривогою (0,86). Це свідчить про те, що емоційна нестабільність є центральною проблемою для респондентів з середньою інтенсивністю переживання втрати.

Негативна самооцінка має сильні кореляції з депресією (0,88), ситуативною тривожністю (0,71) та особистісною тривожністю (0,87). Це підкреслює, що низька самооцінка є важливим фактором, що впливає на рівень тривожності та депресії.

Порушення у стосунках показують значні кореляції з депресією (0,50), афективною дисрегуляцією (0,54) та особистісною тривожністю (0,83). Це вказує на те, що міжособистісні проблеми є важливим аспектом загального психічного стану респондентів.

Порушення організації-Я має високі кореляції з депресією (0,76), ситуативною тривожністю (0,78) та особистісною тривожністю (0,89). Це підкреслює, що порушення в структурі особистості є тісно пов'язаними з емоційними та тривожними розладами.

Депресія показує високі кореляції з усіма основними змінними, включаючи ПТСР (0,75), афективну дисрегуляцію (0,77) та негативну самооцінку (0,88). Це вказує на те, що депресія є центральною проблемою, яка тісно пов'язана з іншими психічними розладами.

Ситуативна тривожність має значні кореляції з повторним переживанням (0,83), афективною дисрегуляцією (0,68) та особистісною тривожністю (0,51). Це підкреслює, що ситуативна тривожність є важливим аспектом загального тривожного стану респондентів.

Особистісна тривожність демонструє сильні кореляції з уникненням (0,89), відчуттям поточної загрози (0,85) та афективною дисрегуляцією (0,72). Це свідчить про те, що особистісна тривожність є важливою складовою загального тривожного профілю респондентів.

Тривога має високі кореляції з усіма основними змінними, включаючи ПТСР (0,88), афективну дисрегуляцію (0,86) та негативну самооцінку (0,76). Це підкреслює, що тривога є центральним аспектом психічного здоров'я респондентів з середньою інтенсивністю переживання втрати.

Таблиця 2.11

**Кореляційний аналіз всіх показників в залежності від середньої інтенсивності  
переживання втрати**

Змінні	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Повторне переживання	0,63												
Уникнення	0,89	0,90											
Відчуття поточної загрози	0,71	0,67	0,72										
Функціональне порушення	0,89	0,86	0,62	0,90									
Порушення самоорганізації	0,65	0,80	0,60	0,57	0,68								
Афективна дисрегуляція	0,78	0,89	0,90	0,68	0,53	0,62							
Негативна самооцінка	0,61	0,74	0,86	0,66	0,72	0,61	0,68						
Порушення у стосунках	0,63	0,87	0,84	0,52	0,60	0,68	0,54	0,64					
Порушення організації-Я	0,77	0,85	0,72	0,61	0,51	0,78	0,50	0,65	0,71				
Депресія	0,75	0,61	0,58	0,55	0,73	0,78	0,77	0,88	0,50	0,76			
Ситуативна тривожність	0,78	0,83	0,70	0,63	0,82	0,54	0,68	0,71	0,78	0,54	0,59		
Особистісна	0,75	0,55	0,89	0,85	0,70	0,87	0,72	0,87	0,83	0,89	0,87	0,51	

тривожність													
Тривога	0,88	0,62	0,56	0,85	0,68	0,86	0,56	0,76	0,68	0,53	0,78	0,60	0,52

*Примітка* – представлені лише результати статистичною значимістю  $p < 0,05$

Було проведено кореляційний аналіз всіх показників в залежності від високої інтенсивності переживання втрати, що дозволило виявити тісні взаємозв'язки між різними психологічними змінними. Результати показали, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) має дуже високі кореляції з іншими змінними, такими як повторне переживання (0,90), уникнення (0,88), відчуття поточної загрози (0,72), функціональне порушення (0,81) та порушення самоорганізації (0,84). Це свідчить про те, що інтенсивні посттравматичні симптоми тісно пов'язані з усіма аспектами переживання втрати.

Повторне переживання також має сильні кореляції з уникненням (0,90), відчуттям поточної загрози (0,77), функціональним порушенням (0,74) та порушенням самоорганізації (0,99). Це підкреслює, що респонденти, які повторно переживають травматичні події, також схильні до уникнення та мають значні функціональні порушення.

Уникнення демонструє високі кореляції з відчуттям поточної загрози (0,83), функціональним порушенням (0,91), афективною дисрегуляцією (0,95) та негативною самооцінкою (0,99). Це свідчить про те, що уникнення травматичних ситуацій є ключовою складовою реакції на втрату, пов'язаною з високими рівнями емоційної та функціональної дисрегуляції.

Відчуття поточної загрози показує значні кореляції з функціональним порушенням (0,90), афективною дисрегуляцією (0,90) та порушенням самоорганізації

(0,96). Це підкреслює, що відчуття постійної загрози має великий вплив на повсякденне функціонування та емоційну стабільність респондентів.

Функціональне порушення має сильні кореляції з афективною дисрегуляцією (0,92), негативною самооцінкою (0,96) та порушенням самоорганізації (0,74). Це вказує на те, що порушення у повсякденному житті тісно пов'язані з емоційною нестабільністю та низькою самооцінкою.

Порушення самоорганізації має дуже високі кореляції з афективною дисрегуляцією (0,86), негативною самооцінкою (0,71) та порушенням організації-Я (0,93). Це підкреслює, що самоорганізація є ключовим фактором для підтримки емоційної стабільності та структури особистості.

Афективна дисрегуляція, як основний показник емоційної нестабільності, має сильні кореляції з негативною самооцінкою (0,86), депресією (0,85) та тривогою (0,84). Це вказує на те, що емоційна нестабільність є центральною проблемою для респондентів з високою інтенсивністю переживання втрати.

Негативна самооцінка має дуже високі кореляції з депресією (0,90), ситуативною тривожністю (0,85) та порушенням організації-Я (0,98). Це свідчить про те, що низька самооцінка є важливим фактором, що впливає на рівень депресії та тривожності.

Порушення у стосунках показують значні кореляції з депресією (0,78), афективною дисрегуляцією (0,78) та особистісною тривожністю (0,96). Це вказує на те, що міжособистісні проблеми є важливим аспектом загального психічного стану респондентів.

Порушення організації-Я має дуже високі кореляції з депресією (0,86), ситуативною тривожністю (0,86) та особистісною тривожністю (0,98). Це підкреслює,

що порушення у структурі особистості тісно пов'язані з емоційними та тривожними розладами.

Депресія показує дуже високі кореляції з усіма основними змінними, включаючи ПТСР (0,93), афективну дисрегуляцію (0,85) та негативну самооцінку (0,90). Це вказує на те, що депресія є центральною проблемою, яка тісно пов'язана з іншими психічними розладами.

Ситуативна тривожність має дуже високі кореляції з повторним переживанням (0,75), афективною дисрегуляцією (0,99) та особистісною тривожністю (0,81). Це підкреслює, що ситуативна тривожність є важливим аспектом загального тривожного стану респондентів.

Особистісна тривожність демонструє сильні кореляції з уникненням (0,77), відчуттям поточної загрози (0,80) та афективною дисрегуляцією (0,83). Це свідчить про те, що особистісна тривожність є важливою складовою загального тривожного профілю респондентів.

Тривога має дуже високі кореляції з усіма основними змінними, включаючи ПТСР (0,90), афективну дисрегуляцію (0,84) та негативну самооцінку (0,85). Це підкреслює, що тривога є центральним аспектом психічного здоров'я респондентів з високою інтенсивністю переживання втрати.

Аналіз цих даних демонструє, що висока інтенсивність переживання втрати тісно пов'язана з різноманітними психічними розладами, включаючи ПТСР, депресію, тривожність та афективну дисрегуляцію.

Таблиця 2.12

**Кореляційний аналіз всіх показників в залежності від високої інтенсивності переживання  
втрати**

Змінні	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Повторне переживання	0,90												
Уникнення	0,88	0,90											
Відчуття поточної загрози	0,72	0,77	0,83										
Функціональне порушення	0,81	0,74	0,91	0,90									
Порушення самоорганізації	0,84	0,99	0,83	0,96	0,74								
Афективна дисрегуляція	0,88	0,72	0,95	0,90	0,92	0,86							
Негативна самооцінка	0,91	0,89	0,99	0,73	0,96	0,71	0,86						
Порушення у стосунках	0,81	0,77	0,72	0,73	0,77	0,73	0,78	0,72					
Порушення	0,75	0,76	0,83	0,86	0,80	0,93	0,93	0,98	0,71				

організації-Я														
Депресія	0,9 3	0,8 1	0,8 5	0,8 1	0,8 1	0,7 8	0,8 5	0,9 0	0,7 8	0,86				
Ситуативна тривожність	0,7 0	0,7 5	0,8 8	0,7 2	0,9 6	0,9 2	0,9 9	0,8 5	0,7 9	0,86	0,98			
Особистісна тривожність	0,8 1	0,7 0	0,7 7	0,8 0	0,9 6	0,8 4	0,8 3	0,8 0	0,9 6	0,98	1,00	0,81		
Тривога	0,9 0	0,7 7	0,7 6	0,7 5	0,9 8	0,7 9	0,8 4	0,8 5	0,9 3	0,95	0,74	0,83	0,95	

*Примітка* – представлені лише результати статистичною значимістю  $p < 0,05$

Було проведено факторний аналіз для визначення основних складових переживання втрати, що дозволило виділити чотири ключові фактори, які пояснюють більшість варіацій у даних. Перший фактор, який можна назвати “Посттравматичний стрес”, включає змінні, такі як ПТСР (0,717), повторне переживання (0,319), відчуття поточної загрози (0,593), функціональне порушення ПТСР (0,545) та порушення самоорганізації (0,368). Цей фактор відображає основні прояви посттравматичного стресу та його вплив на повсякденне життя респондентів.

Другий фактор, який можна назвати “Емоційний дистрес”, об’єднує змінні, що відображають різні аспекти емоційного та психологічного стресу. Сюди входять негативна самооцінка (0,454), депресія (0,945), ситуативна тривожність (0,947), особистісна тривожність (0,934), тривога (0,915), розпач (0,938), панічна поведінка (0,950), особистісне зростання (0,937), провина і гнів (0,940), відстороненість (0,943), дезорганізація (0,937) та інтенсивність переживання втрати (0,931). Цей фактор відображає широкий спектр емоційних реакцій на втрату, що включають депресію, тривожність та інші форми емоційного дистресу.

Третій фактор, який можна назвати “Емоційна та поведінкова дисрегуляція”, включає уникнення (0,361), афективну дисрегуляцію (0,425) та порушення організації-Я (0,446). Цей фактор відображає складність емоційної та поведінкової регуляції у

відповідь на втрату, включаючи схильність до уникнення стресових ситуацій та труднощі в управлінні власними емоціями.

Четвертий фактор, який можна назвати “Соціальні взаємини”, представлений єдиною змінною - порушення у стосунках (0,512). Цей фактор підкреслює важливість міжособистісних стосунків у процесі переживання втрати, вказуючи на те, що проблеми у взаєминах можуть бути значущим аспектом загального психологічного стану респондентів.

Аналіз факторної моделі демонструє, що переживання втрати є багатовимірним процесом, що включає різні аспекти посттравматичного стресу, емоційного дистресу, емоційної та поведінкової дисрегуляції, а також соціальних взаємин. Кожен з виділених факторів вносить свій внесок у загальний стан респондентів, підкреслюючи важливість комплексного підходу до діагностики та підтримки осіб, які переживають втрату.

## Факторна модель переживання втрати

<b>Змінні</b>	<b>Фактор 1</b>	<b>Фактор 2</b>	<b>Фактор 3</b>	<b>Фактор 4</b>
<b>ПТСР</b>	0,717			
<b>Повторне переживання</b>	0,319			
<b>Уникнення</b>			0,361	
<b>Відчуття поточної загрози</b>	0,593			
<b>Функціональне порушення ПТСР</b>	0,545			
<b>Порушення самоорганізації</b>	0,368			
<b>Афективна дисрегуляція</b>			0,425	
<b>Негативне самооцінка</b>		0,454		
<b>Порушення у стосунках</b>				0,512
<b>Порушення організації-Я</b>			0,446	
<b>Депресія</b>		0,945		
<b>Ситуативна тривожність</b>		0,947		
<b>Особистісна тривожність</b>		0,934		
<b>Тривога</b>		0,915		
<b>Розпач</b>		0,938		
<b>Панічна поведінка</b>		0,950		
<b>Особистісне зростання</b>		0,937		
<b>Провина і гнів</b>		0,940		
<b>Відстороненість</b>		0,943		
<b>Дезорганізація</b>		0,937		
<b>Інтенсивність переживання втрати</b>		0,931		



## ВИСНОВКИ

Втрата є подією, часто травмуючою, внаслідок якої людина залишається без присутності чогось або когось у своєму житті. Значна втрата має на увазі також скорочення ресурсів у житті людини, матеріальних або нематеріальних, у які людина емоційно вкладалася. Найтяжчі травмуючі втрати в житті зазвичай пов'язані з фігурами, до яких ми прихильні. Горе – це нормальна передбачувана реакція на втрату, особливо якщо йдеться про втрату близької людини. Переживання горя розглядається як соціальний і внутрішньоособистісний процес, що виникає з прив'язаності та любові до померлого. Горе включає в себе психічні, фізичні та соціальні прояви, які змінюються з часом та не розгортаються у послідовному порядку та з однаковою інтенсивністю.

Учасники дослідження, які зазнали втрати близьких людей, демонструють значний рівень депресивної та тривожної симптоматики. Результати кореляційного аналізу показали, що інтенсивність переживання втрати значно впливає на розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), афективної дисрегуляції, негативної самооцінки та порушень у стосунках. Було встановлено, що ПТСР тісно корелює з повторним переживанням, уникненням, відчуттям поточної загрози, функціональними порушеннями та порушенням самоорганізації. Це підкреслює, що інтенсивні посттравматичні симптоми тісно пов'язані з усіма аспектами переживання втрати.

Аналіз також виявив, що повторне переживання має сильні кореляції з уникненням, відчуттям поточної загрози, функціональними порушеннями та порушенням самоорганізації, що підкреслює взаємозв'язок між цими аспектами. Уникнення демонструє високі кореляції з відчуттям поточної загрози, функціональними порушеннями, афективною дисрегуляцією та негативною самооцінкою. Це свідчить про те, що уникнення травматичних ситуацій є ключовою

складовою реакції на втрату, пов'язаною з високими рівнями емоційної та функціональної дисрегуляції.

Депресія показала високі кореляції з багатьма змінними, включаючи ПТСР, уникнення, відчуття поточної загрози, функціональне порушення та порушення самоорганізації. Це підкреслює, що депресія тісно пов'язана з посттравматичними симптомами та загальною емоційною нестабільністю. Відчуття поточної загрози показує значні кореляції з функціональними порушеннями та особистісною тривожністю, що підкреслює значний вплив цього чинника на повсякденне функціонування та рівень тривожності.

Отримані результати підкреслюють важливість комплексного підходу до діагностики та підтримки осіб, які переживають втрату. Це дослідження дозволяє глибше зрозуміти взаємозв'язки між різними аспектами психічного здоров'я та переживання втрати, що є критично важливим для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації для постраждалих від війни в Україні.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

- Власенко, І. А., & Вінник, Н. Д. (2019). Переживання втрати: специфіка, конфлікт, трансценденція, подолання. *Теорія і практика сучасної психології*, (3), 33-37.
- Королович, О. (2023). Психологічні аспекти динаміки переживання втрати. *Psychology Travelogs*, (4), 16-24.
- Мирончак, К. В. (2017). Вплив переживання втрати на самоефективність військових. *Проблеми політичної психології*, (6), 133-141.
- Напреєнко, О. К., & Напреєнко, Н. Ю. (2018). Депресивні та тривожні розлади при зловживанні алкоголем військовослужбовцями, які прийняли безпосередню участь у бойових діях (комбатантами).
- Предко, В. В. (2023). Життестійкість у постковідний період: подолання наслідків переживання відчуття втрати. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 23-27.
- Седаш, А. І. (2023). Психологічні особливості переживання втрати роботи в умовах війни в Україні.
- Abraham, K. (1924/1927). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In K. Bryan & A. Strachey (Eds.), *Selected papers of Karl Abraham MD* (pp. 435– 442). London: Hogarth Press.
- Adrienne M. Meier, Drew R. Carr, Joseph M. Currier, and Robert A. Neimeyer (2013). Attachment Anxiety and Avoidance in Coping with Bereavement: Two Studies. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32 (3), 315-334. doi:10.1521/jscp.2013.32.3.315
- APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

- Aranda S and Milne D (2000). Guidelines for the assessment for complicated bereavement risk in family members of people receiving palliative care. Centre for Palliative Care, Melbourne, Australia.
- Averill, J. R., Nunley, E. P. (2006). Grief as an emotion and as a disease: A social-constructionist perspective. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, and R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (8th ed., pp. 77–90). Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Avramchuk, O., Plevachuk, O., & Rakhman, L. (2023). Bereavement among individuals with social anxiety disorders: associated impairments. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohi*.
- Bağcaz, A., & Kılıç, C. (2023). Differential correlates of prolonged grief and depression after bereavement in a population-based sample. *Journal of Traumatic Stress*.
- Berzoff, J. (2011). The Transformative Nature of Grief and Bereavement. *Clinical Social Work Journal*, 39(3), 262–269. doi:10.1007/s10615-011-0317-6
- Bonnano, G. A. (2007). Grief and emotion: A sociofunctional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 493–515). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2022). Depressive and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic: A two-year follow-up.
- Bui, E. (2017). Grief: From Normal to Pathological Reactions. *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions*, 85–101. doi:10.1007/978-3-319-65241-2\_5
- Charmaz, K., Milligan, M. J. (2006). Grief. In J. E. Stets and J. H. Turner (Eds.), *Handbook of the sociology of emotions* (pp. 516–538). New York, NY: Springer.

- Christopher Hall (2014). Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*, 33(1), 7-12. <https://doi.org/10.1080/02682621.2014.902610>
- Cochran, L., and Claspell, E. (1987). *The meaning of grief. A dramaturgical approach to understanding emotion*. Westport, CT: Greenwood Press
- Dillenburger, K., & Keenan, M. (2005). Bereavement: a DISC analysis. *Behavior and Social Issues*, 14(2), 92-112.
- Eersel, J. H., Taris, T. W., & Boelen, P. A. (2020). Reciprocal relations between symptoms of complicated grief, depression, and anxiety following job loss: A cross-lagged analysis. *Clinical Psychologist*, 24(3), 276-284. <https://doi.org/10.1111/cp.12212>
- Freud, S. (1963). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of S. Freud*, Vol 14, p. 243. London: Hogarth Press.
- Frigerio, A., & Molteni, M. (2022). Intensity of Maternal Anxiety and Depressive Symptoms in Pregnancy Is Associated with Infant Emotional Regulation Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.
- Gerdle, B., Dragioti, E., Fischer, M. R., & Ringqvist, Å. (2023). Pain intensity and psychological distress show different associations with interference and lack of life control: A clinical registry-based cohort study of >40,000 chronic pain patients from SQRP. *Frontiers in Pain Research*, 4.
- Gilbert, K. R. (1996). "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20(3), 269-283. [doi:10.1080/07481189608252781](https://doi.org/10.1080/07481189608252781)
- Godley, J. A. (2018). INFINITE GRIEF. *Angelaki*, 23(6), 93-110. [doi:10.1080/0969725x.2018.1546994](https://doi.org/10.1080/0969725x.2018.1546994)

- Gold, A., Ryjova, Y., Corner, G., Rasmussen, H. F., Kim, Y., & Margolin, G. (2023). Loss during COVID-19: Moderating effects of meaning and romantic relationships on anxiety and depressive symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Grafiadeli, R., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2022). Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46–73. doi:10.1037/a0016991
- Jakoby, N. R. (2012). Grief as a Social Emotion: Theoretical Perspectives. *Death Studies*, 36(8), 679–711. doi:10.1080/07481187.2011.584013
- John H. Harvey, Eric D. Miller (1998). Toward a Psychology of Loss. *Psychological Science*, 9 (6), 429–434. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00081>
- John Hill (1996). At home in the world. *Analytical Psychology*, 41 (4), 575-598. <https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1996.00575>.
- Kübler-Ross E, Kessler D (2014) *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York, Scribner.
- Lei, H., Chen, C., Hagiwara, K., Kusumi, I., Tanabe, H., Inoue, T., & Nakagawa, S. (2022). Symptom Patterns of the Occurrence of Depression and Anxiety in a Japanese General Adult Population Sample: A Latent Class Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Leshuk, L. (2022). Психічні розлади при втраті та горюванні. Актуальність для сьогодення України. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 7(2).

- Loewald, H. (1962). Internalization, separation and mourning and the superego. *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 453–504.
- Love, A. W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1), 73-83.  
<https://doi.org/10.5172/conu.2007.27.1.73>
- O'Dwyer, R. (2020). An exploration of pathological grief through Freud's paper Mourning and Melancholia. Retrieved from <https://esource.dbs.ie/handle/10788/4080>
- Özel, Y., & Özkan, B. (2020). Psychosocial approach to loss and mourning. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 12(3), 352-367. doi: 10.18863/pgy.652126
- Paul, N. L. (1986). The paradoxical nature of the grief experience. *Contemporary Family Therapy*, 8(1), 5–19. doi:10.1007/bf00891830
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual review of clinical psychology*, 17, 109-126.
- Shear, M. K. (2022). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. doi:10.1002/da.20780
- Shear, M. K., Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 169-175. doi:10.1007/s11920-012-0270-2
- Wolfelt, A. D. (2021). *Understanding your grief: Ten essential touchstones for finding hope and healing your heart*. Companion Press.

Wu, C., & Wang, Z. (2024). The dynamic features of emotion dysregulation in major depressive disorder: An emotion dynamics perspective. *Advances in Psychological Science*.

Zou, H., Chair, S., Zhang, C., & Bao, A. (2023). Depressive and anxiety symptoms and illness perception among patients with acute coronary syndrome. *Journal of Advanced Nursing*.