

УСКЛАДНЕНЕ ГОРЮВАННЯ У ПРИЗМІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ, ГУМАНІСТИЧНО-ЕКЗИСТЕНЦІЙНОЇ ТА ПСИХОАНАЛІТИЧНОЇ ТРАДИЦІЙ

Старков Денис Юрійович

кандидат психологічних наук,

науковий співробітник лабораторії кіберпсихології

Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

ORCID ID: 0000-0001-9220-8703

Статтю присвячено теоретичному огляду феномену ускладненого/продовженого горювання, з порівнянням поглядів у когнітивно-поведінковій, гуманістично-екзистенційній і психоаналітичній традиціях. Зауважено горювання внаслідок особливих видів втрат. У разі травматичної втрати головною проблемою є диференціація її з посттравматичним стресовим розладом, де ключовими розрізненнями є зосередження на травматичній події, уникнення спогадів з обставинами смерті та сенсорний характер інтрузій за посттравматичного стресового розладу. Головними проблемними аспектами невизначеної втрати є незавершеність переживань, амбівалентність, коливаннями надія – відчай. Розглянуто лінійні моделі горювання, як-от моделі Кюблер-Росс, Паркеса – Боулбі, Горовица, їхні основні недоліки, сучасний погляд на горювання як на унікальний нелінійний багатовимірний процес прийняття/інтеграції втрати, який критично залежить від культурального контексту, особистості людини, стосунків з померлим(ою), обставин смерті. Теоретичні моделі процесу горювання груповані у три кластери: когнітивно-поведінкові, гуманістично-екзистенційні, психоаналітичні. Ключовими теоретичними аспектами когнітивно-поведінкових моделей є недостатня інтеграція втрати з наявними автобіографічними знаннями, негативні переконання та помилкові інтерпретації, тривожне та депресивне уникання. Ключовими теоретичними аспектами гуманістично-екзистенційних моделей є порушення сенсотворення, ідентичності й екзистенційної інтеграції втрати. Ключовими теоретичними аспектами психоаналітичних моделей є порушення інтеграції втраченого об'єкта, амбівалентність динаміки любов – агресія, фіксація ідентифікації із втраченим об'єктом, порушення символізації, фіксація лібідо на втраченому об'єкті.

Ключові слова: ускладнене горювання, розлад продовженого горювання, когнітивно-поведінкова терапія, гуманістично-екзистенційна терапія, психоаналітична / психодинамічна терапія.

Starkov D. COMPLICATED GRIEF THROUGH THE LENS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL, HUMANISTIC-EXISTENTIAL, AND PSYCHOANALYTIC TRADITIONS

This article presents a theoretical review of the phenomenon of complicated/prolonged grief, with a comparative analysis of cognitive-behavioral, humanistic-existential, and psychoanalytic traditions. Grief associated with specific types of loss is examined. In cases of traumatic loss, the main clinical challenge is differentiation from post-traumatic stress disorder (PTSD), where the key distinguishing features include a focus on the traumatic event itself, avoidance of memories related to the circumstances of death, and the predominantly sensory nature of intrusions in PTSD. In ambiguous loss, the central problematic aspects include the lack of experiential closure, pronounced ambivalence, and oscillations between hope and despair. Linear stage-based models of grief, such as those proposed by Kübler-Ross, Parkes – Bowlby, and Horowitz, are reviewed along with their principal limitations. The article outlines a contemporary view of grief as a unique, non-linear, multidimensional process of acceptance and integration of loss, which critically depends on cultural context, individual personality characteristics, the nature of the relationship with the deceased, and the circumstances of death. Theoretical models of the grief process are grouped into three clusters: cognitive-behavioral, humanistic-existential, and psychoanalytic. Key theoretical aspects of cognitive-behavioral models include insufficient integration of the loss into existing autobiographical knowledge, negative beliefs and maladaptive interpretations, as well as anxious and depressive avoidance. Humanistic-existential models emphasize disruptions in meaning-making, identity, and existential integration of loss. Psychoanalytic models focus on disturbances in the integration of the lost object, ambivalence within the love – aggression dynamic, fixation of identification with the lost object, impairments in symbolization, and fixation of libidinal investment on the lost object.

Key words: complicated grief, prolonged grief disorder, cognitive-behavioral therapy, humanistic-existential therapy, psychoanalytic/psychodynamic therapy.

Вступ. Війна на території України призвела до численних людських жертв, що, як наслідок, призводить до величезного збільшення випадків розладів, пов'язаних із проживанням втрати. Однією із проблем підготовки спеціалістів, що працюють із втратою, є вузька спеціалізація – спеціалісти зазвичай вивчають методи роботи у своїй парадигмі (когнітивно-поведінковій, гуманістично-екзистенційній, психоаналітичній), часто мало знайомі з поглядами інших підходів. Авторським поглядом є те, що

така вузька спеціалізація, особливо в роботі з ускладненим горюванням, значно зменшує можливості психотерапевта/психолога. Як мінімум загальне ознайомлення з іншими поглядами може збагатити розуміння терапевтичного процесу та збільшити ефективність.

Метою статті є загальний огляд сучасного наукового розуміння проблеми ускладненого горювання та порівняння поглядів когнітивно-поведінкової, гуманістично-екзистенційної та психоаналітичної традицій.

Визначення ускладненого горювання. Як терміни, що позначають проблемне переживання горя втрати, у науковій літературі синонімічно вживають такі: *продовжане* (варіанти перекладу – *затяжне, тривале*) *горювання* (*gore*) (англ. *prolonged grief*); *ускладнене горювання* (*gore*) (англ. *complicated grief*); *стійкий ускладнений розлад переживання втрати* (англ. *persistent complex bereavement disorder*). Але саме термін *продовжане горювання* вжито в останній версії МКХ-11 (англ. ICD-11) і останньому перегляді DSM-5-TR від 2022 р. (у версії DSM-5 від 2013 р. рубрика «Стойкий ускладнений розлад переживання втрати» була лише в частині третій посібника – «Рубрики, що розроблюються»).

Найбільш поширеними термінами є *продовжане горювання* та *ускладнене горювання*, саме термін *продовжане горювання* офіційно вживається на позначення відповідного розладу в ICD-11 та DSM-5-TR. Однак проблема використання терміна *продовжане горювання* полягає в можливості його застосування лише саме для затяжної реакції горя (не менше року після втрати, за DSM-5, або пів року, за ICD-11), тоді як для проблемного переживання горя в межах меншого періоду використання цього терміна неможливе. Тому доречним є використовувати поняття *продовжаного горювання* (далі – ПГ) для затяжних реакцій горя, а *ускладнене горювання* (далі – УГ) – як більш широкий термін, який включає також проблемне горювання на менших строках.

Також варіативним є спосіб перекладу англійського терміна *grief* – в англійській мові ядерним значенням цього терміна є внутрішній емоційний стан страждання через втрату. І хоча в англійській мові *grief* також може інколи позначати й зовнішню подію втрати, однак таке значення є непрямим, радше метонімічним. Тоді як український термін *горе* має чітке подвійне значення як внутрішнього стану, так і події. Тому, щоб уникнути двозначності, у статті буде віддано перевагу терміну *горювання*, коли йтиметься про внутрішні стани страждання людини через втрату. До того ж цей термін підкреслює процесуальність феномену (а не стану, як термін *горе*), що є важливим акцентом саме з погляду психології та психотерапії (де як альтернативний варіант часто використовують вираз *процес проживання втрати*).

ICD-11 визначає ПГ як розлад, за якого після смерті партнера, батька, дитини або іншої близької людини у скорботного виникає стійка й всеосяжна реакція горя, що характеризується тугою за померлим або постійною заклопотаністю померлим, що супроводжується сильним емоційним болем (наприклад, смутком, почуттям провини, гнівом, запереченням, звинуваченням, труднощами із прийняттям смерті, відчуттям втрати частини себе, нездатністю відчувати позитивний настрій, емоційною байдужістю, труднощами в участі в соціальних або інших видах діяльності). Реакція на горе триває нетипово довгий час після втрати (мінімум більше ніж 6 місяців) і явно виходить за межі соціальних, культурних або релігійних норм, прийнятних для культури та контексту даної особи. Розлад призводить до значних порушень в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування. Якщо функціонування підтримується, то лише завдяки значним додатковим зусиллям [1].

Переглянутий посібник «DSM-5-TR» (2022 р.) визначає розлад *продовжаного горювання* (ПГ; F43.8) як тривалу дезадаптивну реакцію на втрату значущої особи, що може бути діагностована не раніше ніж через 12 місяців після смерті (6 місяців у дітей і підлітків), на відміну від 6-місячного порога, передбаченого в ICD-11. На відміну від ICD-11, у DSM-5-TR критерії ПГ є більш деталізованими та розширеними. Ключовими симптомами ПГ в DSM-5-TR є інтенсивна туга або печаль за померлою людиною (*yearning/longing*) та/або нав'язлива заклопотаність думками чи спогадами про померлого. Для постановки діагнозу ці прояви мають поєднуватися з низкою додаткових симптомів, що відображають порушення ідентичності, труднощі реінтеграції в соціальне та життєве функціонування, виражений емоційний біль, уникання нагадувань про втрату, емоційне заціпеніння, екзистенційну порожнечу й інтенсивну самотність [2].

Важливою є диференційна діагностика ускладненого горювання від депресивного розладу. У разі розрізнення з депресією, ускладнене горювання зосереджене на переживанні втрати близької людини, тоді як депресивні думки й емоційні реакції зазвичай охоплюють різні сфери життя. Окрім того, інші симптоми ускладненого горювання (труднощі із прийняттям втрати, почуття гніву через втрату, відчуття, ніби померла частина себе) не характерні для депресії. З іншого боку, УГ та депресивний епізод (або інші варіанти афективних розладів) можуть співіснувати, вони мають діагностуватися разом, якщо дотримано всі діагностичні вимоги для кожного з них.

Часто також виділяють специфічні види втрат. Одним із таких специфічних видів горювання є травматичне горе (англ. *traumatic grief* або *traumatic bereavement*), або горювання внаслідок травматичної втрати (англ. *grief in the context of traumatic loss*) – належить до переживання втрати у травматичних обставинах (неочікувана смерть, суїцид, смерть через насилля та інше). Автори огляду 2023 р., що охоплює 164 дослідження травматичного горя, заявляють, що наслідки травматичної втрати вкрай недостатньо вивчені [3]. Однією із проблем діагностики травматичного горя є те, що після травматичної втрати може розвинути як ускладнене горювання, так і посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР).

Загалом, проблема розрізнення ускладненого горювання внаслідок травматичної втрати з ПТСР полягає в тому, що обидва стани можуть включати як нав'язливі думки, так і уникнення. Однак за ПТСР інтрузії зосереджені на травматичній події (тобто обставинах смерті близької людини), а румінації за УГ зосереджені на багатьох аспектах стосунків з померлим, серед яких і позитивні аспекти цих стосунків, що супроводжується стражданням від розлуки з ним. Щодо уникнення, то за ПТСР воно проявляється в уникненні спогадів, думок або почуттів, пов'язаних з обставинами смерті, а уникнення за УГ є уникненнями нагадувань (думок і діяльності, наприклад тієї, що проводили разом з померлим) про те, що близької людини більше немає. Окрім того, інтрузії за ПТСР зазвичай є більш перцептивним (спогад відчувається так, ніби все відбувається тут і зараз), чого зазвичай не спостерігається за УГ. У разі УГ також спостерігається туга за померлим, яка відсутня за ПТСР. Розрізнення ПТСР й УГ внаслідок травматичної втрати є вкрай важливим, бо стратегії психологічної допомоги будуть кардинально різні [4].

А. Джелантік зі співавторами [5] провели метааналіз досліджень поширеності розладу пролонгованого горювання на вибірці тих, хто пережив неприродно втрату (нещасні випадки, катастрофи, самогубства або вбивства), і в цій вибірці поширеність розладу була в п'ять разів вища, ніж серед тих, хто зазнав «природної» втрати, тобто 50%. В останньому систематичному огляді Р. Jann зі співавторами [6] 46 досліджень наведено неясні дані щодо ризику розвитку обох розладів після травматичної втрати: 1–95% розповсюдженість ПТСР після травматичної втрати, 1–94% розповсюдженість ускладненого горювання, 1–53% розповсюдженість коморбідності ПТСР й ускладненого горювання. Також автори, які зауважують методологічну неякісність досліджень (більшість досліджень травматичного горя використовує поперечний дизайн, тобто не є лонгітюдними, через що майже неможливо точно виділити фактори ризику та феноменологію розвитку травматичного горювання), як головний фактор розвитку як ускладненого горювання, так і ПТСР виділяють відсутність соціальної підтримки. Також з УГ і ПТСР корелювала вираженість соціальних емоцій провини та помсти, однак незрозуміло, чи вони є фактором розвитку розладу, чи наслідком розвитку розладу. Диференційним фактором ризику є стосунки із загиблим – імовірно, вони є фактором ризику розвитку УГ, однак не ПТСР, хоча деякі дослідження і показують кореляцію стосунків з розвитком ПТСР, однак автори огляду зазначають, що в такому разі можлива помилкова діагностика, коли симптоми травматичного горювання були переплутані із симптомами ПТСР.

М. Айсма [7] вважає такі високі показники поширеності розладу ПГ через травматичні втрати завищеними, зазначає дві методичні причини для цього. По-перше, показники може завищувати не випадкова вибірка, типова для досліджень травматичної втрати, у порівнянні з випадковою вибіркою для загальних досліджень втрати. По-друге, використання шкал самооцінки, типових для досліджень горя, може призвести до завищення показників поширеності порівняно із клінічними інтерв'ю, у групі травматичного горювання.

Іншою групою специфічних видів втрати є *невизначена втрата* (англ. *ambiguous loss*). Термін був уведений П. Босс і, по суті, означає втрату без 100% імовірності знання про неї (наприклад, зниклі безвісти) [8]. Така невизначена втрата має ознаки незавершеності (через відсутність підтвердження факту смерті неможливо позбавитись надії на повернення), амбівалентності (людина живе в парадоксі «двозначності» – одночасних відсутності та присутності близької особи), травматичності (переживання невирішеної ситуації часто призводить до розвитку психопатологій). Сам процес проживання невизначеної втрати характеризується коливаннями від надії до відчаю [8; 9]. Загалом ситуація невизначеної втрати ускладнює (якщо не унеможливує) інтеграцію досвіду втрати [9].

Окрім невизначеної втрати та травматичного горювання, специфічними видами втрат також виділяють: *безправне горе* (англ. *disenfranchised grief*, автор терміна К.Дж. Дока) – переживання втрати, яка не є соціально визнаною (наприклад, смерть того, з ким був прихований роман) [10], *передбачуване горе* (англ. *anticipatory grief*) – коли втрата ще не сталася, але вона неминуча (наприклад, термінально хворий близький) [11].

Щодо розповсюдженості розладу пролонгованого горювання, то метаналіз 2017 р. М. Лундорфф та інших [12] 14 досліджень показав поширеність розладу пролонгованого горювання серед дорослих, хто втратив близьких, приблизно в 10%. Велике (вибірка 855 дорослих, що зазнали втрати)

дослідження поширеності розладу тривалого горювання П. Булен і Л. Ленферінк [12] оцінює розповсюдженість розладу серед них у діапазоні 10–20%. Але, як було зазначено вище, у разі неприродної втрати цей показник у п'ять разів вищий та досягає 50%.

Моделі процесу проживання втрати. Щодо процесу перебігу як ускладненого, так і нормального горювання, то однозначної думки в науковій спільноті немає досі.

Історично першим підходом до процесу горювання було виділення універсальних фаз/стадій (інша назва – *лінійні моделі*). Найбільш популярною з таких фазних/стадійних моделей є модель п'яти стадій Е. Кюблер-Росс (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття), і саме ця модель зазнала найбільшої наукової критики, її натеper не вважають науково прийнятною [14]. По-перше, ця модель розроблялася Е. Кюблер-Росс для стадій прийняття звістки про власну термінальну хворобу, а не про смерть близького (перенесення цієї моделі на проживання втрати близьких відбулося в популярній психології, а не науковій). По-друге, існує критика цієї моделі щодо методології дослідження. По-третє, ця модель страждає всіма вадами стадійних/фазних моделей, які будуть зазначені пізніше.

Більш популярним саме в науковому середовищі (а не в загальнокультуральному, як модель Е. Кюблер-Росс) представником фазних моделей процесу горювання є модель К. Паркес, яка була розроблена в 1970-х рр. на основі теорії прив'язаності Дж. Боулбі, де горе є вираженням поведінки, яка виникає внаслідок розриву зв'язків прив'язаності [15]. Ця модель включає чотири фази: 1. Фазу заціпеніння та зневіри (людина відчуває заціпеніння, що є механізмом самозахисту, який дозволяє їй емоційно вижити одразу після втрати). 2. Фазу туги та пошуку (бажання щоб померлий повернувся з невизнанням що втрата – це назавжди). 3. Фазу дезорганізації та відчаю (коли людині стає важко функціонувати у своєму оточенні). 4. Фазу реорганізації та відновлення (коли людина починає реорганізувати своє життя без вмерлого).

Іншою відомою фазною моделлю є модель М. Горовіца [16], який розглядає процес скорботи паралельним процесу зцілення від травми та який передбачає несвідому зміну ментальних структур значень про себе й інших людей. Проходячи через фази скорботи, людина, яка пережила втрату, готується взяти на себе нові зобов'язання перед іншими та прийняти нові особисті ролі. Також М. Горовіц розглядає інтрузійний і омівний типи відхилення від нормального процесу горювання. Фази в моделі М. Горовіца такі: 1. Крик (англ. *outcry*). Нормальне горювання: виплеск емоцій після звістки про смерть і звернення по допомогу до інших або ізоляція себе із самопідтримкою. Ускладнене горювання: паніка, дисоціативні реакції, реактивні психози. 2. Відгородження / заперечення (англ. *Warding Off / Denial*). Нормальне горювання: уникнення нагадувань, соціальна ізоляція або приглушення відчуттів, зосередження на іншому, не думати про наслідки для себе окремих тем. Ускладнене горювання: неадаптивне уникнення зіткнення з наслідками смерті, зловживання наркотиками або алкоголем, контрфобічне божевілля, проміскуїтет, стани фуґи, фобічне уникнення, відчуття омертвілості або нереальності. 3. Перепроживання / вторгнення (англ. *Re-experience / Intrusion*). Нормальне горювання: нав'язливі спогади, погані сни, зниження концентрації уваги, нав'язливі дії. Ускладнене горювання: переповнення негативними образами й емоціями, неконтрольовані ідеї, нічні жахи, повторювані кошмари, засмученість від вторгнень гніву, тривоги, відчаю, сорому або провини, фізіологічне виснаження. 4. Проробка (англ. *Working Through*). Нормальне горювання: спогади про померлих і роздуми про себе зі зменшенням нав'язливості спогадів і фантазій, збільшенням раціонального прийняття, зменшенням заціпеніння і уникнення, більшим «закриттям» спогадів і відчуттям опрацювання їх. Ускладнене горювання: відчуття, що людина не може інтегрувати смерть з почуттям власної ідентичності та продовженням життя, вигнані теми постійно проявляються у формі тривожного, депресивного, розлюченого, сповненого сорому або почуття провини настрою та соматизації. 5. Завершення (Completion). Нормальне горювання: зменшення емоційних перепадів з відчуттям власної цілісності та готовності до нових стосунків здатність пережити позитивні стани. Ускладнене горювання: неможливість завершити траур може бути пов'язана з нездатністю працювати, творити або відчувати емоції чи позитивні стани душі.

Існували й інші фазні/стадійні моделі проживання горя, наприклад:

- модель К. Сандерс зі стадіями шоку, усвідомлення, уходу в себе, одужання, оновлення [17];
- Шпігель також виділяє чотири стадії: шок, встановлення контролю з амбівалентною пасивністю, регресію в соціальних зв'язках, адаптацію [18];
- у моделі Г. Крайтлер феноменологічно описуються чотири періоди: до двох тижнів (шок, заціпеніння, заперечення), до трьох місяців (туга, пошуки, тривога, злість, провини, самотність), до дев'яти місяців (депресія, апатія, втрата особистості, пом'якшення, стигма), від одного-двох років і більше (ухвалення, заживання) [19].

Головною проблемою всіх фазних/стадійних моделей багатьма спеціалістами зазначається те, що люди не проходять ці стадії по порядку, деякі стадії взагалі можуть бути відсутні, а деякі (які не були враховані моделлю), навпаки, присутні. Загалом, науковими дослідженнями ніяк не підтверджено

існування якогось універсального лінійного процесу проживання горя [14]. Тому більш прийнятною натепер у науковій спільноті є альтернативна до моделі універсального стадійного процесу лінійного проживання горя думка, де процес проживання горя розглядається як багатовимірний і нелінійний процес, а не стадійний. По-перше, у процесі проживання горя важкої втрати необхідно виділяти не стадії, а різні психологічні стани, які проживаються одночасно (хоча може змінюватися їх відносна вагомість) та складають в сумі сам процес горювання. А сам процес горювання є процесом від неприйняття (заперечення) до прийняття. Тобто саме прийняття необхідно розуміти не як завершальну стадію, а як процес, що зворотно зумовлює силу процесу горювання. Нормальною також є картина, коли прийняття приходить зразу після події важкої втрати без процесу горювання. Звідси впливає важлива для практики річ – вірогідно, працювати необхідно не стільки над проходженням стадій втрати, скільки над процесом прийняття втрати. Саме прийняття, у межах цієї концепції, розділяють на когнітивне прийняття (маркери – коли людина може вільно розмірковувати та діяти щодо об'єкта втрати, наприклад, термінальної хвороби) і емоційне (маркером якого є відсутність страху) [20].

Щодо різних типів проживання горя, то вагомою є натепер модель чотирьох траєкторій реакцій на надзвичайну втрату Дж. Бонанно [21]:

1. Траєкторія стійкості: здатність підтримувати відносно стабільний, здоровий рівень психологічного та фізичного функціонування, а також здатність до позитивних емоцій і узагальнення досвіду.

2. Траєкторія відновлення: нормальне функціонування тимчасово поступається місцем пороговій або підпороговій психопатології (наприклад, симптоми депресії або посттравматичного стресового розладу), зазвичай протягом принаймні кількох місяців, а потім поступово повертається до рівня, що передував події.

3. Траєкторія хронічної дисфункції: тривале страждання та нездатність функціонувати, що зазвичай триває кілька років або довше.

4. Траєкторія відкладеного горювання та/або травми: коли пристосування здається нормальним, але через кілька місяців страждання та симптоми посилюються (після пропозиції цієї моделі Дж. Бонанно у 2004 р. сама ця четверта траєкторія зазнала критики – дослідники не знайшли доказів відстроченого горя, хоча відстрочена ментальна травма, здається, є звичайним явищем).

Також важливим результатом статистичного дослідження в рамках цієї моделі є те, що найбільш поширеною є реакція за першою траєкторією – тобто психологічна стійкість до важкої втрати без вираженого процесу горювання. Цей момент може бути одним із головних у критиці стадійних/фазних моделей. Так, стан відсутності вираженого горя внаслідок важкої втрати, наприклад, у моделі п'яти стадій Е. Кюблер-Росс може інтерпретуватися як непроходження стадії заперечення і спеціаліст може намагатися «пропрацювати» це заперечення, хоча насправді відсутність вираженого горювання є нормальною реакцією і свідчить про прийняття втрати, а не про проблеми проходження першої «заперечувальної» стадії горювання (див., напр.: [14; 21]).

Якщо узагальнити, то процес горювання радше варто розглядати як унікальний нелінійний процес, а не як універсальний лінійний. Процес горювання критично залежить від культурального контексту, особистості людини, стосунків з померлим(ою), обставин смерті. Процес горювання є не процесом «оплакування», а процесом прийняття, і саме швидке прийняття втрати є найбільш «нормальним» варіантом реакції. Сам процес горювання не є одновимірним, а складається з різних психічних процесів і станів, які варто розглядати як окремі й суперпозиція яких становить унікальну індивідуальну картину горювання.

Щодо більш конкретного виділення моделей втрати та відповідних моделей терапії, використаємо розділення на когнітивно-поведінковий, гуманістично-екзистенційний і психодинамічний підходи.

Когнітивні моделі ускладненого горювання. П. Булен та інші [22] узагальнюють різні когнітивні моделі й описують такі основні відмінності ускладненого горювання від нормального:

- 1) недостатня інтеграція втрати з наявними автобіографічними знаннями;
- 2) негативні глобальні переконання про себе, світ і майбутнє, а також катастрофічні помилкові інтерпретації симптомів горя;
- 3) тривожне уникнення (тобто когнітивне й виразне уникнення нагадувань про втрату) і депресивне уникнення (тобто уникнення соціальної, професійної та рекреаційної активності, а також поведінкова відмова).

Відповідна когнітивно-поведінкова терапія ускладненого горя зазвичай полягає у створенні послідовної, змістовної автобіографічної розповіді про втрату; оскарженні негативних переконань і катастрофічних помилкових інтерпретацій шляхом когнітивної реструктуризації; поступовому зіткненні людей з аспектами втрати, яких вони уникали (наприклад, місцями, об'єктами, спогадами), за допомогою технік експозиції; та/або допомоги людям у встановленні нових життєвих цілей, залучення їх до нових, значущих видів діяльності. Натепер проведено низку рандомізованих досліджень

ефективності таких моделей когнітивно-поведінкової терапії ускладненого горя, які підтвердили їхню ефективність [23].

Щодо більш конкретних моделей, то, по-перше, умовно до когнітивно-поведінкових моделей можна віднести двотрекову модель горювання (англ. *two-track model of bereavement*) С. Рубін [24]. Ця модель є двофокусним підходом, який розглядає два паралельні шляхи (треки) горювання: Трек 1 – біо-психо-соціальне функціонування: зосереджується на відкритих аспектах втрати, зокрема на особистісному функціонуванні людини, що пережила втрату. На цьому шляху розглядаються: емоційний стан, психологічні симптоми, повсякденне функціонування, копінгові механізми, соціальна взаємодія. Трек 2 – поточні стосунки з померлим: зосереджується на прихованих аспектах втрати, а саме на тривалій емоційній прив'язаності та стосунках людини з померлим. На цьому шляху розглядаються: спогади про й образ померлого; думки й почуття, пов'язані із втраченою близькою людиною; характер триваючого зв'язку; інтеграція втрати в життєвий нарратив людини. Для допомоги спеціалістам, що працюють за двотрековою моделлю, було розроблено відповідний опитувальник [25].

М. Штребе та Х. Шут [26] запропонували модель подвійного процесу подолання втрати (англ. *The Dual Process Model of Coping with Bereavement – DPM*), яка допомагає зрозуміти реакцію на смерть близької людини. Вони виділяють стресори, пов'язані з орієнтацією на втрату (страждання, пов'язані з розлукою, оцінюванням значення втрати, пошуком місця для померлого у світі, де його більше немає), і стресори, пов'язані з орієнтацією на відновлення (опанування нових навичок, зміна ідентичності тощо). Орієнтація на втрату означає зосередженість на оцінці й опрацюванні деяких аспектів самого досвіду втрати, як така передбачає роботу над горем. Орієнтація на відновлення означає зосередження на вторинних стресових факторах, які також є наслідком втрати, що відображає боротьбу за переорієнтацію у зміненому світі. Автори роблять припущення, що неможливо одночасно перебувати у вимірі втрати й у вимірі відновлення. Люди коливаються між цими двома вимірами, протистоять одному, уникають іншого, рухаючись туди-сюди, тобто особливістю цієї моделі є розгляд коливання між двома процесами орієнтації на втрату й орієнтацію на відновлення.

Також умовно до когнітивно-поведінкових моделей можна віднести модель горювання В. Вордена [27]. У цій моделі розглядаються чотири завдання горювання:

1. Прийняття реальності втрати: передбачає визнання того, що смерть настала, людина більше не присутня фізично.
2. Проробка болю горя: переживання та опрацювання емоційного болю, пов'язаного із втратою.
3. Пристосуватися до світу без померлого: передбачає адаптацію до змін у повсякденному житті (зовнішнє пристосування), власної ідентичності (внутрішнє пристосування – самовизначення, самооцінка, самоефективність), стосунках зі світом (духовне пристосування – проробка історії подій смерті та проробка стосунків з померлим), які є наслідком втрати.
4. Збереження зв'язку з померлим, вступаючи в нове життя: підтримка здорового емоційного зв'язку з померлим під час руху вперед у житті.

Загалом, яку б модель горювання не використовував спеціаліст, він буде працювати з реструктуризацією негативних переконань про себе та світ, емоційною регуляцією, копінгами відновлення та реактацією до життя, інтеграцією пам'яті.

Гуманістично-екзистенційні моделі втрати та її терапії. Гуманістично-екзистенційна традиція психотерапії не схильна до розроблення чітких моделей, зокрема й моделей горювання, робить акцент на унікальності процесу терапії з кожним клієнтом, а не на його універсальності. Однак якщо узагальнити різні підходи гуманістично-екзистенційної терапії горювання, то можна виділити фокус на порушення сенсотворення, ідентичності й екзистенційної інтеграції втрати.

Загалом, у гуманістично-екзистенційному напрямі психотерапії робота з горем розглядається через призму стосунків клієнт – психотерапевт. Фундаментальним для всіх моделей терапій цього напрямку є роджеріанський акцент на терапевтичні умови емпатійного розуміння, безумовного позитивного ставлення та конгруентності, а також недирективного залучення. Уважається, що роджеріанські умови дозволяють самоактуалізуючій тенденції людини спрямовувати терапію [28]. Також у цьому підході широко використовуються емпіричні техніки, як-от листи, метафори (зокрема, малювання), керована уява, діалоги на стільцях [29].

Р. Наймаєр [30] пропонує модель реконструкції смислів (*meaning reconstruction*), яка пояснює ускладнене горювання неможливістю людини надати смисл пережитій втраті. Мішенями терапії в межах цього підходу є ідентифікація, символізація та переосмислення системи смислів, що була дестабілізована втратою. Терапевтичний процес розглядається як спільне конструювання значень у діалозі клієнта й терапевта, де останній зберігає гнучку, недирективну позицію та «керує за один крок позаду», орієнтуючись на емоційні переживання, неявні питання і смислові тупики клієнта. Результатом такої роботи є поява так званих «інноваційних моментів», у яких формується нове розуміння втрати через трансформацію панівного нарративу горювання. Автори підкреслюють відмінність

цього підходу від когнітивно-поведінкових моделей, у яких реконструкція смислів може зводитися до модифікації переконань, натомість наголошуючи на русі «тропою афекту» як основному шляху доступу до клієнтських потреб і готовності до змін. У цьому сенсі модель реконструкції смислів концептуально зближується з емоційно-фокусованою, нарративною та іншими конструктивістськими і конструкціоністськими підходами [30].

В емоційно-фокусованій терапії (Emotion-Focused Therapy (далі – EFT)) горе розглядається як складна, але адаптивна емоційна реакція на втрату [31]. У межах цього підходу емоції розуміються як адаптивна сигнальна система, що інформує про значущі потреби та цілі, має комунікативну функцію, організовує поведінку та включає символічний і нарративний вимір. Усі ці функції реалізуються в емоційному переживанні горя, яке сигналізує як самій людині, так і її соціальному оточенню про втрату важливих стосунків, життєвих планів і смислів. Ускладнене горювання в EFT пов'язується з наявністю блокуючих емоційних процесів, які перешкоджають природному перебігу адаптивного горя. До таких блоків належать, зокрема, хронічна провина, образа, страх бути переповненим болем, а також відчуття несправедливості чи «смыслового протесту». Основною метою EFT у роботі з горем є усунення цих емоційних перешкод, доступ до адаптивного горя та його символізація, що дозволяє активізувати інші адаптивні емоції – співчуття до себе, гнів у відповідь на несправедливість і ностальгічну радість – та сприяє відновленню цілісності особистісного «Я» [31].

В інтерперсональній терапії (далі – ПТ) основним завданням терапевта є допомога пацієнтові в реалістичній оцінці значення втрати та поступовому звільненні від руйнівної прив'язаності до померлої людини з метою відновлення здатності до формування нових інтересів і міжособистісних стосунків [32]. Робота з горем у межах ПТ передбачає фокусування на спогадах і емоціях, пов'язаних із втратою, а також виявлення і опрацювання амбівалентних почуттів, зокрема злості чи люти, які можуть бути спрямовані на померлого, долю або Бога та часто залишаються поза усвідомленням пацієнта. Терапевт допомагає легітимізувати наявність змішаних почуттів у значущих стосунках, сприяє їх усвідомленню та інтеграції, що дозволяє відновити незавершений процес горювання в безпечному терапевтичному контексті. Такий підхід зменшує дистрес, сприяє полегшенню емоційного стану та формуванню надії на подолання горя і супутньої депресивної симптоматики [33].

Психодинамічні моделі втрати та її терапії. У психоаналітичній думці прийнято називати ускладнене горювання меланхолічною реакцією горя. У більшості психоаналітичних теорій меланхолічний тип горя розглядається як такий, де self стражденного нарцисично ідентифіковано із втраченим об'єктом. Така реакція може бути не тільки в разі смертельної втрати, але й щодо інших втрат (стосунків, молодості, роботи, свободи, ідей тощо) [34].

Такий погляд на процес переживання втрати йде від самого З. Фрейда [35], який у своїй праці «Скорбота та меланхолія» протиставляв процес нормальної скорботи (тобто процес відводу емоційної прив'язаності від втраченого об'єкта й реінвестиції вивільненого лібідо в новий об'єкт) та патологічну меланхолію (у якій самість нарцисично ототожнюється із втраченим об'єктом, до якого людина була прив'язана). Тобто ключовою відмінністю скорботи від меланхолії є те, що для скорботної людини втрата об'єкта є центром переживання, тоді як за меланхолії – це втрата частини себе через нарцисичну ідентифікацію. За нормальної скорботи відведення лібідо від втраченого об'єкта відбувається через «тестування реальності» і прив'язаність розривається насамперед через роботу пам'яті (тобто саме через спогади відбувається відокремлення лібідо від об'єкта), коли така робота скорботи завершується, Его знову стає вільним. Щодо патологічного процесу, то З. Фрейд розглядав роль амбівалентності (щодо втраченого об'єкта) і садизму як факторів, що переводять реакцію втрати в русло меланхолії. У меланхолії Суперего бере на себе перебільшену роль, що перетворює її на каральний орган, який формує звинувачувальні стосунки з Его, останнє відчуває себе приниженим і неповноцінним. Самозвинувачення і докори, які переживає людина з меланхолійною реакцією, насправді є звинуваченнями проти втраченого об'єкта любові, які були перенесені на неї саму (або на її Его). Водночас Его може розщеплюватися, погана самість (відщеплена частина Его) стає жертвою Суперего, що карає. У такому нарцисичному внутрішньому світі втрачений об'єкт перетворюється на втрачену (відокремлену) частину самості/Его.

Хоча у своїй наступній роботі «Его та Ід» З. Фрейд [36] переглядає свою концепцію, кажучи, що ідентифікація, навпаки, забезпечує єдину умову, за якої Ід може відмовитися від своїх об'єктів. Так на ранній стадії розвитку немовля переживає втрату або розлуку з первинним об'єктом любові, отожднюючи себе зі втраченим іншим. Ідентифікація, таким чином, стає умовою конституювання самості, породжує психіку, внутрішньо розділену на Его, Ід та Суперего. Лише інтерналізуючи втраченого іншого через роботу ідентифікації людина стає суб'єктом. Тобто З. Фрейд руйнує свою ранню опозицію між скорботою і меланхолією, роблячи меланхолійну ідентифікацію невід'ємною частиною роботи скорботи. Опрацювання втрати більше не передбачає відмови від об'єкта й реінвестування вільного лібідо в новий об'єкт, натомість залежить від включення втраченого іншого у структуру

власної ідентичності, що є формою збереження втраченого об'єкта в собі і як себе. У «Траурі та меланхолії» З. Фройд уважав, що скорбота добігає кінця, однак в «Его та Ід» він припускає, що робота горювання є «нескінченною».

Іншою вагомою моделлю горя у психоаналітичній думці зазначають модель М. Кляйн [37; 38]. М. Кляйн повторює спостереження З. Фрейда про те, що в той самий час, коли об'єкт розщеплюється, розщеплюється і его (Я). Для М. Кляйн висновок полягав у тому, що, відповідно, існують розщеплені частини «Я» щодо розщеплених частин об'єкта. За ускладненого горювання депресивна тривога здається нестерпною і відбувається регресія до параноїдально-шизоїдного способу переживання, де об'єкти розщеплюються. Цей динамізм і пов'язана з ним регресія у психічному функціонуванні також мають вплив на здатність репрезентувати болісний досвід, через що часто спостерігається регресивний тип мислення, який стає дуже конкретним.

Подальшу лінію символічного функціонування розробляв відомий психоаналітик В. Біон [39], який підкреслював важливість функціонуючого розуму, здатного витримувати досвід, яким важко керувати (який він називав бета-елементами), та надаючи символів цьому досимволічному досвіду (перетворення на альфа-елементи), допомагає впоратися з ним. Примітивно концепцію В. Біона ускладненого переживання горя можна описати як те, що нестерпність болю втрати призводить до руйнування символів (тобто таке горе функціонує на рівні бета-елементів), а психотерапевту необхідно через чутливість до власного контрперенесення (що функціонує за законами проєктивної ідентифікації) відновити символічне функціонування через інтерпретацію (перетворити досимволічні бета-елементи на символічні альфа-елементи).

Представники сучасного напряму інтерсуб'єктивного психоаналізу використовують поняття *суб'єкт* і *суб'єктність* [40]. Щодо цієї суб'єктної теоретичної призми, вони зазначають, що парні зв'язки не залежать суто від індивідуальної психічної реальності. Інакше кажучи, вони вважають, що в роботі з горем необхідно розглядати не стільки втрату об'єкта, скільки втрату суб'єкта – іншого.

Отже, якщо узагальнити психоаналітичний підхід до розгляду ускладненого горювання, у ньому можна виділити такі основні аспекти:

- порушення інтеграції втраченого об'єкта (проблема фіксації на зовнішній присутності об'єкта або на його відсутності, а також розщеплення репрезентації об'єкта);
- домінування невідомої амбівалентності та провини, або, інакше кажучи, амбівалентність любов – агресія як ядро ускладненого горювання;
- порушення ідентичності через ідентифікацію із втраченим об'єктом, коли втрата активує ідентифікацію з об'єктом, яка в нормальному горюванні є тимчасовою, а в ускладненому фіксується, що призводить до самознецінення, застигання життя, «життя замість іншого»;
- порушення здатності до символізації, коли переживання втрати регресує із символічного на довербальні форми переживання з актуалізацією тілесних симптомів і «невимовністю» горя втрати;
- фіксація лібідо на втраченому об'єкті, з неможливістю інвестувати нові об'єкти, як наслідок, відчуття емоційної порожнечі та повторення втрати в інших міжособистісних стосунках.

Висновки. Перед переходом безпосередньо до висновків наведемо деякі данні досліджень щодо ефективності психологічних утручань щодо переживання горя.

К. Вітук та інші [41] у своєму метааналізі доходять висновку щодо значного ефекту лікувальних інтервенцій під час терапії ускладненого горювання та відсутності ефективності профілактичних інтервенцій.

У нещодавньому великому метааналізі А. Плешка зі співавторами [42] 40 досліджень (4 566 учасників) було показано, що найбільш ефективні підходи до психотерапії розладу ПГ зазвичай містять експозиційний елемент, а також компоненти соціальної підтримки, наративної реконструкції, креативної/експресивної роботи та КПТ-компонент.

Також нас цікавить порівняння ефективності специфічної терапії горя та неспецифічного підтримувального консультування та дослідження ефектів специфічних/загальних факторів.

Так, у багатоцентровому рандомізованому клінічному дослідженні R. Rosner та інших [43] із 212 учасниками порівнювалися інтегративна когнітивно-поведінкова терапія пролонгованого горювання з теперішньоцентрованою терапією (неспецифічна терапія, яка зараз береться в дослідженнях за порівняльну, як підтримувальне консультування). Загалом КПТ показало дещо кращі результати після лікування, однак під час спостереження цей ефект був помітний лише на рівні тенденції. КПТ була також кращою під час спостереження з погляду зменшення самооцінених супутніх симптомів. Загалом же автори доходять висновку, що обидва методи терапії виявилися ефективними та прийнятними.

Досить мало досліджень щодо ефекту робочого альянсу, однак існуючі показують його важливість для терапії горя. Так, невелике рандомізоване клінічне дослідження В. Шмідт зі співавторами [44] із 44 учасниками показує значний ефект робочого альянсу, також звертає увагу на початкову самоефективність та потребу в соціальній підтримці пацієнтів, як фактори впливу на робочий альянс.

Отже, з одного боку, специфічні підходи терапії горя демонструють деякі переваги над неспецифічним консультуванням, однак значна частина терапевтичного ефекту зумовлена загальними факторами, спільними для різних форм психологічної допомоги та врахуванням унікальності ситуації клієнта.

Тому як загальний висновок хотілось би навести власний погляд на процес терапії горювання як метафори амбівалентності унікального й універсального. З одного боку, переживання горя є унікальним по своїй екзистенційній сутності – горе є завжди «своїм». Дослідження також показують виразну залежність проживання горя від особистості того, хто горює, стосунків з померлим, обставин втрати, поточної життєвої ситуації, культуральних аспектів. Усі ці фактори є унікальними та не піддаються універсалізації. З іншого боку, у процесі ускладненого горювання можна досить чітко виділити й універсальні фактори (які були описані через призму різних підходів у цій статті), на основі яких складаються більш-менш універсальні мішені терапії горя. У сенсі протистояння підходів терапії з акцентами на унікальність чи універсальність терапевтичного процесу тут ми не можемо віддати перевагу жодному з них, а матимемо картину «боротьби та єдності протилежностей». Отже, психолог у терапії горя має утримувати у своїй роботі таку діалектику унікальності й універсальності.

Література:

1. 6B42. Prolonged grief disorder. *International statistical classification of diseases and related health problems*. 11th ed. Geneva : WHO, 2025. URL: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1183832314>
2. Trauma – and stressor-related disorders. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text rev. Washington, DC : APA, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
3. Ennis N., Bottomley J., Sawyer J., Moreland A.D., Rheingold A.A. Measuring grief in the context of traumatic loss: A systematic review of assessment instruments. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023. Vol. 24. № 4. P. 2346–2362. DOI: 10.1177/15248380221093694
4. Pearlman L.A., Wortman C.B., Feuer C.A., Farber C.H., Rando T.A. *Treating traumatic bereavement*. New York : Guilford Press, 2014.
5. Djelantik A.A.A.J., Smid G.E., Mroz A., Kleber R.J., Boelen P.A. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 265. P. 146–156. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.034
6. Jann P., Netzer J., Hecker T. Traumatic loss: A systematic review of potential risk factors differentiating between posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. 2024. Vol. 15. № 1. Art. 2371762. DOI: 10.1080/20008066.2024.2371762
7. Eisma M.C. Prevalence rates of prolonged grief disorder are overestimated. *European Journal of Psychotraumatology*. 2025. Vol. 16. № 1. DOI: 10.1080/20008066.2025.2520634
8. Boss P. *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 2000.
9. Фомич М. Теоретична модель невизначеної втрати внаслідок насильницького зникнення. *Disaster and Crisis Psychology Problems*. 2025. Т. 9. № 1. С. 157–170. DOI: 10.52363/dcpp-2025.1.13
10. Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow / ed. K.J. Doka. Lexington : Lexington Books, 1989.
11. Rando T.A. *Loss and anticipatory grief*. New York : Free Press, 1986.
12. Lundorff M., Holmgren H., Zachariae R., Farver-Vestergaard I., O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017. Vol. 212. P. 138–149. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.030
13. Boelen P.A., Lenferink L.I.M. Comparison of six proposed diagnostic criteria sets for disturbed grief. *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 285. Art. 112786. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112786
14. Corr C.A. The “five stages” in coping with dying and bereavement: Strengths, weaknesses and some alternatives. *Mortality*. 2019. Vol. 24. № 4. P. 1–13. DOI: 10.1080/13576275.2018.1527826
15. Parkes C.M., Prigerson H.G. *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London : Penguin Books, 2010.
16. Horowitz M.J. *Stress response syndromes*. 5th ed. Northvale, NJ : Aronson, 2013.
17. Sanders C.M. *Surviving grief... and learning to live again*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, 2015.
18. Spiegel Y. *The grief process: Analysis and counseling*. Nashville, TN : Abingdon Press, 1977.
19. Рибик Л. Історія розвитку теорії горя. *Disaster and Crisis Psychology Problems*. 2024. Т. 7. № 1. С. 118–130. DOI: 10.52363/dcpp-2024.1.9
20. Prigerson H., Maciejewski P. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin. *British Journal of Psychiatry*. 2008. Vol. 193. № 6. P. 435–437. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.053157
21. Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59. № 1. P. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20
22. Boelen P.A., van den Hout M.A., van den Bout J. A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006. Vol. 13. № 2. P. 109–128. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x
23. Doering B.K., Eisma M.C. Treatment for complicated grief. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016. Vol. 29. № 5. P. 286–291. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000263
24. Rubin S. S. The two-track model of bereavement. *Death Studies*. 1999. Vol. 23. № 8. P. 681–714. DOI: 10.1080/074811899200731
25. Rubin S.S., Bar-Nadav O. The Two-Track Bereavement Questionnaire for Complicated Grief (TTBQ-CG31). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention* / ed. R.A. Neimeyer. London : Routledge, 2016. P. 87–98.
26. Stroebe M., Schut H. The dual process model of coping with bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. 2010. Vol. 61. № 4. P. 273–289. DOI: 10.2190/OM.61.4.b

27. Worden J.W. Grief counseling and grief therapy. 5th ed. New York : Springer Publishing Company, 2018. DOI: 10.1891/9780826134752
28. Haugh S. A person-centred approach to loss and bereavement. *Client issues in counselling and psychotherapy*. 2012. P. 15–29.
29. Larson D.G. A person-centred approach to grief counselling. *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* / eds. M. Cooper et al. 2nd ed. London : Palgrave Macmillan, 2013. P. 313–326.
30. Neimeyer R.A. New techniques of grief therapy. London : Routledge, 2021.
31. Sharbanee J.M., Greenberg L.S. Emotion-focused therapy for grief and bereavement. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2022. Vol. 22. № 1. P. 1–22. DOI: 10.1080/14779757.2022.2100813
32. Miller F.E., Cornes C., Imber S.D., Anderson B.P., Ehrenpreis L., Malloy J., Silberman R., Wolfson L., Zaltman J., Red R.C. Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1994. Vol. 3. № 2. P. 149–162.
33. Deena F., Pereira X., Chong S.K., Latif M. Interpersonal psychotherapy for traumatic grief following COVID-19 loss. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1218715
34. Jackson S.W. Melancholia and depression: From Hippocratic times to modern times. New Haven, CT : Yale University Press, 1986.
35. Freud S. Mourning and melancholia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1917. Vol. 56. № 5. P. 543–545. DOI: 10.1097/00005053-192211000-00066
36. Freud S. The ego and the id. *TACD Journal*. 1923. Vol. 17. № 1. P. 5–22. DOI: 10.1080/1046171X.1989.12034344
37. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1940. Vol. 21. P. 125–153.
38. Klein M. Love, guilt and reparation. London : Hogarth Press, 1945.
39. Bion W.R. Elements of psycho-analysis. London : Heinemann, 1963.
40. Keogh T., Gregory-Roberts C. Psychoanalytic approaches to loss. London : Routledge, 2018.
41. Wittouck C., Van Autreve S., De Jaegere E., Portzky G., Van Heeringen K. The prevention and treatment of complicated grief. *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. № 1. P. 69–78. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.005
42. Pleshka A., Crawford S., Wellsby M., Bahji A., O'Connor C., Trieu J., Beck A., Faqiri M., Devoe D. Treatments for prolonged grief disorder. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. 2025. DOI: 10.1177/00302228251364716
43. Rosner R., Rau J., Kersting A., Rief W., Steil R., Rummel A.-M., Vogel A., Comtesse H. Grief-specific cognitive behavioral therapy vs present-centered therapy. *JAMA Psychiatry*. 2024. Vol. 82. № 2. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3409
44. Schmidt V., Trembl J., Deller J., Kersting A. The relationship between working alliance and treatment outcome. *Cognitive Therapy and Research*. 2023. Vol. 47. № 4. P. 587–597. DOI: 10.1007/s10608-023-10383-8

References:

1. World Health Organization. (2025). 6B42. Prolonged grief disorder. In *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1183832314>
2. American Psychiatric Association. (2022). Trauma- and Stressor-Related Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.) DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
3. Ennis, N., Bottomley, J., Sawyer, J., Moreland, A.D., & Rheingold, A.A. (2023). Measuring grief in the context of traumatic loss: A systematic review of assessment instruments. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24 (4), 2346–2362. DOI: 10.1177/15248380221093694
4. Pearlman, L.A., Wortman, C.B., Feuer, C.A., Farber, C.H., & Rando, T.A. (2014). *Treating Traumatic Bereavement*. Guilford Press.
5. Djelantik, A.A.A., Manik J., Smid, G.E., Mroz, A., Kleber, R.J., & Boelen, P.A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146–156. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.034
6. Jann, P., Netzer, J., & Hecker, T. (2024). Traumatic loss: a systematic review of potential risk factors differentiating between posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 15 (1): 2371762. DOI: 10.1080/20008066.2024.2371762
7. Eisma, M.C. (2025). Prevalence rates of prolonged grief disorder are overestimated. *European Journal of Psychotraumatology*, 16 (1). DOI: 10.1080/20008066.2025.2520634
8. Boss, P. (2000). *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*. Harvard University Press.
9. Fomych, M. (2025). Teoretychna model nevyznachenoj vtraty vnaslidok nasylnyts'koho znyknennia [Theoretical model of ambiguous loss resulting from enforced disappearance]. *Disaster and Crisis Psychology Problems*, 9 (1), 157–170. DOI: 10.52363/dcpp-2025.1.13 [in Ukrainian].
10. Doka, K.J. (Ed.). (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington Books/D.C. Heath and Com.
11. Rando, T.A. (1986). *Loss and Anticipatory Grief*. Free Press.
12. Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212 (212), 138–149. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.030
13. Boelen, P.A., & Lenferink, L.I.M. (2020). Comparison of six proposed diagnostic criteria sets for disturbed grief. *Psychiatry Research*, 285, 112786. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112786
14. Corr, C.A. (2019). The “five stages” in coping with dying and bereavement: strengths, weaknesses and some alternatives. *Mortality*, 24 (4), 1–13. DOI: 10.1080/13576275.2018.1527826
15. Parkes, C.M., & Prigerson, H.G. (2010). *Bereavement: studies of grief in adult life*. Penguin Books.
16. Horowitz, M.J. (2013). *Stress response syndromes* (5th ed.). Northvale, NJ: Aronson.
17. Sanders, C.M. (2015). *Surviving Grief... and Learning to Live Again*. John Wiley & Sons.
18. Spiegel, Y. (1977). *The grief process: Analysis and counseling*. Nashville, TN: Abingdon Press.
19. Rybyk, L. (2024). Istoriiia rozvytku teorii horiia [History of the development of grief theory]. *Disaster and Crisis Psychology Problems*, 7 (1), 118–130. DOI: 10.52363/dcpp-2024.1.9 [in Ukrainian].

20. Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2008). Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: Setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *British Journal of Psychiatry*, 193 (6), 435–437. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.053157
21. Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59 (1), 20–28. DOI: 10.1037/0003-066x.59.1.20
22. 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. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x
23. Doering, B.K., & Eisma, M.C. (2016). Treatment for complicated grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (5), 286–291. DOI: 10.1097/ycp.0000000000000263
24. Rubin, S.S. (1999). The two-track model of bereavement: overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*, 23 (8), 681–714. DOI: 10.1080/074811899200731
25. Rubin, S.S., & Bar-Nadav, O. (2016). The Two-Track Bereavement Questionnaire for Complicated Grief (TTBQ-CG31). In R.A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention* (pp. 87–98). Routledge/Taylor & Francis Group.
26. Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 61 (4), 273–289. DOI: 10.2190/OM.61.4.b
27. Worden, J.W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company. DOI: 10.1891/9780826134752
28. Haugh, S. (2012). A person-centred approach to loss and bereavement. *Client issues in counselling and psychotherapy*, 15–29.
29. Larson, D.G. (2013). A person-centred approach to grief counselling. In M. Cooper et al. (Eds.) *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2nd Ed), 313–326. Palgrave Macmillian.
30. Neimeyer, R.A. (2021). *New Techniques of Grief Therapy*. Routledge.
31. Sharbanee, J.M., & Greenberg, L.S. (2022). Emotion-focused therapy for grief and bereavement. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 22 (1), 1–22. DOI: 10.1080/14779757.2022.2100813
32. Miller, F.E., Cornes, C., Imber, S.D., Anderson, B.P., Ehrenpreis, L., Malloy, J., Silberman, R., Wolfson, L., Zaltman, J., & Red, R.C. (1994). Applying interpersonal psychotherapy to bereavement-related depression following loss of a spouse in late life. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3 (2), 149–62.
33. Deena, F., Pereira, X., Siew Koon Chong, & Latif, M. (2023). Interpersonal psychotherapy for traumatic grief following a loss due to COVID-19: a case report. *Frontiers in Psychiatry*, 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1218715
34. Jackson, S.W. (1986). *Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times*. New Haven, CT: Yale University Press.
35. Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 56 (5), 543–545. DOI: 10.1097/00005053-192211000-00066
36. Freud, S. (1923). The Ego and The Id. *TACD Journal*, 17 (1), 5–22. DOI: 10.1080/1046171X.1989.12034344
37. Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 21: 125–153.
38. Klein, M. (1945). *Love, Guilt and Reparation*. London: The Hogarth Press.
39. Bion, W.R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heinemann.
40. Keogh, T., & Gregory-Roberts, C. (2018). *Psychoanalytic Approaches to Loss*. Routledge.
41. Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31 (1), 69–78. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.005
42. Pleshka, A., Crawford, S., Wellsby, M., Anees Bahji, O'Connor, C., Trieu, J., Beck, A., Marwa Faqiri, & Devoe, D. (2025). Treatments for Prolonged Grief Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. DOI: 10.1177/00302228251364716
43. Rosner, R., Rau, J., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., Rummel, A.-M., Vogel, A., & Comtesse, H. (2024). Grief-Specific Cognitive Behavioral Therapy vs Present-Centered Therapy. *JAMA Psychiatry*, 82 (2). DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.3409
44. Schmidt, V., Treml, J., Deller, J., & Kersting, A. (2023). The Relationship Between Working Alliance and Treatment Outcome in an Internet-Based Grief Therapy for People Bereaved by Suicide. *Cognitive Therapy and Research*, 47 (4), 587–597. DOI: 10.1007/s10608-023-10383-8

Дата першого надходження статті до видання: 01.12.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 18.12.2025

Дата публікації (оприлюднення) статті: 12.03.2026