

Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя

О.О. Хаустова, І.В. Лещук

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Анотація. Після початку повномасштабного вторгнення росії в Україну чи не кожен українець відчув різке підвищення рівня стресу, мав приймати важливі, інколи доленосні рішення, дехто перебував чи перебуває в зоні активних бойових дій, переживає травматичний стрес, що загрожує психічному благополуччю. Однак війна не може тривати вічно. Те, що зруйноване (як матеріальне, так і психічне), може бути відновлене та покращене. Однак війну супроводжують незворотні зміни — смерть людей, що ніколи більше не повернуться. Це не можна змінити, але з цим доводиться примиритися, щоб жити далі. Точної статистики щодо загиблих немає, проте очевидно, що кожного дня десятки українських родин стикаються з горем. Горювання — переживання людини, спричинене втратою чогось важливого у її житті. Зазвичай про втрату та горе говорять, коли помирає близька людина, проте процес горювання може слідувати за втратою й інших важливих складових життя — роботи, домівки, домашньоголюбленця, можливості реалізуватися у значимих стосунках або професійній діяльності. У деяких випадках горювання може тривати роками, порушувати функціонування. Пандемія COVID-19 та війна забирають життя людей, роботу, руйнують звичний устрій життя та спричинюють переїзди. У цій статті розглянуто сутність процесу та можливі варіанти перебігу горювання внаслідок втрати близької людини та особливості допомоги особам з різними варіантами перебігу горювання.

Ключові слова: втрата, горе, війна, розлад пролонгованого горя, резилієнс.

Вступ

Протягом останнього року Україна та всі українці мають пристосовуватися до життя в умовах воєнного стану та безпосереднього зіткнення з реаліями війни, що може негативно позначитися на психічному благополуччі.

За даними досліджень, перший місяць воєнного стану ознаменувався більше ніж для половини українців станом психологічного дистресу, майже половина (46,8%) респондентів відмітили симптоми депресії, 12,1% — безсоння [1–3].

Аналізуючи дані щодо впливу воєнних дій на психічне здоров'я українців, зокрема внутрішньо переміщених осіб, М. Shevlin та співавтори (2022) зазначають, що 22% респондентів мали симптоми депресії, 18% — тривоги, 55% відмічали значний рівень соматизації, про потенційно небезпечне вживання алкогольних напоїв повідомили 14,3% чоловіків, поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР), за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), становила 21% [4].

Дослідження досвіду війни у підлітків, які проживали на територіях, де велися активні бойові дії, виявило, що 60,2% з них стали свідками збройних нападів, 13,9% — жертвами насильства, 27,9% — були змушені переїхати зі своїх осель. Порівняно з підлітками, які проживали на територіях, де активні бойові дії не проводилися, внутрішньо переміщені підлітки із зони активних бойових дій мали значно підвищений ризик ПТСР, вираженої тривоги та депресії помірно тяжкого та тяжкого ступеня [5].

Дослідження внутрішньо переміщених осіб, що постраждали внаслідок збройного конфлікту в Колумбії та у ході конфлікту зазнали як психологічної травми, так і втрати, виявило, що 23,6% респондентів становили групу стійкості, у 23,3% розвинувся ПТСР, у 25,3% діагностовано розлад пролонгованого горя (РПГ), у 27,8% виявлено високий рівень дистресу із гальними високими значеннями РПГ та ПТСР [6].

Війна вже забрала та продовжує забирати життя українців — як військових, так і цивільних, тобто з кожним

днем усе більша кількість осіб стикаються з горем через втрату близької людини. Найпоширенішими реакціями на втрату є замирання, відмова вірити у факт смерті, гнів, відчуття несправедливості, порожнечі, плач, відчуття провини.

Втрати війни належать до травматичних: вони є переважно неочікуваними, насильницькими, часто людина, яка переживає втрату, сама знаходилася в умовах травматичного стресу [7]. Окремою проблемою стає можливість виконання поховальних ритуалів, контакту рідних з тілом померлого та прощання з померлим в умовах активних бойових дій. В умовах війни також часто відмічають множинні втрати — смерть кількох близьких людей в один момент або одна за одною. Усе вищезазначене може ускладнити перебіг нормального горювання, яке є адаптаційним процесом примирення з існуванням нової реальності, у якій немає померлого або втраченого [8].

Незважаючи на велику кількість інтенсивних тяжких переживань та проходження через страждання аж до повного примирення зі смертю, більшість людей проходять через цей процес фізіологічно та через певний час поновлюють своє повсякденне функціонування [9]. Разом з тим, зважаючи на обставини, які супроводжують війну, — потреба в постійній адаптації до умов, що швидко змінюються, перебування в тривалих стресогенних умовах, підвищення вірогідності потрапити під вплив певних факторів ризику та не піддатися впливу протекторних факторів патологічного горювання зумовлюють необхідність детального дослідження процесу горювання та варіантів його перебігу.

Поняття та психологічна сутність горювання

Горе — це психобіологічна реакція у відповідь на тяжку втрату. Найбільш точно горе описується відчуттям туги та смутку, а також наявністю думок, спогадів та образів померлого у свідомості людини, яка переживає горюван-

ня [10]. Типовими реакціями на втрату є також шок, невіра у смерть близької людини, високий рівень тривоги та інші прояви дистресу, гнів, сум, безсоння, втрата апетиту. Переживання втрати також включає відсутність відчуття передбачуваності, контролю, справедливості, віри в те, що ми можемо захистити своїх близьких, особливо тих, які від нас залежать. Центральними почуттями є самотність та безнадія, проте горювання — очікуваний, а значить, цілком нормальний процес, який спрямований на адаптацію людини до нових умов життя після втрати; його сутністю та завданням є примирення з існуванням нової реальності без втраченого.

У цілому прояви горя виявляються в афективній, когнітивній, поведінковій сферах (таблиця), а також можуть впливати на соматичне здоров'я людини, яка перенесла втрату [10].

Таблиця Прояви горювання в афективній, когнітивній та поведінковій сферах

Сфера проявів горювання	Можливі прояви
Афективна сфера	Відчай, страждання, тривога, страх, відчуття провини, самозвинувачення, ангедонія, відчуття самотності, шок, заперечення, уникання, туга
Когнітивна складова	Фіксація на думках про померлого, румінації, заперечення, занижена самооцінка, уявлення щодо безпорадності або безвиході, суїцидальні думки, відчуття нереальності, порушення пам'яті
Поведінкові прояви	Ажитация, напруження, неспокій, втома, надмірна активність, відчуження від соціального життя, плач, голосіння

Афективні прояви часто є відголосом відчуття розгублення та загублення в новій реальності. Такі відчуття можуть бути зумовлені не лише самим фактом смерті людини та плинності, кінцевості життя, а й роллю померлої особи в житті людини, яка горює (коли померла людина надавала при житті необхідну емоційну підтримку, була фактором економічної стабільності, задовольняла тим чи іншим чином потребу в безпеці), а також пусткою, яка поки що не може бути чимось заповнена.

Когнітивне опрацювання втрати також є нелегким процесом: людина може не визнавати втрату, або, попри розуміння невідворотності смерті, все одно чекати на повернення померлого. Можливе також відчуття присутності померлого або впевненість в опіці чи захисті її померлим. Вагому роль відіграє місце, яке посідали стосунки з померлим у житті людини, яка переживає горе. Якщо життя особи концентрувалося навколо ролі, яку вона виконувала у стосунках з померлим (повне ототожнення жінки з роллю матері або дружини), це може призвести до порушення самоідентичності, викликати негативні уявлення про себе як про поганого батька або партнера.

Поведінкові прояви в ході горювання змінюються від відображення першої реакції на факт втрати до намагання адаптуватися до нових умов. Мотивом поведінки при проходженні людиною ранніх етапів горювання часто виступає ідея «об'єднання» з померлим або повернення, хоч і нетривале, того часу, коли померлий був живий: повернення до місць або обставин, що пов'язані зі спільним перебуванням (перегляд фотографій, перебирання речей тощо).

Горювання також позначається на фізичному здоров'ї та функціонуванні організму: воно може виявлятися відсутністю апетиту, порушеннями сну, браком енергії або виснаженням, скаргами на соматичне здоров'я, змінами в роботі

імунної та ендокринної систем, зниженням опірності організму, підвищеною хворобливістю та смертністю [11, 12].

Подібне різноманіття симптомів свідчить про те, що досвід переживання втрати є дуже індивідуальним як за сукупністю, так і за динамікою проявів. На сьогодні науковий світ відходить від стадійної моделі проживання втрати за E. Kübler-Ross, D. Kessler (2005) [12] та стверджує, що люди дуже різні у проявах свого горювання [14]: стадії заперечення, гніву, торгу, депресії, прийняття можуть змінюватися, не дотримуючись описаної черговості, деякі стадії можуть бути відсутні взагалі, тривалість різних стадій також варіюватиме за часом та інтенсивністю проявів. Навішування ярликів та стандартів «правильного», тобто стадійного, горювання може бути шкідливим, спричиняючи порушення або уповільнення процесу адаптації через уявлення про те, що людина горює «неправильно» (наприклад, не відчуває гніву чи заперечення).

Психологічною основою горювання є дистрес розлуки — гостра емоційна реакція, спричинена втратою, що супроводжується тугою, відчаєм, фіксацією на думках та переживаннях, пов'язаних із втратою. При нормальному перебігу горювання дистрес розлуки зменшується з часом, потім поступово зникає зовсім, змінюючись примирненням, що супроводжується поверненням до звичного повсякденного функціонування.

У ході горювання, що є процесом адаптації до нової реальності — реальності без втраченої людини, людина вирішує три завдання:

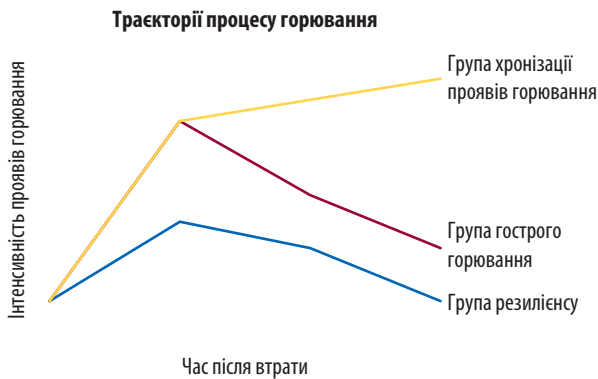
- усвідомлює зміну обставин життя (тобто факт того, що близька людина померла і більше не повернеться);
- дає волю тяжким емоціям, не блокуючи їх, а виявляючи назовні в різний спосіб;
- пристосовується до нової реальності, продовжує ефективно функціонувати в усіх сферах свого життя, включаючи обставини, що супроводжуються відчуттями радості та позитивними емоціями, повноцінне дозвілля та залучення до розваг [15].

Особливості перебігу горювання також тісно пов'язані з культуральними особливостями та традиціями, починаючи з поховальних ритуалів, які окреслюють соціально прийнятну в певній місцевості траурну поведінку та тривалість трауру, закінчуючи тим, яку підтримку та протягом якого періоду надає громада людині в горюванні [16].

Траєкторії горя. Коли горювання перестає бути цілющим

За результатами лонгітудинального дослідження перебігу горювання, в осіб, які постраждали від стихійного лиха [17], виявлено, що 41% з них були резилієнтними до втрати, тобто демонстрували низький рівень симптомів тривалого горя в період 1–6 років після втрати; до групи траєкторії відновлення або гострого горювання — 48% респондентів — увійшли особи, які на ранніх етапах горювання виявляли виражені симптоми емоційного дистресу (гостра реакція), але вираженість цих симптомів зменшилася з часом, 11% респондентів демонстрували хронізацію проявів горювання — безперервну наявність інтенсивних симптомів, яка виявлялася протягом 6 років спостереження після перенесеної втрати (автори зазначають, що перше оцінювання симптоматики горя проводилося через 14 міс після втрати) та характеризувалося низьким рівнем прийняття факту загибелі близької людини (рисунок).

Рисунок Траєкторії процесу горювання



Автори зазначають, що до групи, яка відображає траєкторію резилієнсу, увійшла менша кількість людей, ніж очікували, що, напевно, пов'язано з травматичним стресом, які пережили респонденти. У цьому дослідженні автори не виявили, що множинна втрата є фактором ризику формування пролонгованого горя.

Відповідно до когнітивно-поведінкової концепції хронізації горя та переходу нормального горювання в патологічне зумовлює відсутність інтеграції втрати в існуючі уявлення (людина до кінця не змогла інтегрувати факт втрати та її незворотності до своєї картини життя та самоідентичності, що супроводжується триваючим відчуттям шоку, почуттям невизначеності себе та «нереальності» втрати), дезадаптивні уявлення про себе (меншовартість, самозвинувачення), майбутнє (відсутність бачення сенсу життя без померлого), переживання втрати, реагування на втрату (катастрофізація неправильних інтерпретацій проявів горювання), тривожне уникнення зовнішніх або внутрішніх джерел нагадування про втрату та депресивне уникання звичних раніше повсякденних активностей [15].

Горе саме по собі не є патологією: більшість людей, які пережили втрату, зможуть повернутися до нормального функціонування після проживання здорового горювання, проте у 10% осіб нормальне горювання може перетворитися на пролонговане [18, 19]. РПГ є новою діагностичною категорією, яка увійшла як до МКХ-11, так і до The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR).

Відповідно до МКХ-11 критеріями встановлення РПГ є наявність протягом щонайменше 6 міс відчуття постійної та всепроникаючої туги за померлим та/або постійної та всепоглинаючої когнітивної заклопотаності померлим у поєднанні з будь-яким з 10 додаткових проявів інтенсивного емоційного болю [20].

Критерії РПГ за DSM-5-TR передбачають наявність втрати в анамнезі >12 міс тому. Самі прояви патологічного горювання схожі на ті, що зазначені у МКХ-11 [21].

При оцінці наявності чи відсутності РПГ варто враховувати критерій часу, вираженість симптомів та динаміку їх інтенсивності в часі, вплив, який переживання проявів втрати чинить на життя. При патологічному перебігу інтенсивність симптомів не знижується з часом, а підвищується, або зберігається на дестабілізуючому високому рівні протягом >6 міс горювання (або >12 міс за DSM-5-TR).

Дослідження траєкторії тривалого горя протягом 27 міс встановило, що 25% респондентів, у яких на ранніх етапах горювання виявляли симптоми високої інтен-

сивності, одужали в період 6–12 міс після втрати [22]. Слід звернути увагу на необхідність моніторингу інтенсивності симптомів горя в часі. РПГ — це патологія тривалості та інтенсивності симптомів, а не їх наявності як таких [23].

Фактори ризику РПГ

До досліджуваних факторів ризику розвитку РПГ належать жіноча стать, низький рівень соціально-економічного благополуччя, висока інтенсивність симптомів на ранніх етапах горювання, наявність депресивних або тривожних розладів в анамнезі, втрата дитини або партнера, раптовість та непередбачуваність смерті близької людини, підтримка оточення протягом горювання [24–28].

Дослідження, проведене в Японії [29], виявило такі психологічні фактори ризику, як залежність від померлого, виражене відчуття жалю, інтенсивне самозвинувачення та гальмування вираження гнівливого афекту; до факторів середовища автори віднесли самотність та ізоляцію, неможливість визнати втрату та возз'єднатися з померлим. Дослідження, проведене в Китаї [30], виявило зв'язок підвищення вірогідності розвитку РПГ з віком респондентів (найбільш уразливими виявилися особи віком 41–60 років), хорошими стосунками між тим, хто горює, та померлим при його житті та фактом спільного проживання особи в горюванні з померлою особою перед її смертю.

Фактори ризику розвитку РПГ, що будуть релевантними для українського культурного середовища, на сьогодні не є дослідженими, питання впливу традицій соціальної підтримки особи, яка горює, впливу дотримання ритуалів поховання, особливо в умовах війни та пандемії, та травматичного впливу власне війни та пандемії на ризики розвитку патологічного горювання залишаються відкритими.

Ускладнене та пролонговане горювання: у чому різниця?

Відмінним від пролонгованого горя поняттям є ускладнене горювання. У цьому разі мова йде про приєднання до процесу горювання інших станів, які відповідають діагностичним критеріям психічних розладів (депресія, тривожні розлади або ПТСР).

Ці розлади можуть також бути коморбідними з РПГ. Загалом коморбідність РПГ з психічними розладами становить 75% (з депресією — 55%, ПТСР — 48%, тривожними розладами — 62%) [31]. Перехід горювання у пролонговане пов'язаний з хронізацією депресії, наявністю суїцидальних ідецій та ризиком суїцидальної поведінки [32] навіть при контролі депресії та ПТСР. Досліджувалася та виявлена коморбідність із вживанням психоактивних речовин та порушенням соматичного здоров'я, проблемами зі сном [33, 34].

РПГ є відмінним від депресії, тривожних розладів та ПТСР, попри певну схожість симптомів та можливість коморбідності між цими розладами [35–37]. Центральними переживаннями при РПГ є сильна туга або фіксація (заклопотаність) померлим у поєднанні з сильним емоційним болем, пов'язаним зі втратою (неможливість прийняти смерть, гнів, гіркота, відсутність сенсу життя). Людина з РПГ відчуватиме радше пригнічення, пов'язане з втратою, а людина з депресією матиме стійкий знижений настрій та зниження інтересу та задоволення від раніше приємної діяльності. Поведінка людини з депресією буде швидше пасивною з відстороненням від оточення, тоді як при РПГ особа може шукати підтримки оточення, при ПТСР відзначатиметься унікаюча поведінка, що спря-

мована на зниження вірогідності контакту з тригером, який активує флешбеки. При РПГ відмічається фіксація пам'яті на обставинах втрати, при депресії негативні уявлення можуть стосуватися власне людини, її бачення майбутнього та спогадів про минуле, при РПГ усі подібні уявлення зосереджені навколо померлого, а при ПТСР — на травматичній події, яку пережила людина [15].

Група резилієнсу, яка вона? Що робить людину стійкою?

G.A. Bonanno та співавтори (2001) [38] зазначають, що стійкість під час втрати визначається здатністю людини підтримувати безперервну самоідентичність та соціальну ідентичність. Враховуючи те, що стабільність самосприйняття формується в контексті повторюваних взаємодій з іншими людьми, стає зрозумілим, що інколи від горючої людини можна почути про те, що «з близькою людиною померла частинка її самої». Разом з тим особистість людини є складною та багатогранною, вона відіграє різні соціальні ролі в різних взаємодіях. Навіть у стосунках з найближчими людьми особа проявляється багатьма різними способами. Гнучкість у самосприйнятті та оцінка себе як різнобічної особистості, яка може набувати нового досвіду та відігравати різні соціальні ролі, сприяє успішній адаптації до умов життя, які постійно змінюються. Дослідники виокремлюють 4 процеси, що зберігають або відновлюють самоідентичність людини, яка пережила втрату:

Особливості світогляду та переконань

Яким чином людина відповідно до свого світосприйняття трактує складні життєві події, у тому числі смерть значимого близького: якщо факт кінцевості життя активно заперечується, така втрата передбачувано призведе до високого рівня дистресу. Відбувається зіткнення з екзистенційними питаннями, а для відновлення функціонування людина потребуватиме пошуку та інтеграції нового сенсу у своє життя.

Самовдосконалення та позитивні уявлення про себе

Особи, у житті яких чільне місце посідає саморозвиток, які звикли спиратися на себе, відчувати себе, розуміти свої потреби та шляхи їх задоволення, очікувано будуть більш стійкими в переживанні втрати, ніж особи зі зниженою самооцінкою. Складні життєві події сприймаються як випробування переконань особи в собі та своїх уявленнях та є викликом, подолання якого посилює самоствердження, правильність переконань. Таким чином, резилієнтні особи захищають свою цілісність. Одним із механізмів самопідтримки є порівняння власних обставин з обставинами людей, які перебувають у більш скрутному становищі. Незважаючи на те що подібні порівняння можна вважати певною мірою такими, що знецінюють власний досвід, для осіб із вираженим резилієнсом вони можуть бути гальмівними щодо твердження про несправедливість світу.

Зосередження на конкретних складових особистості

Концентрація на своїй поведінці та виконанні соціальних ролей може сприяти швидкому поновленню або неперервності ідентичності.

Ефективне регулювання емоцій

Негативні емоції при переживанні напружених та травмуючих життєвих подій виконують короткострокові адаптивні функції. Гнів мобілізує ресурси, які можна спрямувати на виживання та боротьбу з небезпекою, туга та сум спо-

нувають до роздумів. Проте часте повторення негативних емоцій може сформувати дезадаптивні моделі поведінки. Здатність до усвідомлення та управління емоціями може позначитися на соціальному функціонуванні. Тривалі та виражені прояви гніву очікувано зумовлюватимуть зниження доступу до підтримки оточуючих, так як і постійна потреба в підтримці та увазі з їх боку. Вираження позитивних емоцій, особливо в товаристві людей, які надають підтримку, сприяють успішній адаптації до втрати.

Втрати і війна. Насильницька втрата, зниклі безвісти

Окремим різновидом втрати є травматична, яка виникає в екстремальних, травматичних обставинах — в умовах війни, природних катаклізмів, терактів тощо. Травматична втрата характеризується неочікуваністю смерті близької людини та є фактором ризику формування ускладненого чи патологічного горювання [8, 28]. Для війни характерні також переживання множинних втрат та залучення самої особи, яка пережила втрату, до умов тривалого травматичного стресу.

Реалії війни також впливають на доступність підтримки з боку соціуму, особливо інших знайомих чи близьких людей. Тимчасово переміщені та внутрішньо переміщені особи, які дізнаються про втрату, не завжди мають доступ до необхідної їм соціальної підтримки. Багато родин розділені війною, тож присутність близьких людей, які можуть надати підтримку та розділити втрату з тими, хто горює, не завжди є можливою.

За результатами досліджень [39], непередбачувана або насильницька втрата близької людини є однією з найпоширеніших життєвих подій, які призводять до ПТСР. Дослідження, проведене в Ізраїлі [40], виявило ознаки патологічного горювання через 2,5 року після втрати у 30% батьків, які пережили втрату, пов'язану з бойовими діями. Переживання травматичної втрати може супроводжуватися вираженим відчуттям провини: звинуваченням як себе в тому, що докладено не всіх можливих зусиль для збереження життя дорогої людини, так і оточуючих [8]. Відчуття несправедливості світу, де можлива втрата близької людини, та звинувачення когось у смерті близької людини можуть збільшити тривалість та вираженість депресії та РПГ.

У ході війни рідні загиблій особи не завжди мають змогу попрощатися з тілом та провести поховальний ритуал, який сам по собі має «цілющі» властивості та спрямований на усвідомлення втрати, опрацювання емоцій через прощання з померлою людиною, а споглядання понівеченого, інколи до невпізнаності, тіла може посилити дистрес.

Якщо факт смерті близької особи є офіційно підтвердженим, а людина знаходиться занадто далеко або не має можливості приїхати на поховання, це, з одного боку, може спровокувати відчуття провини, з іншого — подовжити заперечення та неусвідомлення факту смерті через відсутність об'єктивних доказів у вигляді тіла померлого. Несприятливими також можуть стати ізоляція та відсутність підтримки близьких людей, які на момент повідомлення про смерть можуть знаходитися надто далеко, щоб бути присутніми фізично та емоційно, надаючи підтримку стільки часу, скільки потребує людина для вираження свого гострого горя.

Інколи тіло ідентифікованого військовослужбовця через обставини має бути похованим далеко від дому, тоді допомо-

гою для родини воїна може бути проведення символічного ритуалу прощання з померлим, що даватиме змогу зустрітись з реальністю втрати. У цьому разі залишається можливість перепоховання тіла через певний час та доопрацювання переживань. Важливим є також наявність могили — місця, до якого особа, яка горює, може повертатися, та матеріальне підтвердження того, що близької людини більше немає.

Окремим питанням постає невідомість щодо втрачених безвісти осіб. Рідні не знають напевно, чи жива особа, чи вже загинула. Тіла загиблих можуть бути не знайденими або понівеченими з неможливістю ідентифікації, у такому разі ритуал поховання не відбудеться зовсім. Відсутність офіційного підтвердження смерті може провокувати занепокоєння та заперечення найімовірнішого результату; немає не лише усвідомлення, але й факту незворотності втрати, допоки не буде отримане офіційне підтвердження про смерть, залишатиметься місце для надії. Якщо в інших випадках відчуття надії може чітко визначатися як позитивне, надаючи ресурс для переживання складної ситуації, то при неоднозначній втраті надія є не настільки переконливо позитивною. Очікування на повернення близької людини додому живою в довготривалій перспективі спричиняє відчуття занепокоєння та тривоги. Такі відчуття тримають у напруженні та невідомості, проте визнають, що людина загинула, може супроводжуватися самознищенням у тому, що, визнаючи її мертвою, рідні зраджують надію на її повернення.

Невизначеність статусу родини як такої, що втратила близького або чекає на його повернення, також утруднює отримання соціальної підтримки, яка розрахована для осіб, які перебувають у процесі горювання після втрати близької людини, а також унеможлиблює проведення ритуалу поховання, прощання та повноцінного трауру [41]. По суті людина, яка має нічим не підкріплену надію, не має можливості для повноцінної адаптації до життя без рідної людини, яка зникла, хоча і всі логічні обґрунтування свідчать про те, що вона загинула. У цьому разі надія підкріплює відчай, а відчай підкріплює надію.

За результатами досліджень, неоднозначність втрати пов'язана з вищим ризиком формування психічних розладів (РПГ, ПТСР, тривожних розладів, депресії), пов'язаних з таким типом втрат [42].

Для втрати в обставинах насилля поширеним виходом є поєднання горювання та посттравматичних стресових реакцій, прояви ПТСР у вигляді флешбеків та інтрузій можуть перешкоджати нормальному перебігу горювання.

Рідні осіб, які померли насильницькою смертю, мали підвищений ризик негараздів з психічним здоров'ям у вигляді РПГ, тривалого великого депресивного епізоду [43, 44].

Таким чином, життя та смерть в умовах війни на території нашої країни накладають свої жорстокі відбитки на процес нормального горювання та певною мірою ускладнюють відновлення.

Допомога людині, яка переживає втрату

Під час роботи з пацієнтом з втратою в анамнезі важливо чітко визначити необхідний обсяг допомоги. Так, більшість людей пройдуть через фізіологічний, неускладнений процес горювання та повністю відновляться, повернувшись до нормального функціонування. Такі люди не потребують висококваліфікованої психологічної до-

помоги або специфічних інтервенцій. Важливу увагу варто приділити зазначеним факторам ризику, а також наявності протекторних факторів, в умовах війни в першу чергу — задоволенню базових потреб та достатній соціальній підтримці. Доцільною є нормалізація індивідуального процесу переживання втрати та дослідження поточного психічного стану людини на предмет коморбідних проблем із психічним здоров'ям. Важливо враховувати інтенсивність та динаміку симптомів горювання, які має людина [45]. Варто зазначити, що прояви горя, які протягом певного часу знизилися, можуть транзиторно посилюватися в періоди згадування про померлого або в дати, пов'язані з померлим (річниця народження чи смерті, особливі особисті дати) [46].

Пацієнтам із супутніми депресивними, тривожними розладами, порушеннями сну, суїцидальними думками доцільно надавати психологічну та медикаментозну допомогу відповідно до їх стану за наявними протоколами.

У допомозі особам із РПГ чільне місце посідає психотерапія. Досліджене використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) [47], майндфулнесорієнтованої терапії [48], терапії, орієнтованої на співчуття, в роботі з РПГ, щодо ефективності якої дискусії досі тривають [49].

КПТ у роботі з РПГ спрямована на інтеграцію факту втрати в особисту реальність та світосприйняття, робочу модель стосунків, роботу над дезадаптивними когніціями, зменшенням депресивного та тривожного уникання. Використовуються техніки експозиції, когнітивної реструктуризації, поведінкової активації. Важливим є залучення в терапевтичний процес людини з оточенням, яке надає підтримку, сприяє усвідомленню незворотності втрати та зустрічі з емоційним болем, відновленню довіри до світу, до себе, можливість щасливого майбутнього, відновлення повноцінного функціонування. Терапевт може використовувати також специфічні додаткові втручання — письмові завдання, уявні розмови з померлим, терапевтичні ритуали, спрямовані на прощання з померлим [15].

Медикаментозне лікування при РПГ не є обґрунтованим, а застосування антидепресантів буде ефективним лише у разі супутньої депресії та стосовно власне депресивних симптомів [46].

Висновки

Більшість осіб, які стикнулися в цю тяжку годину зі смертю близької людини, пройде через процес нормального горювання та повернеться до нормального, повноцінного життя, але навіть у таких випадках корисною може бути медико-психологічна реабілітація. Фахівці, які працюють з людьми в горюванні, мають бути пильними щодо динаміки горя, відсутності супутньої патології та факторів, що можуть сприяти формуванню патологічного горювання, та бути обізнаними в сучасних підходах до надання допомоги при різних станах окремо або у їх поєднанні не тільки задля ефективної допомоги, а й в першу чергу, щоб не зробити гірше та не перешкоджати нормальному пристосуванню людини до нових умов [50]. Колеги — спеціалісти сфери охорони психічного здоров'я зі всього світу активно долучилися до співпраці з українськими фахівцями, концентруючись навколо розв'язання нових викликів, задля посилення стійкості українців. Прикладом подібної співпраці є проєкт «Hot topics» за підтримки Мережі травматичного стресу Європейського коледжу нейропсихофармакології (European College of Neuropsychopharmacology), у якому експерти з травматичного стресу та фахівці охорони психічного здоров'я з усього

світу та України діляться досвідом [51]. Прикладом діалогу експертів є «Короткі поради щодо виживання для цивільних осіб в умовах військового стресу» («Brief advice on survival for civilians in the circumstances of war stress») професора А. Shalev [52] та «Відповідь на доповідь Ар'є Шалева «Пережити труднощі війни. Короткі поради щодо виживання мирного населення в умовах воєнного стресу» професора О. Чабана [53].

В умовах війни суспільству як ніколи важливо згуртуватися та усім разом працювати над відновленням зруйнованого (як матеріального, так і емоційного) та зміцненням самоідентичності, бути уважними до себе та до тих, хто поряд, задля надання завчасної необхідної підтримки. Формуючи стійкість кожного українця та української нації в цілому, поглиблюючи самосвідомість, ми робимо себе менш уразливими в реаліях постійного стресу та постійно відновлюємося, навіть переживаючи тяжкі часи чисельних та різноманітних втрат.

Список використаної літератури

- Heeke C., Stammel N., Heinrich M., Knaevelsrud C. (2017) Conflict-related trauma and bereavement: exploring differential symptom profiles of prolonged grief and posttraumatic stress disorder. *BMC Psychiatry*, 17(1). doi.org/10.1186/s12888-017-1286-2.
- Habib A., Stevelink S.A.M., Greenberg N., Williamson V. (2018) Post-traumatic growth in (ex-) military personnel: review and qualitative synthesis. *Occupational Medicine*, 68(9): 617–625. doi.org/10.1093/occmed/kqy140.
- Xu W., Pavlova I., Chen X. et al. (2023) Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *Int. J. Soc. Psychiatr.*, 002076402211439. doi.org/10.1177/00207640221143919.
- Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. et al. (2022) The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. *J. Traumat. Stress*. doi.org/10.1002/jts.22837.
- Osokina O., Silwal S., Bohdanova T. et al. (2022) Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatr.* doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.845.
- Magne H., Jaafari N., Voyer M. (2021) La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française. *L'Encéphale*, 47(2): 143–150. doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.021.
- Boelen P.A., Olf M., Smid G.E. (2019) Traumatic loss: Mental health consequences and implications for treatment and prevention. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 10(1): 1591331. doi.org/10.1080/20008198.2019.1591331.
- Kristensen P., Weisæth L., Heir T. (2012) Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Int. Biol. Proc.*, 75(1): 76–97. doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76.
- Bonanno G.A. (2004) Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Am. Psychol.*, 59(1): 20–28. doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20.
- Pop-Jordanova N. (2021) Grief: Aetiology, Symptoms and Management. *PRILOZI*, 42(2): 9–18. doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014.
- O'Connor M.-F. (2019) Grief: A Brief History of Research on How Body, Mind, and Brain Adapt. *Psychosomatic Med.*, 81(8): 731–738. doi.org/10.1097/PSY.0000000000000717.
- Kübler-Ross E., Kessler D. (2005) On Grief & Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss. Simon & Schuster.
- Stroebe M., Schut H., Stroebe W. (2007) Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603): 1960–1973. doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61816-9.
- Stroebe M., Schut H., Boerner K. (2017) Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *OMEGA — J. Death and Dying*, 74(4): 455–473. doi.org/10.1177/0030222817691870.
- Boelen P. (2022) Prolonged grief disorder: Nature, risk-factors, assessment, and cognitive-behavioural treatment. *Psychosomatic Med. General Pract.*, 7(2): e0702375–e0702375. doi.org/10.26766/pmgp.v7i2.375.
- Penman E.L., Breen L.J., Hewitt L.Y., Prigerson H.G. (2014) Public Attitudes About Normal and Pathological Grief. *Death Studies*, 38(8): 510–516. doi.org/10.1080/07481187.2013.873839.
- Sveen J., Johannesson B.K., Cernvall M., Arberg F.K. (2018) Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLoS ONE*, 13(12): e0209757. doi.org/10.1371/journal.pone.0209757.
- Prigerson H. (2004) Complicated grief. *Bereavement Care*, 23(3): 38–40. doi.org/10.1080/02682620408657612.
- Nielsen M.K., Carlsen A.H., Neergaard M.A. et al. (2019) Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Soc. Sci. Med.*, 232: 460–469. doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007.
- icd.who.int/en.
- www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/DSM-5-TR/APA-DSM5TR-ProlongedGriefDisorder.pdf.
- Djelantik A.A.A., Manik J., Robinaugh D.J., Boelen P.A. (2022) The course of symptoms in the first 27 months following bereavement: A latent trajectory analysis of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression. *Psychiatr. Res.*, 311: 114472. doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114472.
- Maciejewski P.K., Maercker A., Boelen P.A., Prigerson H.G. (2016) «Prolonged grief disorder» and «persistent complex bereavement disorder», but not «complicated grief», are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3): 266–275. doi.org/10.1002/wps.20348.
- Doering B.K., Barke A., Vogel A. et al. (2022) Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Front. Psychiatr.*, 13. doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698.
- Dennis H., Eisma M.C., Breen L.J. (2021) Public Stigma of Prolonged Grief Disorder. *J. Nervous Mental Dis.* doi.org/10.1097/nmd.0000000000001427.
- Nielsen M.K., Neergaard M.A., Jensen A.B. et al. (2017) Predictors of Complicated Grief and Depression in Bereaved Caregivers: A Nationwide Prospective Cohort Study. *J. Pain Symptom Management*, 53(3): 540–550. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.013.
- Lenger M.K., Neergaard M.A., Guldin M.-B., Nielsen M.K. (2020) Poor physical and mental health predicts prolonged grief disorder: A prospective, population-based cohort study on caregivers of patients at the end of life. *Palliat. Med.*, 34(10): 1416–1424. doi.org/10.1177/0269216320948007.
- Heeke C., Kampisiou C., Niemeyer H., Knaevelsrud C. (2017) A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 8(Sup. 6): 1583524. doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524.
- Shimizu K. (2020) Risk factors of severe prolonged grief disorder among individuals experiencing late-life bereavement in Japan: A qualitative study. *Death Studies*, 1–9. doi.org/10.1080/07481187.2020.1728427.
- Yi X., Gao J., Wu C. et al. (2018) Prevalence and risk factors of prolonged grief disorder among bereaved survivors seven years after the Wenchuan earthquake in China: A cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Sci.*, 5(2): 157–161. doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.001.
- Simon N.M., Shear K.M., Thompson E.H. et al. (2007) The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatr.*, 48(5): 395–399. doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002.
- Latham A.E., Prigerson H.G. (2004) Suicidality and Bereavement: Complicated Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4): 350–362. doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737.
- Marques L., Bui E., LeBlanc N. et al. (2013) COMPLICATED GRIEF SYMPTOMS IN ANXIETY DISORDERS: PREVALENCE AND ASSOCIATED IMPAIRMENT. *Depression and Anxiety*, 30(12), 1211–1216. doi.org/10.1002/da.22093.
- Lancel M., Stroebe M., Eisma M.C. (2020) Sleep disturbances in bereavement: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 53: 101331. doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101331.
- Prigerson H.G., Frank E., Kasl S.V., Reynolds Ch.F. (1995) Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am. J. Psychiatr.*, 152(1): 22–30. doi.org/10.1176/ajp.152.1.22.
- Boelen P.A., van den Bout J. (2005) Complicated Grief, Depression, and Anxiety as Distinct Postloss Syndromes: A Confirmatory Factor Analysis Study. *Am. J. Psychiatr.*, 162(11): 2175–2177. doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2175.
- Spuij M., Reitz E., Prinzie P. et al. (2012) Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatr.*, 21(12): 673–679. doi.org/10.1007/s00787-012-0307-4.

38. Bonanno G.A., Papa A., O'Neill K. (2001) Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3): 193–206. doi.org/10.1016/S0962-1849(01)80014-7.
39. Houwen K. van der, Stroebe M., Stroebe W. et al. (2010) Risk Factors for Bereavement Outcome: A Multivariate Approach. *Death Studies*, 34(3): 195–220. doi.org/10.1080/07481180903559196.
40. Ginzburg K., Geron Y., Solomon Z. (2002) Patterns of Complicated Grief among Bereaved Parents. *OMEGA — Journal of Death and Dying*, 45(2): 119–132. doi.org/10.2190/xuw5-qgq9-kcb8-k6www.
41. Hollander T. (2016) Ambiguous Loss and Complicated Grief: Understanding the Grief of Parents of the Disappeared in Northern Uganda. *J. Fam. Theor. Rev.*, 8(3): 294–307. doi.org/10.1111/jftr.12153.
42. Crocker R.M., Reineke R.C., Ramos Tovar M.E. (2021) Ambiguous Loss and Embodied Grief Related to Mexican Migrant Disappearances. *Med. Anthropol.*, 1–14. doi.org/10.1080/01459740.2020.1860962.
43. Heeke C., Kampsious C., Niemeyer H. et al. (2017) A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 8(Sup. 6): 1583524. doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524.
44. Brent D., Melhem N., Donohoe M.B. et al. (2009) The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *Am. J. Psychiatry*, 166(7): 786–794. doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244.
45. Boelen P.A. (2016) Improving the understanding and treatment of complex grief: an important issue for psychotraumatology. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 7(1): 32609. doi.org/10.3402/ejpt.v7.32609.
46. Szuhany K.L., Malgaroli M., Miron C.D. et al. (2021) Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *FOCUS*, 19(2): 161–172. doi.org/10.1176/appi.focus.20200052.
47. Boelen P.A., Lenferink L.J.M., Spuij M. (2021) CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Am. J. Psychiatry*, 178(4): appi.ajp.2020.2020.2. doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548.
48. Kumar S.M. (2013) *Mindfulness for Prolonged Grief*. New Harbinger Publications.
49. Johannsen M., Schlander C., Farver-Vestergaard I. et al. (2022) Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults — Results from a randomized controlled trial. *Psychiatr. Res.*, 314: 114683. doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114683.
50. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2022) Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Укр. мед. часопис*, 4: 150. doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
51. Liebrecht M., Gluzman S. (2022) When two sides go to war. *The Lancet Psychiatry*, 9(5): 337. doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00118-3.
52. Shalev A. (2022) Surviving Warfare Adversities. A Brief Survival Advice for Civilians Under War Stress. *Psychosomat. Med. Gen. Pract.*, 7(1). doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.357.
53. Chaban O. (2022) A response to the paper by Arieh Y. Shalev «Surviving the hardships of war. Brief advice on survival for civilians in the circumstances of war stress». *Psychosomat. Med. Gen. Pract.*, 7(1). doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.359.

Over a year of war and loss: rising from the ashes of grief to build a new life

O.O. Khaustova, I.V. Leshchuk

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract. After the start of the full-scale invasion of Russia in Ukraine, almost every Ukrainian felt a sharp increase in the level of stress, had to make important, sometimes fateful decisions, some were in the area of active fighting, experiences traumatic stress that threatens mental well-being. However, the war cannot last forever, what has been destroyed (both material and mental) can be restored and improved. However, the war is accompanied by irreversible changes — the deaths of people who will never return again, it cannot be changed, but it has to reconcile to live on. There are no exact statistics on the dead, but it is obvious that every day dozens of Ukrainian families face grief. Grief is a person's experience caused by the loss of something important in their life. Loss and grief are usually talked about when a loved one dies, but the grieving process can follow the loss of other important life components, such as a job, home, pet, meaningful relationships, or career. In some cases, grief can last for years and disrupt functioning. The COVID-19 pandemic and the war take away people's lives, work, destroy the usual way of life and cause crossings. This article examines the essence of the process and possible options for the course of grieving due to the loss of a loved one and features of assistance to persons with different options for the course of grieving.

Key words: loss, grief, war, disorder of prolonged grief, resilience.

Відомості про авторів:

Хаустова Олена Олександрівна — доктор медичних наук, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Лещук Ірина Володимирівна — аспірант, асистент кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Хаустова Олена Олександрівна
01601, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
E-mail: 7974247@gmail.com

Information about the authors:

Khaustova Olena O. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of the Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Leshchuk Iryna V. — Assistant Professor of the Department of medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of the Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Olena Khaustova
01601, Kyiv, Taras Shevchenko Ave., 13
E-mail: 7974247@gmail.com

Надійшла до редакції/Received: 09.03.2023

Прийнято до друку/Accepted: 13.03.2023