

Чинники, асоційовані з тривалим горюванням, ПТСР та тривожно-депресивним дистресом серед осіб, які втратили близьких під час війни в Україні

Ірина Лещук

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Тетяна Бут

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Єлизавета Зеленько

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Ірина Франкова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Обставини війни супроводжуються умовами, що можуть бути причинами підвищеного психологічного навантаження, множинних втрат, порушення соціальних зв'язків. Це може сприяти формуванню симптомів розладу тривалого горя (РТГ), посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних і депресивних розладів. Метою дослідження було визначити чинники, асоційовані з вираженістю симптомів РТГ, ПТСР, тривоги та депресії у дорослих, які переживають втрату близької людини в умовах триваючої війни в Україні.

Методи. У крос-секційному онлайн-дослідженні взяли участь 194 повнолітніх респондентів. Вони заповнили валідизовані опитувальники: для оцінки симптомів горювання (TGI-SR-ICD-11), ПТСР (PCL-5), тривоги та депресії (PHQ-4), тривожного та депресивного уникнення (DAAPG-5), дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем (GCQ-12), досвіду переживаної нереальності втрати (EUS), вираженості соматичних симптомів (SSS-8), дієвості копіngu (SCES+) та воєнного стресу (WRSS). У статистичному аналізі використовували зокрема метод множинної лінійної регресії з перевіркою статистичних припущень.

Результати та обговорення. Модель пояснювала 73,5% варіації симптомів РТГ ($R^2 = 0,735$). Найбільш вагомими чинниками були дезадаптивні когніції, пов'язані з горем, тривожне та депресивне уникнення, нижча дієвість копіngu. Окремі аспекти досвіду переживання нереальності втрати та суб'єктивного виснаження також робили незалежний внесок. Сімейний статус був статистично значущим, тоді як освіта, після урахування інших змінних, не демонструвала стабільного зв'язку. Отримана багатофакторна регресійна модель щодо симптомів тривоги та депресії була статистично значущою та пояснювала помірну частку варіативності сумарного балу PHQ-4 ($R^2 = 0,328$; скоригований $R^2 = 0,242$). За результатами Туре III (omnibus) тестів у моделі статистично значущий внесок мали стать, державна та соціальна підтримка, рівень освіти та ступінь стосунків з померлим. Для причини втрати спостерігався межовий результат. Кількість днів від останньої втрати не демонструвала статистично значущого внеску після корекції на інші змінні. Щодо чинників, асоційованих із вищим рівнем симптомів ПТСР, отримана багатофакторна регресійна модель була статистично значущою та пояснювала помірну частку варіативності сумарного балу PCL-5 ($R^2 = 0,264$; скоригований $R^2 = 0,167$). За результатами Туре III (omnibus) тестів у моделі статистично значущий внесок мав ступінь стосунків з померлим. Для рівня освіти, вимушеного переміщення, причини втрати, соціальної підтримки та статі спостерігалися межові

результати, які не досягали рівня статистичної значущості.

Висновки. Дане дослідження робить внесок в розуміння взаємозв'язків між показниками психічного здоров'я (симптоми РТГ, ПТСР, тривоги та депресії) та соціо-демографічними, когнітивно-поведінковими факторами, та факторами, асоційованими з триваючою війною. Отримані результати підкреслюють важливість цільових психосоціальних втручань для осіб, які переживають втрату в контексті триваючої війни. Такі інтервенції будуть спрямовані на роботу з когнітивно-поведінковими факторами (зниження вираженості тривожного та депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем, а також на зміцнення копінгових механізмів) та посилення соціальної підтримки.

Ключові слова: розлад тривалого горя; патологічне горювання; посттравматичний стресовий розлад; депресія; тривога; коморбідність; чинники ризику; дезадаптивні когніції; тривожне та депресивне уникнення; копінг.

Вступ

Горювання є природною реакцією на значущу втрату, але у деяких випадках воно може набувати хронічного, інвалідизуючого, тобто патологічного характеру [1]. Такий перебіг горювання оформлений в останніх переглядах діагностичних класифікацій – Діагностичного та статистичного мануалу психічних порушень (DSM) [2] та Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) [3] – як розлад тривалого горя (РТГ). Війни, терористичні акти, збройні конфлікти чинять сприятливий середовищний вплив на розвиток РТГ, а також інших психічних розладів, а саме: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні розлади [4-6]. Це відбувається зокрема через множинність втрат, порушення соціальних зв'язків, перервані ритуали скорботи, підвищений ризик множинної травматизації. Результати досліджень вказують на те, що поширеність симптомів РТГ значно зростає в умовах війни. Наприклад, у національному опитуванні дорослих, що проживали в Україні під час повномасштабного вторгнення, 11,4% учасників відповідають критеріям ймовірного РТГ за МКХ-11 [7]. За результатами цього дослідження значущими факторами ризику відзначені нещодавня втрата (що відбулася у проміжку від 6 до 12 місяців), втрата партнера, смерть, пов'язана з воєнними обставинами, відсутність контакту з втраченою людиною безпосередньо перед смертю чи загибеллю, відповідність також діагностичним вимогам тривожних та депресивних розладів. Ці результати співставні даним метааналізу, у ході якого було виявлено, що значущими факторами ризику розвитку РТГ були прояви горя до моменту втрати, наявна депресія, а слабкі, але статистично значущі зв'язки спостерігалися із неочікуваною втратою, насильницькою чи неприродною причиною втрати, низьким рівнем освіти, низьким рівнем прибутку, жіночою статтю, тривожним стилем прихильності, втратою дитини або партнера [8].

В окремому дослідженні української популяції було виявлено також зв'язок між РТГ та симптомами комплексного ПТСР (кПТСР). Учасники, які зіткнулися з втратою близької людини в обставинах війни, мали вищі рівні обох розладів, зокрема поширеність РТГ складала 18,11% серед цієї групи респондентів [6].

Симптоматичні профілі, що відрізняють РТГ від проявів нормального перебігу горювання, також підтверджують специфічні механізми, які активуються в контексті переживання колективної травми. Наприклад, у травмованих масовим насильством популяціях вивчалися латентні класи реакцій горювання: виявлено, що високі рівні проявів РТГ були пов'язані з негативними копінг-стратегіями, ПТСР та комплексним ПТСР (кПТСР) [9]. Це підтверджує роль як когнітивних, так і емоційно-поведінкових механізмів у формуванні тривалого перебігу горювання.

Варто звернути увагу, що, відповідно до даних досліджень, РТГ нерідко співіснує з іншими розладами, зокрема з тривожними та депресивними, може супроводжуватися соматизацією, і ця коморбідність посилює тяжкість клінічних проявів та вираженість функціональних порушень [10]. Виявлено вплив соматичного компонента горювання як проміжної ланки у зв'язку між РТГ та психічним здоров'ям: велике міжнародне дослідження показало, що тривожні та депресивні симптоми частково виступають медіаторами зв'язку РТГ із соматичними скаргами, що вказує на взаємодію емоційних і фізичних компонентів тривалого горювання [11].

Дослідження, проведені з залученням осіб, які мають статус вимушено переміщених, вказують на протективність позитивного психологічного функціонування (в статті використовується термін «позитивне психічне здоров'я»), яке може опосередковувати зв'язок між стресовими симптомами й РТГ, зменшуючи тяжкість горювання через зниження загальної тривоги та депресивних симптомів [12]. А систематичний огляд, що включав численні вибірки осіб, які мають статус вимушено переміщених, виявив, що частота РТГ, відповідно до критеріїв МКХ-11, варіювала у різних вибірках від 6 до 54%, тоді як поширеність ПТСР – від 3 до 74,6%. Важливою науковою знахідкою було те, що ПТСР мав найбільш часту коморбідність до РТГ [13]. Встановлено, що крім факторів, пов'язаних з обставинами втрати, певні соматичні та психосоціальні чинники (постміграційні труднощі, соціальна ізоляція, нестабільність життєвих умов) пов'язані з більшою вираженістю симптомів РТГ. Ці результати не є поодиноким свідченням співіснування проявів РТГ, ПТСР і депресії. Інші дослідження також встановили, що ці стани часто співіснують, утворюючи частково перекривні, але концептуально відмінні синдроми [14,15].

З огляду на наведені дані, важливим є виявлення факторів, які можуть робити внесок у перебіг горювання та формування тривожних, депресивних розладів та ПТСР в осіб, які переживають втрату близької людини в контексті триваючої війни в Україні. Розуміння цих факторів дасть змогу своєчасно виявляти осіб з груп підвищеного ризику, розуміти мішені для діагностичних та терапевтичних втручань.

Мета. Дослідити вплив різних факторів на вираженість симптомів РТГ, ПТСР, депресії та тривоги серед людей, які зіткнулися з підтвердженою втратою близької людини в контексті триваючої війни.

Матеріали і методи

Набір респондентів та етичний дозвіл

Проведено крос-секційне онлайн-дослідження із залученням україномовних респондентів 18 років і старше, які переживають горювання через втрату близької людини в контексті триваючої війни (від 24.02.2022 року). Залучення респондентів відбувалося методом сніжної кулі: через розміщення посилання на дослідження на сторінках у соціальних мережах (Facebook, Telegram, Instagram), шляхом розповсюдження флаєрів на клінічних базах кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, на веб-сторінках партнерських організацій, через особисті запрошення до участі, на вебінарах, присвячених темі втрати, горювання та воєнного стресу, на конференціях та симпозіумах, у яких брали участь члени дослідницької команди.

Дане дослідження було складовою україно-голландського проєкту дослідження горя «Фенікс» та науково-дослідної роботи «Інноваційні технології ефективного психолого-психіатричного супроводу осіб, які пережили різні типи втрат під час війни», що виконується за кошти державного бюджету у 2024-2026 роках. Етичний дозвіл був наданий Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень НМУ імені О. О. Богомольця. Перед проходженням опитування учасники надавали письмову інформовану згоду на участь у

дослідженні. Збір даних відбувався з серпня 2023 року до лютого 2025 року. Були проаналізовані відповіді респондентів, які завершили проходження опитування повністю.

Шкали, які використовувалися для визначення проявів РТГ, ПТСР, тривожних та депресивних розладів

Щоб зменшити навантаження на респондентів, одночасно зберігаючи охоплення змісту, кілька інструментів застосовували у скороченій формі, спеціально розробленій для цього дослідження. Вибір пунктів був теоретично обґрунтований: зберігали мінімальну кількість елементів, що відображають ключові домени кожної конструкції, зберігаючи відповідність батьківським шкалам за змістом і формою.

Шкали, які використовувалися для оцінки чинників, що можуть бути асоційованими з вираженістю симптомів РТГ, ПТСР, тривоги та депресії

1. Вираженість проявів горювання оцінювалася за допомогою Самоопитувальника з Травматичного Горя Плюс для МКХ-11 (Traumatic Grief Inventory-Self-Report Plus for ICD-11, TGI-SR-ICD-11) [16]. Це скорочена версія самоопитувальника TGI-SR+ [17]. Вона складається з 13 питань (1, 2, 3, 5, 8-10, 13, 16, 19-22 пункти оригінальної шкали), що відповідають критеріям РТГ за МКХ-11. Відповіді на питання відображають частоту прояву станів, описаних у твердженнях інструменту протягом останніх 30 днів. Діапазон можливих відповідей включає від 1 = «ніколи», до 5 = «завжди». Приклад твердження з опитувальника: «Я відчував(ла) сильний емоційний біль, сум або страждав(ла) від напливів горя». Пороговий бал для підозри на розвиток РТГ визначений як 41 і більше [2].
2. Вираженість симптомів ПТСР визначалася за допомогою Переліку симптомів ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, PCL-5). Оригінальна шкала складається із 20 питань [18], але у дослідженні була використана скорочена версія із 6 питань (використані пункти 2, 3, 6, 7, 17, 18 оригінальної шкали), які відповідали критеріям визначення ПТСР за МКХ-11. Тобто респонденти могли набрати за цією шкалою від 6 до 30 балів. Варіанти відповіді, що позначалися 1 чи 2 балами, дорівнювали відсутності симптомів, а набір 3 та більше балів позначав клінічну значущість прояву симптому. Загальний бал 18 і більше був пороговим для клінічно значущої тяжкості симптомів ПТСР. Питання стосувалися того, наскільки респондента протягом останніх 30 днів непокоїли описані в питанні стани, наприклад, «Повторювані, тривожні сни про смерть близької людини?». Варіанти відповіді оцінювалися від 1 = «не турбували взагалі» до 5 = «надзвичайно сильно». У ході даного дослідження скорочена версія PCL-5 для МКХ-11 показала значення внутрішньої узгодженості, достатні для використання на практиці для оцінки тяжкості симптомів ПТСР (Cronbach's $\alpha = .74$ and McDonald's $\omega = .74$).
3. Вираженість симптомів тривоги та депресії оцінювалася за допомогою Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта з чотирьох пунктів (Patient Health Questionnaire, PHQ-4) [19]. Цей опитувальник вже використовувався у дослідженнях українською мовою [20]. 2 пункти оцінюють вираженість проявів тривоги, відповідно до Опитувальника генералізованого тривожного розладу з 2 пунктів (Generalized Anxiety Disorder scale-2, GAD-2), інші 2 – вираженість проявів депресії за Опитувальником оцінки здоров'я пацієнта з 2 пунктів (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2). Інструкція є наступною: «Як часто за останні два тижні вас турбували такі проблеми?», наприклад, «поганий настрій, пригніченість чи відчуття безпорадності». Бали варіювалися від 0 = «не турбували взагалі» до 3 = «майже кожного дня». Загальний бал більше 3 за кожною субшкалою визначає клінічно значущі прояви тривоги чи депресії відповідно. Попередні дослідження показали достатню внутрішню узгодженість для використання даної шкали українською мовою.
4. Рівень тривожного і депресивного уникнення визначався за допомогою Шкали тривожного та депресивного уникнення, скорочена версія з 5 пунктів (DAAPGQ-5) [21].

Оригінальна версія шкали (Depressive and Anxious Avoidance in Prolonged Grief Questionnaire, DAAPGQ) складається з 9 пунктів (5 пунктів для оцінки депресивного уникнення та 4 – для оцінки тривожного уникнення) [22]. У даному дослідженні використовувалася скорочена версія шкали з 5 пунктів (питання 2, 3, 4, 6, 7 оригінальної версії): 3 для вимірювання рівня депресивного уникнення, 2 – тривожного уникнення. Інструкція була наступною: «Наскільки наведені нижче твердження описують вас протягом останнього місяця?». Приклад питання: «Відтоді, як [--] помер(ла), я уникаю діяльності, яка раніше приносила мені задоволення, тому що ця діяльність тепер здається мені безглуздою». Респонденти могли обрати відповідь від 1 = «Зовсім не вірно» до 8 = «Цілком вірно». Підрахунок балів здійснювався шляхом сумачі балів для питань 1, 2, 3 для підшкали депресивного уникнення, для питань 4 та 5 – для підшкали тривожного уникнення. Вищі бали свідчили про вищий рівень уникнення.

5. Вираженість дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем, вимірювали за допомогою Шкали дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем, скорочена версія з 12 пунктів (GCQ-12) [21]. Шкала є скороченою версією оригінальної шкали з 38 пунктів (Grief Cognition Questionnaire, GCQ) [23], що оцінюють різні види негативних переконань, а саме негативні переконання про себе, негативні переконання про світ, негативні переконання про життя загалом, негативні очікування від майбутнього, самозвинувачення, оцінку реакцій інших після втрати, оцінку власних реакцій на горе, потребу у збереженні свого болю, катастрофічні інтерпретації власних реакцій на втрату. У GCQ-12 використані 1, 2, 4, 5, 7, 9-13, 17, 18 питання оригінальної шкали. Інструкція до шкали була наступною: «Нижче ви знайдете різні негативні твердження. Вкажіть, будь ласка, наскільки ви згодні з кожним переконанням?». Приклад запитання: «Відтоді, як [--] помер(ла), я усвідомив(ла), що світ – це погане місце». Оцінити погодження з кожним твердженням пропонувалося, обравши відповідь від 0 = «Зовсім не згоден» до 5 = «Повністю згоден». Вищий бал свідчить про більшу вираженість тієї чи іншої когніції.
6. Досвід нереальності втрати оцінювався з використанням Шкали досвіду нереальності втрати (EUS) [21]. Оригінальний варіант Шкали досвіду нереальності втрати (Experienced Unrealness Scale) [24] складається з 5 пунктів, призначених для оцінки суб'єктивного відчуття того, що втрата не є остаточною та незворотною. Респонденту пропонується інструкція: «Наскільки наведені нижче твердження описують вас протягом останнього місяця?». Приклад питання шкали: «Мені важко повірити, що я більше ніколи не побачу [--]». Можна обрати відповідь від 1 = «Зовсім не вірно» до 8 = «Цілком вірно». Підрахунок балів відбувається шляхом сумачі. Вищий бал свідчить про більш виражений досвід відчуття нереальності втрати.
7. Суб'єктивне сприйняття ступеня дієвості копіngu визначали за допомогою Шкали дієвості копіngu Шалева плюс (Shalev's Coping Efficacy Scale Plus, SCES+) [25, 26]. Шкала містить 6 запитань. Інструкція: «Наступні запитання стосуються того, як ви себе почували та справлялись з повсякденними задачами протягом останнього місяця. Будь ласка, прочитайте відповіді до кожного запитання і позначте ту, що найкраще описує вас протягом останнього місяця». Приклад запитання: «Наскільки ефективно вам вдалося справлятися з повсякденними завданнями у різних сферах життя (наприклад, вдома, на роботі, у суспільстві/громаді)?». Респондент міг обрати відповідь, що кодувалася балами від 0 до 4, текст відповідей був адаптованим до тексту запитання. Підрахунок балів здійснювався шляхом сумачі оцінок за усі відповіді, більший бал свідчив про вищу дієвість копіngu. Респонденти могли набрати від 0 до 24 балів.
8. Рівень стресу, пов'язаного з війною, вимірювали за допомогою Шкали стресу, пов'язаного з війною (War-related stress scale, WRSS) [27, 28]. Шкала складається з 21 пункту. Інструкція була наступною: «Стосовно війни в Україні, будь ласка, зазначте, якою мірою ви відчуваєте (або не відчуваєте) труднощі чи занепокоєння в таких сферах». Приклад питання: «Безпека Ваших близьких». Респондент міг обрати відповідь, що варіюється від 1 = «Не маю занепокоєння/складнощів» до 7 = «Виражені

занепокоєння/складнощі». Чим вищий загальний бал за шкалою, тим більш виражений рівень стресу переживає респондент.

Соціо - демографічні характеристики та характеристики, пов'язані і з втратою

Респондентів просили вказати вік та стать, рівень освіти та рід діяльності, сімейний статус, наявність чи відсутність досвіду участі в бойових діях та досвіду зміни місця проживання через війну, досвід переживання множинних втрат від 24.02.2022, ступінь спорідненості до втраченої людини, причину втрати, можливість проведення поховальних ритуалів, можливість контакту із тілом перед похованням, наявність могили та можливість її відвідин, відношення до релігії, задоволеність соціальною підтримкою, досвід отримання фахової психологічної підтримки чи вживання медикаментів у зв'язку з втратою, наявність проблем із соматичним здоров'ям від моменту втрати та звернення стосовно цих проблем до лікарів.

Статистичний аналіз

Статистичний аналіз був проведений із використанням jamovi (версія 2.6.44.0) та R (версія 4.4.2) на macOS (Sequoia 15.6.1).

Рівень значущості (альфа) становив 0,05 (двосторонній тест).

Методи описової статистики: середні значення, стандартні відхилення, медіана, діапазони та тести Шапіро-Вілکا. У вибірці для моделювання, що становила 194 респонденти, жодна змінна не мала пропущених даних.

Порівняння груп за TGI-SR-ICD-11 виконували з урахуванням розподілу та обмежень розміру вибірки. Стать та зайнятість перевіряли за допомогою тесту Манна-Уїтні, оскільки підгрупа чоловіків була дуже малою; як міру ефекту використовували рангово-бісеріальні кореляції. Сімейний стан відповідав вимозі гомогенності дисперсій (тести Левена та Бартлетта) та показав прийнятні Q-Q графіки, тому застосовано одновимірний ANOVA Фішера; також обчислено тест Вельча для перевірки стійкості результатів.

Для оцінки асоційованих чинників для розвитку тривалого горювання TGI-SR-ICD-11 моделювали як залежну змінну у моделі множинної лінійної регресії. Предиктори визначалися на основі теоретичних та вимірювальних доменів. Факторні змінні були закодовані даммі, де як базова категорія використовувалася та, що отримала найменшу підтримку. Безперервні предиктори залишалися у їхніх початкових шкалах; для всіх предикторів наведено неконстантні коефіцієнти, а стандартизовані бета – лише для безперервних змінних.

Діагностика моделі проводилася перед інтерпретацією результатів. Нормальність залишків оцінювали за допомогою Q-Q графіків та омнібус-тестів; дисперсію перевіряли за тестами Бреуша-Пагана, Гольдфельда-Квандта та Гаррісона-МакКейба; серійну залежність – за Дербін-Ватсоном; мультиколінеарність – за коефіцієнтами інфляції дисперсії (VIF).

Для оцінювання чинників, асоційованих із вираженістю симптомів тривожно-депресивного дистресу, сумарний бал PHQ-4 був змодельований у багатофакторній лінійній регресії (OLS). У межах підготовки даних виключено 8 респондентів із екстремально великими значеннями за змінною часу від останньої втрати (>2000 днів). Ці спостереження істотно виходили за межі решти вибірки за часовою шкалою та могли непропорційно впливати на оцінку параметрів. Частина змінних не досягла статистичної значущості на рівні окремих коефіцієнтів, однак залишалась у моделі у якості коваріатів, оскільки їх включення підвищувало загальну якість моделі та здатність пояснювати варіативність показників за сумарним балом PHQ-4.

Для оцінювання чинників, асоційованих із вираженістю посттравматичної симптоматики,

сумарний бал PCL-5 (скорочений варіант) було змодельовано у багатофакторній лінійній регресії (OLS). Для підвищення стійкості оцінок перед інференційним етапом було виконано скринінг впливових спостережень за дистанцією Кука з правилом $DCook > 4/n$; за цим критерієм виключено 3 респондентів, після чого аналітична вибірка для даної моделі становила $N = 191$.

Результати

Опис вибірки

Загалом 294 повнолітні особи надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Після виключення випадків невизначеної та перинатальної втрати (з метою збереження однорідної вибірки осіб, які пережили визначену втрату), для описового та шкального аналізів залишилося 203 учасники. Для багатофакторного моделювання вплив окремих спостережень оцінювали за допомогою відстані Кука, використовуючи загальноприйняте правило $DCook > 4/n$ ($DCook > 4/n$ за $n = 203$ порогове значення $\approx 0,0197$). Найбільші значення (0,095; 0,075; 0,060; 0,054; 0,049) перевищували цей поріг. На цій підставі було виключено дев'ять спостережень, у результаті чого аналітична вибірка становила 194 учасники.

152 особи (78,4%) повідомили про здобуту вищу освіту; незавершену вищу освіту мали 11 респондентів (5,7%), професійно-технічну – 12 (6,2%), середню – 8 (4,1%), іншу освіту – 11 (5,7%).

16 учасників (8,2%) зазначили, що займаються волонтерською діяльністю.

Працевлаштованість була такою: працевлаштовані – 154 (79,4%); не працюють, але шукають роботу – 18 (9,3%); не працюють і не шукають роботу – 19 (9,8%); не можуть працювати – 3 (1,5%).

Сімейний стан: проживали із партнером – 70 осіб (36,1%); вдови/вдівці – 51 (26,3%); неодружені/незаміжні – 34 (17,5%); перебували у стосунках, але проживали окремо – 21 (10,8%); розлучені – 18 (9,3%).

Тринадцять учасників (6,7%) повідомили про досвід участі у бойових діях.

Переміщення у зв'язку з війною зазначили 75 осіб (36,9%): 43 (22,2%) – за межі країни та 32 (16,5%) – у межах України; 119 осіб (61,3%) не повідомили про переміщення.

Описова статистика

Середній рівень вираженості горювання за TGI-SR-ICD-11 становив 41,16 (SD = 12,57; діапазон = 3-64; медіана = 43). Середній показник за PCL-5 дорівнював 8,77 (SD = 5,11; 0-22; медіана = 8). Загальний бал PHQ-4 становив 6,04 (SD = 3,24; 0-12; медіана = 6); категоріальна змінна тяжкості PHQ-4 охоплювала повний діапазон шкали 1-4 із середнім значенням 2,63 (SD = 0,99; медіана = 3).

Середній рівень депресивного/тривожного уникнення (DAAPGQ-5) становив 16,30 (SD = 10,28; 1-38; медіана = 16). Показник переживання досвіду нереальності втрати (EUS) у середньому дорівнював 19,01 (SD = 13,52; 1-39; медіана = 19). Деадаптивні когніції, пов'язані з горем (GCQ-12), мали середнє значення 46,02 (SD = 19,56; 12-84; медіана = 47). SCES+ у середньому дорівнював 12,22 (SD = 3,76; 2-22; медіана = 12). Показник стресу, пов'язаного з війною, варіював від 27 до 147 (середнє = 101,99; SD = 26,23; медіана = 106,5).

Середній вік учасників становив 38,24 років (SD = 11,01; 18-63; медіана = 37,5). Більшість

розподілів показників відхилялися від нормальності за тестом Шапіро-Вілка ($p < 0,05$), тому разом із середніми значеннями та стандартними відхиленнями подано медіани й діапазони.

Вираженість горювання відрізнялася за статтю (тест Манна-Уїтні, $p < 0,05$), однак цей результат слід інтерпретувати обережно через дуже малу підгрупу чоловіків ($n = 7$).

Відмінностей між переміщеними особами та тими, хто залишився в Україні, не виявлено; статус зайнятості також не виявив зв'язків із TGI-SR-ICD-11.

Сімейний стан був пов'язаний із вираженістю горювання. Хоча омнібус-тести нормальності були чутливими до незначних відхилень (Шапіро-Вілка, $p < 0,05$), Q-Q графіки свідчили про приблизну нормальність залишків, а тест Колмогорова-Смірнова не відхилив гіпотезу нормальності; тому застосовано однофакторний ANOVA Фішера. Омнібус-тест був статистично значущим, і тест Вельча підтвердив цей висновок: $F(4, 66,21) = 3,386$, $p = 0,014$. Середні значення TGI-SR-ICD-11 за сімейним станом були наступними: неодружені/незаміжні - 36,56 ($SD = 14,75$; $n = 34$); вдови/вдівці - 44,63 (13,41; $n = 51$); розлучені - 45,61 (8,79; $n = 18$); проживають із партнером - 39,17 (11,24; $n = 70$); у стосунках, проживають окремо - 43,00 (10,61; $n = 21$).

Визначення асоційованих чинників тривалого горювання

Для визначення чинників, асоційованих із симптомами РТГ, було побудовано модель лінійної регресії. Найкраща модель включала показники GCQ-12, DAAPGQ-5 та SCES+, а також рівень освіти та сімейний стан як факторні змінні. Додавання інших опитувальників не покращувало модель загалом, однак до фінальної моделі були включені окремі пункти WRSS та один пункт EUS.

Модель пояснювала значну частку варіації тяжкості горювання ($R = 0,857$; $R^2 = 0,735$; скоригований $R^2 = 0,690$; $F(28,165) = 16,314$; $p < 0,001$; $N = 194$).

Перевірка припущень підтвердила доцільність застосування OLS з робастною інтерпретацією: результати тестів нормальності залишків були змішаними, але Q-Q графіки були прийнятними; тест Бреуша-Пагана вказував на гетероскедастичність ($p = 0,003$), тоді як інші тести дисперсії були незначущими ($p > 0,85$); тест Дербіна-Ватсона не виявив автокореляції ($DW = 2,115$; $p = 0,460$); мультиколінеарність була низькою ($VIF 1,08-1,46$).

Тести типу III показали, що GCQ-12 ($F = 62,236$; $p < 0,001$), DAAPGQ-5 ($F = 6,176$; $p = 0,014$), SCES+ ($F = 11,003$; $p = 0,001$), сімейний статус ($F = 4,326$; $p = 0,002$), пункт 1 EUS ($F = 6,594$; $p < 0,001$) та пункт 18 WRSS ($F = 4,143$; $p = 0,001$) мали унікальний внесок. Рівень освіти ($p = 0,136$) та пункт 14 WRSS ($p = 0,930$) після корекції не були пов'язані з результатом.

Серед безперервних змінних найбільший стандартизований ефект мав GCQ-12 ($\beta = 0,462$; 95% ДІ 0,346-0,578): кожне збільшення на 10 балів відповідало приблизно +3,0 бала за TGI-SR-ICD-11 ($b = 0,297$; $SE = 0,038$; $p < 0,001$). Показники за DAAPGQ-5 також мали позитивний зв'язок ($\beta = 0,126$; $p = 0,014$). Вищі показники дієвості копінгу були пов'язані з нижчою вираженістю горювання ($\beta = -0,172$; $p = 0,001$), що відповідає приблизно зниженню на 2,9 балів при збільшенні SCES+ на 5.

Порівняно з неодруженими/незаміжними респондентами, вдови/вдівці мали вищі показники на 7,10 бала ($p < 0,001$), розлучені - на 4,64 ($p = 0,038$), ті, хто проживає з партнером, - на 4,41 ($p = 0,011$), а ті, хто у стосунках, але проживають окремо, - на 5,56 ($p = 0,010$).

Вищий рівень згоди з твердженням «мені важко повірити, що я більше ніколи не побачу цю людину» (EUS, пункт 1) був пов'язаний із більшою тяжкістю симптомів тривалого горювання. Для пункту WRSS «брак енергетичних ресурсів» окремі категорії мали нижчі показники

порівняно з референтними.

Визначення асоційованих чинників тривожних та депресивних розладів у осіб, які переживають втрату близької людини в контексті триваючої війни

Регресійна модель для оцінки тривожно-депресивного дистресу за PHQ-4 показала статистичну значущість і пояснювала помірну частку варіативності відповідних показників ($R^2 = 0,328$, скорегований $R^2 = 0,242$, $F(21,164) = 3.811$, $p < 0,001$). У її фінальний варіант було включено такі предиктори: наявність державної підтримки (так/ні), наявність достатньої соціальної підтримки (так/ні), рівень освіти (із середньою освітою як референтним рівнем; порівняння професійно-технічної, незакінченої вищої, повної вищої та інших варіантів освіти із середньою), кількість днів від моменту останньої втрати (неперервний показник), ступінь спорідненості/стосунку з померлим (із втратою дитини як референтною категорією; порівняння інших типів стосунку з референтом), а також причина втрати (із умисним вбивством поза контекстом війни як референтною категорією; порівняння інших причин із референтом).

За результатами Type III (omnibus) тестів у моделі статистично значущий внесок мали: державна підтримка ($F = 7,313$, $p = 0,008$), соціальна підтримка ($F = 12,953$, $p < 0,001$), освіта ($F = 3,745$, $p = 0,006$) та ступінь стосунків з померлим ($F = 2,694$, $p = 0,016$). Для причини втрати спостерігався межовий результат ($F = 2,145$, $p = 0,051$). Кількість днів від останньої втрати ($p = 0,210$) не демонструвала статистично значущого внеску після корекції на інші змінні.

Визначення асоційованих чинників вираженості проявів ПТСР в осіб, які переживають втрату близької людини в контексті триваючої війни

Багатофакторна регресійна модель для вираженості посттравматичної симптоматики за PCL-5 була статистично значущою і пояснювала помірну частку варіативності відповідних показників ($R^2 = 0,264$, скорегований $R^2 = 0,167$, $F(22,168) = 2,734$, $p < 0,001$). У фінальну регресійну модель було включено такі предиктори: наявність соціальної підтримки (так/ні), рівень освіти (із середньою освітою як референтним рівнем; порівняння професійно-технічної, незакінченої вищої, повної вищої та інших варіантів освіти із середньою), статус вимушеного переміщення через війну (відсутність переміщення як референтний рівень; порівняння переміщення за межі країни та переміщення в межах України з відсутністю переміщення), ступінь спорідненості/стосунків з померлим (із втратою дитини як референтною категорією; порівняння інших типів стосунків з референтом), а також причина втрати (із умисним убивством, не пов'язаним з війною, як референтною категорією).

За результатами Type III (omnibus) тестів у моделі статистично значущий внесок мав ступінь стосунку з померлим ($F = 2,371$, $p = 0,032$). Для освіти ($F = 2,229$, $p = 0,068$), вимушеного переміщення ($F = 2,679$, $p = 0,072$), причини втрати ($F = 1,977$, $p = 0,072$), соціальної підтримки ($F = 3,381$, $p = 0,068$) спостерігалися межові результати, які не досягали рівня статистичної значущості.

Обговорення

Симптоми РТГ

Отримані результати свідчать, що модель пояснює значну частку варіативності симптомів (R^2

= 0,735), а найбільш вагомими асоційованими чинниками є дезадаптивні когніції, пов'язані з горем, вищий ступінь тривожного та депресивного уникнення, знижені показники дієвості копінгу, окремі аспекти переживання досвіду нереальності втрати, а також сімейний статус.

Асоційованим чинником тяжкості горювання виявилися дезадаптивні когніції (GCQ-12). Цей результат узгоджується з когнітивно-поведінковою моделлю тривалого горювання, запропонованою Margaret Stroebe та Henk Schut (Dual Process Model) [29], а також із когнітивно-поведінковою моделлю РТГ, розробленою Paul Boelen та колегами [30]. Згідно з цією моделлю, негативні переконання щодо себе, світу та майбутнього підтримують тривалу інтенсивність проявів горя та перешкоджають інтеграції факту незворотності втрати в автобіографічну пам'ять. Результати досліджень також вказують на роль дезадаптивних когніцій як в процесі розвитку та підтримки тривалого горювання, так і важливості їх редукції для успіху терапевтичних втручань [31, 32].

Вищий рівень тривожного та депресивного уникнення (DAAPGQ-5) також продемонстрував значущий позитивний зв'язок із вираженістю проявів горя. Це узгоджується з уникненням як складовою когнітивно-поведінкової моделі Boelen [31]: уникання нагадувань про втрату перешкоджає емоційній переробці та інтеграції досвіду втрати до картини життя людини. Подібні результати отримані у дослідженнях Eisma [33], яке виявило, що уникання медіює зв'язок між негативними когніціями та симптомами тривалого горювання. Таким чином, результати даного дослідження підтверджують, що когнітивні та поведінкові механізми функціонують у взаємозв'язку. Разом із тим наявні дослідження відзначають зв'язок тривожного та депресивного уникнення не лише з розвитком РТГ, але й ПТСР та депресивних розладів, чого не було показано в даному дослідженні [34]. Цей феномен є цікавою знахідкою в перспективі поля подальших досліджень.

Вищі показники дієвості копінгу (SCES+) асоціювалися зі зниженням тяжкості симптомів горя. Концепція самоефективності походить із соціально-когнітивної теорії Albert Bandura [35,36], яка стверджує, що переконання людини у власній здатності впоратися зі стресом впливає на її емоційну регуляцію, мотивацію та поведінкові стратегії. У контексті втрати самоефективність розглядається як «буферний» фактор, що зменшує ризик розвитку хронічної дезадаптації [37]. Результати проведеного дослідження співзвучні цій моделі: підвищення оцінки показників дієвості копінгу на 5 балів відповідало приблизно 2,9-бальному зниженню тяжкості горювання. Це несе важливі клінічні інсайти: втручання, спрямовані на підвищення копінг-ресурсів, можуть мати протективний ефект стосовно розвитку РТГ.

Окремий пункт шкали переживання нереальності (EUS Q1: «важко повірити, що я більше ніколи не побачу цю людину») продемонстрував сильний зв'язок із вираженістю симптомів РТГ. Переживання «нереальності» втрати описується як вагомий компонент порушеної інтеграції втрати в автобіографічну пам'ять [32]. Подібні феномени також розглядаються у межах когнітивної теорії травми [37]. Екзистенційний аспект неприйняття незворотності втрати може бути особливо актуальним для раптових та насильницьких втрат, поширеність яких значно зростає в умовах воєнного часу.

Сімейний статус виявився значущим асоційованим чинником для вищої інтенсивності проявів горя: учасники поза партнерськими стосунками та овдовілі люди мали вищі показники інтенсивності проявів горя. З одного боку така знахідка може підсвічувати фактор самотності, що впливає на перебіг горювання. Це потребує подальших дослідження. Також варто зауважити, що у дослідженні, проведеному на вибірці українців в контексті війни, втрата партнера чи подружжя розглядається як фактор ризику розвитку РТГ [7].

Вплив рівня освіти не зберіг значущості після контролю психологічних змінних, що може свідчити про те, що когнітивно-емоційні механізми мають більшу вагу для розвитку РТГ, ніж соціально-демографічні характеристики. У метааналізі Вуиг низький рівень освіти показав статистично значущий, але слабкий зв'язок із розвитком тривалого горювання [8].

Рівень тривожної та депресивної симптоматики

Результати даного дослідження свідчать на підтримку підтвердження протективної ролі соціальної підтримки щодо тривожно-депресивного дистресу: її наявність та суб'єктивно достатній рівень були статистично значуще пов'язані зі зниженням сумарного балу РНQ-4. Ці знахідки узгоджуються з результатами систематичного огляду, в якому виявлено обернену асоціацію між соціальною підтримкою та симптомами депресії та ПТСР після раптової чи насильницької втрати [38]. Аналогічно, в сучасних наукових дослідженнях показано, що соціальна підтримка пом'якшує вплив стресових переживань на психологічний стан у контексті конфліктів, сприяючи зниженню рівнів тривоги, депресії та посттравматичних симптомів [39]. Дані проведеного дослідження розширюють ці висновки: достатній рівень підтримки може чинити буферний ефект у людей, які переживають горе в умовах війни.

Вираженість проявів ПТСР

Вимушене переміщення, пов'язане з війною, було асоційоване з підвищеними показниками за PCL-5. Це відповідає вже відомим даним: складні обставини життя після конфлікту підсилюють ризик розвитку ПТСР і симптомів депресії у переміщених осіб [40]. У цьому дослідженні було продемонстровано, що переживання множинних стресових ситуацій війни, у тому числі таких, що чинили негативний вплив на соціальне та сімейне життя, були предикторами розвитку ПТСР.

Соціальна підтримка показала більшу значимість як асоційований захисний чинник щодо тривожної та депресивної симптоматики, ніж щодо посттравматичної симптоматики, де її вплив виявився статистично межовим. Це переформується з даними наявних досліджень [39], а також підкреслює необхідність розрізняти механізми впливу підтримки на різні аспекти психічного здоров'я після втрати. Також дослідження вказують на різний зв'язок соціальної підтримки з ПТСР у різних вибірках, що відрізнялися за характером травматичного досвіду, а також наявності військового статусу [41].

Рівень освіти виявився кандидатом на асоційований протективний фактор щодо розвитку тривожної та депресивної симптоматики, але він не мав значущого впливу на рівень симптомів ПТСР. Це може опосередковано пояснюватися можливостями, які надає вища освіта, виступаючи в ролі когнітивного та соціально-економічного ресурсу. Останнє, в свою чергу, може сприяти успішній адаптації [42]. Подібний вплив рівня освіти на прояви ПТСР може бути обмеженим через їх більшу залежність від інтенсивності та множинності травматичної експозиції та специфіки переробки травматичної пам'яті. Подібні результати були отримані також і в інших дослідженнях [43]. Разом з тим, існують дослідження, які визначили рівень освіти як фактор, що чинить значущий вплив не лише на розвиток тривожних та депресивних розладів, але і ПТСР [44], тож цей феномен потребує глибшого дослідження щодо характеру впливу на психічне здоров'я осіб в умовах війни.

Загалом, результати даного дослідження узгоджуються з гіпотезою про комплексну природу психотравми у воєнному контексті, де профіль факторів, що чинять вплив або асоційовані з розвитком психопатологічних станів, визначається поєднанням індивідуальних, соціальних та контекстуальних складових [47]. Це підкреслює важливість диференційованого підходу до виявлення груп ризику та планування психосоціальних втручань для тих, хто переживає втрату в умовах війни, зокрема шляхом посилення соціальної підтримки та прицільної допомоги переміщеним особам та учасникам бойових дій.

Обмеження

По-перше, крос-секційний дизайн не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки між факторами ризику та симптомами РТГ, ПТСР, тривожних та депресивних розладів

– отримані асоціації можливо інтерпретувати як кореляційні. По-друге, розмір вибірки та її демографічна структура можуть обмежувати узагальнення результатів на ширшу популяцію, зокрема через нерівномірний гендерний розподіл респондентів. По-третє, використання самозвітних опитувальників потенційно підвищує ризик упередження через соціальну бажаність або суб'єктивне сприйняття симптомів, разом з тим, онлайн-формат дослідження може дещо нівелювати соціальну бажаність. Крім того, деякі розміри ефектів знаходилися на межових рівнях, що потребує обережної інтерпретації та проведення додаткових уточнювальних досліджень.

Незважаючи на зазначені обмеження, результати дослідження можуть мати практичне значення для планування клінічної та соціальної підтримки осіб, які переживають втрату близької людини в контексті війни. Наявність достатньої соціальної та державної підтримки можуть діяти як захисні фактори щодо розвитку тривожних та депресивних розладів, тоді як участь у бойових діях, вимушене переміщення та відсутність волонтерської активності підвищують ризик розвитку ПТСР. Ці дані можуть враховуватися при розробці цільових психосоціальних втручань, державних і громадських програм підтримки, а також для профілактичних заходів серед груп підвищеного ризику. Отримані результати про фактори, асоційовані з розвитком РТГ, можуть вказувати на спрямованість психологічних та психотерапевтичних втручань, зокрема на важливість роботи із модифікацією дезадаптивних переконань, пов'язаних з горем, зменшенням рівня тривожного та депресивного уникнення, підвищенням рівня дієвості копінгу.

Висновок

Дане дослідження робить внесок в розуміння взаємозв'язків між показниками психічного здоров'я (симптоми РТГ, ПТСР, тривоги та депресії) та соціо-демографічними, когнітивно-поведінковими факторами та факторами, асоційованими з триваючою війною. Вища тяжкість проявів дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем, тривожного та депресивного уникнення та нижча дієвість копінгу були асоційованими з вищою вираженістю симптомів горювання. Щодо соціо-демографічних факторів: особи, які були розлученими чи овдовілими, мали вищі показники горювання. Вищий рівень соціальної підтримки та вищий рівень освіти асоціювалися зі зниженням тривожно-депресивного дистресу, тоді як вимушене переміщення було пов'язане з підвищеною вираженістю симптомів ПТСР і загального психологічного дистресу. Отримані результати підкреслюють важливість цільових психосоціальних втручань для осіб, які переживають втрату в контексті триваючої війни. Такі інтервенції будуть спрямовані на роботу з когнітивно-поведінковими факторами (зниження вираженості тривожного та депресивного уникнення, дезадаптивних когніцій, пов'язаних з горем, а також на зміцнення копінгових механізмів) та посилення соціальної підтримки.

Фінансування

Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи «Інноваційні технології ефективного психолого-психіатричного супроводу осіб, які пережили різні типи втрат під час війни», що виконується на кафедрі медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; державний реєстраційний номер: 0124U000697

Посилання

1. Prigerson, H. (2004). Complicated grief. *Bereavement Care*, 23(3), 38–40. <https://doi.org/10.1080/02682620408657612>
2. Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2021). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The traumatic grief inventory-self report plus (TGI-SR+).

- Comprehensive Psychiatry, 112(112), 152281.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
3. Eisma, M. C., Rosner, R., & Comtesse, H. (2020). ICD-11 Prolonged Grief Disorder Criteria: Turning Challenges Into Opportunities With Multiverse Analyses. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00752>
 4. Mazurkiewicz, D. W., Strzelecka, J., & Piechocka, D. I. (2022). Terrorism's Impact on Mental Health Outcomes among Directly and Indirectly Exposed Victims and the Development of Psychopathology. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2630.
<https://doi.org/10.3390/jcm11092630>
 5. Lim, I. C. Z. Y., Tam, W. W. S., Chudzicka-Czupala, A., McIntyre, R. S., Teopiz, K. M., Ho, R. C., & Ho, C. S. H. (2022). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war- and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.978703>
 6. Huțul, A., Holman, A. C., & Huțul, T.-D. (2025). Complex posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder in times of war: Diagnostic symptoms and impact on the mental health of Ukrainian civilians during the Russia-Ukraine war. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0002064>
 7. Redican, E., Hyland, P., Shevlin, M., Dmytro Martsenkovskiy, Thanos Karatzias, & Menachem Ben-Ezra. (2024). Prevalence and correlates of ICD-11 prolonged grief disorder among adults living in Ukraine during the war with Russia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/acps.13678>
 8. C. Buur, Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Marelllo, M. M., L.H. Schierff, & Maja O'Connor. (2023). Risk factors for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375–102375.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
 9. Yaira Hamama-Raz, Menachem Ben-Ezra, & Levin, Y. (2024). Latent classes of acute grief reactions in the shadow of collective trauma and its predictors in bereaved adults. *Psychiatry Research*, 344, 116331–116331. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116331>
 10. Peinado, V., Valiente, C., Contreras, A., Almudena Trucharte, Butter, S., Murphy, J., & Shevlin, M. (2023). ICD-11 prolonged grief disorder: Prevalence, predictors, and co-occurrence in a large representative sample. *International Journal of Psychology*.
<https://doi.org/10.1002/ijop.12951>
 11. Hennemann, S., Killikelly, C., Hyland, P., Maercker, A., & Witthöft, M. (2023). Somatic symptom distress and ICD-11 prolonged grief in a large intercultural sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2254584>
 12. Dababneh, N., Margraf, J., Xiao Chi Zhang, & Brailovskaia, J. (2024). The protective role of positive mental health on prolonged grief disorder, anxiety and depression among bereaved refugees: cross-sectional mediation models. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-05602-0>
 13. Franziska Lechner-Meichsner, Comtesse, H., & Olk, M. (2024). Prevalence, comorbidities, and factors associated with prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in refugees: a systematic review. *Conflict and Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13031-024-00586-5>
 14. Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic Grief as a Disorder Distinct From Bereavement-Related Depression and Anxiety: A Replication Study With Bereaved Mental Health Care Patients. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339–1341.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1339>
 15. Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4(4), 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
 16. Frankova I. [in prep]. 2026.
 17. Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). The Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR): Introduction and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 196–212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>

18. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
19. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics, 50*(6), 613–621. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>
20. Pavlova, I., Graf-Vlachy, L., Petrytsa, P., Wang, S., & Zhang, S. X. (2022). Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *European Psychiatry, 65*(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2335>
21. Leshchuk I., 2026, in press
22. Boelen, P. A., & Van den Bout, J. (2010). Anxious and Depressive Avoidance and Symptoms of Prolonged Grief, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychologica Belgica, 50*(1-2), 49. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-49>
23. Boelen, P. A., & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2005). Psychometric Properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(4), 291–303. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-2409-5>
24. Boelen, P. A. (2017). “It feels as if she might return one day”: A sense of unrealness as a predictor of bereavement-related emotional distress / “Tengo la sensación de que ella puede volver algún día”: la sensación de irrealidad como un predictor del sufrimiento emocional relacionado con la pérdida. *Estudios de Psicología, 38*(3), 734–751. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340140>
25. Shalev AY. [in prep]. 2026.
26. Leshchuk I [in press]. 2025
27. Lenka Vargová, Bibiána Jozefiaková, Lačný, M., & Matúš Adamkovič. (2024). War-related stress scale. *BMC Psychology, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01687-9>
28. Leshchuk I [in press]. 2026
29. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies, 23*(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
30. Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(2), 109–128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
31. Lechner-Meichsner, F., Mauro, C., Skritskaya, N. A., & Shear, M. K. (2021). Change in avoidance and negative grief-related cognitions mediates treatment outcome in older adults with prolonged grief disorder. *Psychotherapy Research, 32*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1909769>
32. Keser, E., & Boelen, P. A. (2025). Testing the cognitive-behavioral model of prolonged grief disorder (PGD): distinct and shared pathways to PTSD and depression. *BMC Psychology, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03078-0>
33. Eisma, M. C., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Stroebe, W., Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2013). Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 961–970. <https://doi.org/10.1037/a00340>
34. Boelen, P. A., & Eisma, M. C. (2015). Anxious and depressive avoidance behavior in post-loss psychopathology: a longitudinal study. *Anxiety, Stress, & Coping, 28*(5), 587–600. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1004054>
35. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191–215.
36. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. *Choice Reviews Online, 35*(3).
37. Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*(10), 1129–1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
38. Scott, H. R., Pitman, A., Kozhuharova, P., & Lloyd-Evans, B. (2020). A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in

- people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02639-4>
39. Eliyahu, N., Ashkenazi, O., Tarkay, T., Stukalin, Y., & Elkana, O. (2026). The role of social support in moderating anxiety, depression, and PTSD symptoms during the “swords of iron” war in Israel. *Current Psychology*, 45(5). <https://doi.org/10.1007/s12144-026-09030-8>
 40. Letica-Crepulja, M., Salcioglu, E., Frančičković, T., & Basoglu, M. (2011). Factors associated with posttraumatic stress disorder and depression in war-survivors displaced in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 52(6), 709–717. <https://doi.org/10.3325/cmj.2011.52.709>
 41. Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(1), 33–54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>
 42. Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., Golaz, A., & van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*, 378(9802), 1581–1591.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5)
 43. Nuh, A. (2025). Prevalence of Depression, Anxiety, and Post-Traumatic Stress Disorder and Their Associated Factors Among Internally Displaced Persons in Burao, Somaliland: Community-Based Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 21, 2465–2478. <https://doi.org/10.2147/ndt.s549351>
 44. Housen, T., Lenglet, A., Ariti, C., Shah, S., Shah, H., Ara, S., Viney, K., Janes, S., & Pintaldi, G. (2017). Prevalence of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in the Kashmir Valley. *BMJ Global Health*, 2(4), e000K-I
 45. Karstoft, N., Korchakova, K., Koushede, V. J., Morton, T. A., Pedersen, A. A., Power, S. A., & Thøgersen, M. H. (2024). (Complex) PTSD in Ukrainian refugees: Prevalence and association with acts of war in the Danish refugee cohort (DARECO). *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.170419>.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000419>