

Взаємозв'язки психоемоційних реакцій у жінок після перинатальної втрати: кореляційний аналіз

Тетяна Бут

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Інна Мухаровська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. Перинатальна втрата асоціюється з широким спектром психоемоційних і соматичних реакцій, які часто мають коморбідний характер. Проте структурні взаємозв'язки між горюванням, посттравматичним стресом, афективним дистресом, соматичними симптомами, уникненням і негативними когніціями досі недостатньо вивчені. З'ясування цих зв'язків є важливим для обґрунтування комплексного підходу до психологічного супроводу жінок після перинатальної втрати.

Методи. Крос-секційне дослідження (n=67 жінок, серпень 2023 – жовтень 2025, онлайн-опитування, метод снігової кулі). Застосовано 9 валідованих психометричних шкал: TGI-SR+, PGS, PCL-5, PHQ-4, SSS-8, DAAPGQ, GCQ, CSI-32, SCES+. Нормальність розподілу перевірено тестом Шапіро-Вілка; з огляду на змішаний характер розподілів для всіх пар застосовано рангову кореляцію Спірмена. Аналіз виконано у Python та EZR v1.54; рівень значущості $p < 0,05$.

Результати. Виявлено узгоджений патерн взаємозв'язків між показниками психоемоційного дистресу. Показники інтенсивності горювання (TGI-SR+, PGS), посттравматичного стресу (PCL-5), тривожно-депресивного дистресу (PHQ-4), уникнення (DAAPGQ), негативних когніцій (GCQ) та соматичного дистресу (SSS-8) демонстрували помірні та сильні позитивні кореляції ($\rho = 0,47-0,86$, усі $p < 0,001$); найсильніший зв'язок виявлено між показниками негативних когніцій та інтенсивністю перинатального горювання (GCQ та PGS; $\rho = 0,861$). Дієвість копінгу (SCES+) демонструвала стабільні від'ємні кореляції з усіма симптоматичними показниками ($\rho = -0,46--0,67$, усі $p < 0,001$), тоді як задоволеність стосунками (CSI-32) була позитивно пов'язана з SCES+ ($\rho = 0,25$, $p < 0,05$) та від'ємно — з PCL-5 ($\rho = -0,29$, $p < 0,05$).

Обговорення. Отримані дані свідчать про високий ступінь взаємопов'язаності психоемоційних реакцій після перинатальної втрати та узгоджуються з трансдіагностичними підходами до розуміння психологічного дистресу. Дієвість копінгу виступає потенційним протективним фактором, а задоволеність стосунками додатковим реляційним ресурсом.

Висновки. Психоемоційні реакції після перинатальної втрати характеризуються високим рівнем взаємозв'язків між горюванням, травматичним стресом, афективним і соматичним дистресом. Дієвість копінгу виступає ключовим протективним фактором. Результати підкреслюють доцільність комплексного підходу до психологічного супроводу після перинатальної втрати.

Ключові слова: перинатальна втрата; горювання; посттравматичний стресовий розлад; депресія; тривога; соматичний дистрес; копінг; кореляційний аналіз; психологічна адаптація

УДК 159.9:616.89:618.39

Вступ

Перинатальна втрата, це загибель дитини в перинатальному періоді, що охоплює самовільний викидень, внутрішньоутробну смерть плода, інтранатальну загибель та неонатальну смерть. Ця подія має високий психотравмуючий потенціал та має значні наслідки для психічного здоров'я жінки. Вона поєднує фізичний досвід вагітності або пологів із раптовим руйнуванням очікуваного материнства, що робить її одним із найбільш емоційно складних переживань у житті родини [1]. За даними міжнародних досліджень, після втрати вагітності або смерті новонародженої дитини значна частка жінок демонструє симптоми інтенсивного горювання, тривоги, депресії та посттравматичного стресу [2, 3]. Психологічні наслідки такої події можуть бути тривалими та впливати на подальше емоційне функціонування, подальші репродуктивні рішення та міжособистісні стосунки в парі [4].

Психоемоційні реакції у відповідь на перинатальну втрату мають багатовимірний характер. Окрім власне переживання горювання, у клінічній картині можуть поєднуватися посттравматичні симптоми, тривожно-депресивний дистрес, соматичні скарги, уникнення нагадувань про втрату та негативні когніції щодо себе або майбутнього [3,4]. Ці прояви нерідко виникають одночасно та формують складний профіль психологічного реагування. Дослідження показують, що після перинатальної втрати часто спостерігається коморбідність симптомів горювання та посттравматичного стресу, а також поєднання афективних і соматичних проявів дистресу [5, 6]. Таке поєднання симптомів ускладнює клінічну діагностику та підкреслює необхідність комплексного підходу до оцінювання психічного стану жінок після втрати.

У контексті сучасних класифікацій психічних розладів особливу увагу приділяють тривалим і дисфункціональним формам горювання. У Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів, 5-го видання, текстової редакції (DSM-5-TR) [7], виділено розлад тривалого горя (prolonged grief disorder, PTG) це стан, що характеризується стійким інтенсивним переживанням втрати та значним порушенням повсякденного функціонування. Дослідження показують, що після втрати значущої особи, зокрема після перинатальної втрати, симптоми PTG можуть бути тісно пов'язані з іншими формами психопатології, включно з депресією та посттравматичним стресом [8, 9]. Це підкреслює необхідність розглядати переживання втрати як комплексний психоемоційний процес, а не ізольований феномен горювання.

Теоретичним підґрунтям для розуміння багатовимірності переживання втрати є двопроесна модель копіngu з тяжкою втратою, запропонована Stroebe та Schut. Відповідно до цієї моделі, адаптація до втрати передбачає динамічну взаємодію між двома типами психологічної орієнтації: орієнтацією на втрату, яка включає переживання горювання та емоційний дистрес, і орієнтацією на відновлення, пов'язаною з поступовим поверненням до повсякденного функціонування [10]. У реальному процесі адаптації ці напрями взаємодіють і змінюють один одного, формуючи складну динаміку психоемоційних реакцій після втрати.

Додаткову перспективу на механізми психологічної адаптації надає теорія збереження ресурсів (Conservation of Resources Theory) Hobfoll, згідно з якою стрес виникає внаслідок втрати або загрози втрати значущих особистісних і соціальних надбань, тоді як їх наявність пом'якшує наслідки стресових подій [11]. У контексті перинатальної втрати такими ресурсами можуть виступати особистісні та міжособистісні фактори, зокрема дієвість копіngu та якість партнерських стосунків. Дослідження показують, що ці фактори пов'язані з нижчим рівнем психологічного дистресу після втрати [12, 9].

Попри значну кількість досліджень психологічних наслідків перинатальної втрати, більшість із них зосереджені на окремих симптоматичних доменах: депресії, посттравматичному стресі або інтенсивності горювання [2, 3, 6]. Такий підхід обмежує розуміння системної організації психоемоційного дистресу та взаємодії його компонентів. Аналіз взаємозв'язків між психологічними показниками дозволяє дослідити інтегровану структуру дистресу після перинатальної втрати та виявити узгоджені патерни співіснування різних форм психопатологічного реагування [12, 9].

Застосування кількох валідованих психометричних шкал у межах одного дослідження дає можливість комплексно оцінити взаємозв'язки між різними аспектами психоемоційного реагування після втрати, включно з інтенсивністю горювання, посттравматичними симптомами, афективним дистресом, соматичними проявами, когнітивними та поведінковими реакціями, а також адаптаційними ресурсами. Виявлення закономірностей таких взаємозв'язків має як теоретичне значення, для уточнення концепції синдромного реагування на втрату, так і практичне значення, для розроблення комплексних підходів до медико-психологічного супроводу жінок після перинатальної втрати.

Мета

Вивчити взаємозв'язки між показниками психоемоційного реагування після перинатальної втрати та адаптаційними ресурсами у жінок.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами і темами

Дослідження виконано в межах дисертаційної роботи Бут Т. О. «Медико-психологічний супровід подружніх пар після перинатальної втрати: психодіагностика, комплексна модель допомоги в умовах лікувального закладу». Робота інтегрована в науково-дослідну тему кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Інноваційні технології ефективного психолого-психіатричного супроводу осіб, які пережили різні типи втрат під час війни» (державний реєстраційний номер 0124U000697). Термін виконання НДР: 2024–2026 рр., тип роботи — прикладна.

Методи

Дизайн дослідження

Проведено крос-секційне обсерваційне дослідження, спрямоване на вивчення психоемоційних реакцій жінок після перинатальної втрати. Дані отримано з того самого масиву дослідження, що й у паралельній публікації «Досвід прощання з дитиною та поховання після перинатальної втрати: психологічна адаптація жінок» (подана до публікації). У цій роботі аналізуються структурні взаємозв'язки між психометричними показниками як самостійне дослідницьке питання.

Учасники та процедура збору даних

Збір даних проводився в онлайн-форматі з використанням платформи Qualtrics у період із серпня 2023 року по жовтень 2025 року. Учасниць залучали за принципом снігової кулі через соціальні мережі (Facebook, Instagram, Telegram), громадські організації підтримки батьків після перинатальної втрати (Опіка Янгола, Ранні Пташки), заклади охорони здоров'я та клініки психічного здоров'я, а також через професійні контакти дослідників і клінічну практику.

У дослідженні взяли участь 68 осіб із досвідом перинатальної втрати. Оскільки серед

учасників був лише один чоловік, для забезпечення однорідності вибірки подальший статистичний аналіз проводився лише для жіночої підвибірки. Фінальна аналітична вибірка становила 67 жінок.

Додатково збиралися соціально-демографічні та клінічні характеристики учасниць, включаючи вік, тип перинатальної втрати та час, що минув від моменту втрати.

Критерії включення: досвід перинатальної втрати (самовільний викидень, мертвонародження або неонатальна смерть); вік 18 років і старше; достатній рівень володіння українською мовою для самостійного заповнення опитувальників; обривільна інформована згода на участь у дослідженні. *Критерії виключення:* наявність діагностованих психотичних розладів; залежність від психоактивних речовин; виражені когнітивні порушення; неповне заповнення основних психометричних інструментів. Перед початком опитування всі учасниці ознайомилися з інформаційним листом дослідження та підтверджували інформовану згоду на участь.

Етичні аспекти

Дослідження було проведене відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації. Дизайн дослідження та форми інформованої згоди були схвалені Комісією з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (протокол №165 від 05.12.2022).

Розрахунок обсягу вибірки

Мінімально необхідний обсяг вибірки для кореляційного аналізу визначався за допомогою програми G*Power 3.1 [13]. За умов середнього розміру ефекту ($r = 0,30$), рівня статистичної значущості $\alpha = 0,05$ та статистичної потужності 0,80 мінімальна кількість учасників становила 64-67 осіб. Фактичний розмір аналітичної вибірки ($n = 67$) відповідає цим вимогам.

Психометричні інструменти

Для оцінювання психоемоційного стану після перинатальної втрати застосовано дев'ять валідованих психометричних інструментів, що охоплюють як симптоматичні, так і адаптаційні аспекти реагування після втрати. Усі інструменти продемонстрували належні психометричні властивості у попередніх дослідженнях.

Інтенсивність симптомів тривалого горя вимірювалась за допомогою Самоопитувальника з Травматичного Горя Плюс (Traumatic Grief Inventory - Self Report Plus, TGI-SR+), опитувальника з 22 пунктів, що оцінює тяжкість симптомів тривалого горя відповідно до критеріїв МКХ-11 та DSM-5-TR [14]. У поточному дослідженні використовувалася україномовна версія TGI-SR+ (TGI-SR-ICD-11), зокрема 13 пунктів, що представляють 12 симптомів тривалого горя за МКХ-11, та додаткове питання, що оцінює вплив симптомів на функціонування. Кожен пункт оцінюється за шкалою від 1 (ніколи) до 5 (завжди).

Прояви перинатального горя оцінювалися за допомогою Шкали перинатального горя (Perinatal Grief Scale, PGS). Це шкала з 33 пунктів, що розроблена для оцінки горя після перинатальної втрати, включаючи викидень, мертвонародження та смерть новонароджених [15]. Шкала складається з трьох підшквал: Активне горе (11 пунктів), Труднощі подолання (11 пунктів) та Відчай (11 пунктів). Респонденти оцінюють кожен пункт за 5-бальною шкалою Лайкерта від «повністю згоден» до «повністю не згоден».

Посттравматичні симптоми визначали за скороченою формою Переліку симптомів посттравматичного стресового розладу для DSM-5 (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) [16].

Відповідно до попередніх досліджень, було обрано шість пунктів, що наближаються до операціоналізації ПТСР за МКХ-11: пункти 2, 3, 6, 7, 17 та 18, що охоплюють повторне переживання, уникнення та гіперзбудження. Учасники оцінювали, наскільки кожен симптом їх турбує, за 5-бальною шкалою від 0 (зовсім ні) до 4 (надзвичайно сильно).

Тривожно-депресивний дистрес оцінювався за допомогою Опитувальника здоров'я пацієнта-4 (Patient Health Questionnaire-4, PHQ-4), короткого самозвіту з 4 пунктів, де 2 пункти оцінюють тяжкість депресивних симптомів (PHQ-2), а 2 пункти оцінюють симптоми тривоги (GAD-2) [17]. Відповіді оцінюються за шкалою від 0 («зовсім ні») до 3 («майже щодня»).

Соматичний дистрес оцінювався за допомогою Шкали соматичних симптомів (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8), інструменту з 8 пунктів, що стосуються наявності соматичних скарг, включаючи біль, запаморочення, втому та проблеми зі сном [18]. Респонденти вказують, наскільки їх турбували ці симптоми протягом останніх семи днів, за шкалою від 0 («зовсім ні») до 4 («дуже сильно»).

Поведінкове уникнення оцінювалося за допомогою Опитувальника тривожно-депресивного уникнення при тривалому горюванні (Dual Axis Avoidance in Prolonged Grief Questionnaire, DAAPGQ) [19, 20, 21], який включає чотири пункти тривожного уникнення та п'ять пунктів депресивного уникнення. Пункти оцінюються за 8-бальною шкалою (1 — зовсім не так для мене, 8 — повністю так для мене).

Інтенсивність дезадаптивних когніцій, пов'язаних із горем, оцінювалася за допомогою Опитувальника когніцій горювання (Grief Cognitions Questionnaire, GCQ) [21, 22]. У дослідженні використовувалася коротка форма з 12 пунктів. Відповіді оцінюються за 6-бальною шкалою Лайкерта від 0 («категорично не згоден») до 5 («категорично згоден»).

Задоволеність партнерськими стосунками оцінювалася за допомогою Індексу задоволеності пар (Couples Satisfaction Index, CSI-32), інструменту з 32 пунктів, що вимірює якість стосунків та задоволеність у романтичних партнерствах [23]. Шкала використовує різноманітні формати відповідей, включаючи одну 7-бальну шкалу та тридцять одну 6-бальну шкалу Лайкерта.

Суб'єктивна оцінка дієвості копіngu оцінювалася за допомогою Шкали дієвості копіngu Шалева Плюс (Shalev's Coping Efficacy Scale Plus, SCES+), модифікованої шкали з 6 пунктів [24, 25]. Приклад пункту: «Наскільки ефективно ви справлялися з повсякденними завданнями в різних сферах життя?». Респонденти обирають відповідь від 1 до 4.

Усі інструменти використовувалися у стандартизованих версіях відповідно до рекомендацій авторів.

Статистичний аналіз

Статистичний аналіз проводився з використанням Python та EZR v1.54 [26]. Нормальність розподілу оцінювали за тестом Шапіро-Вілка. Описову статистику подавали як середнє значення та стандартне відхилення або як медіану та міжквартильний розмах залежно від характеру розподілу. З огляду на змішаний характер розподілів основним методом аналізу взаємозв'язків між показниками було обрано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Рівень статистичної значущості встановлювали на $\alpha = 0,05$. З огляду на дослідницький характер аналізу та спрямованість на виявлення загальних патернів взаємозв'язків, поправка на множинні порівняння не застосовувалася; результати інтерпретувалися з урахуванням величини ефекту та узгодженості отриманих асоціацій.

Результати

Описова статистика

Описову статистику психометричних показників наведено в **табл. 1**. У вибірці спостерігався помірно високий рівень інтенсивності горювання за шкалами TGI-SR+ та PGS, що відображає виражені емоційні переживання, пов'язані з досвідом перинатальної втрати.

Показники посттравматичного стресу (PCL-5) та тривожно-депресивного дистресу (PHQ-4) загалом відповідали низько-помірному рівню вираженості, однак розподіл значень свідчив про значну міжіндивідуальну варіабельність. Показники поведінкового уникнення (DAAPGQ), негативних когніцій (GCQ) та соматичного дистресу (SSS-8) також перебували в діапазоні помірних значень.

Показники копінгової ефективності (SCES+) та задоволеності партнерськими стосунками (CSI-32) вказували на наявність адаптаційних ресурсів у частини учасниць, водночас їхні значення характеризувалися широким діапазоном індивідуальних відмінностей.

	TGI-SR+	PCL-5	PHQ-4	DAAPGQ	GCQ	SSS-8	PGS	CSI-32	SCES+
N	68	68	68	68	68	68	68	68	68
μ	41.69	9.66	5.1	16.68	26.65	15.49	99.04	110.97	12.85
σ	12.72	6.19	3.42	9.85	16.29	7.2	22.93	25.46	4.09
Мін	14	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	6	31	2
25%	33.75	4.0	3.0	8.75	13.75	11.0	87.75	96	11
50%	43	10.0	4.5	16.0	26.0	16.0	99	118	13
75%	50.25	14.0	7.0	21.25	38.0	20.0	113	130	15.25
max	65	24.0	12.0	40.0	60.0	32.0	148	140	22

Table 1. Описова статистика психометричних шкал

Примітка. Описову статистику наведено для повної вибірки (N=68). Один учасник-чоловік виключений із кореляційного аналізу; фінальна аналітична вибірка — n=67 жінок.

Кореляційний аналіз

Взаємозв'язки між показниками дистресу

Показники горювання (TGI-SR+, PGS), посттравматичного стресу (PCL-5), тривожно-депресивного дистресу (PHQ-4), поведінкового уникнення (DAAPGQ), негативних когніцій (GCQ) та соматичного дистресу (SSS-8) виявили помірні та сильні позитивні кореляції між собою ($\rho=0,47-0,86$; усі $p<0,001$). Найсильніший зв'язок спостерігався між показниками негативних когніцій та інтенсивністю перинатального горювання (GCQ та PGS; $\rho=0,861$), а також між двома шкалами горювання (TGI-SR+ та PGS; $\rho=0,850$), що свідчить про тісну взаємодію когнітивних і емоційних компонентів переживання втрати. Характер взаємозв'язків між показниками з нормальним розподілом (TGI-SR+, GCQ, SSS-8, PGS, SCES+) проілюстровано на рисунку 1.

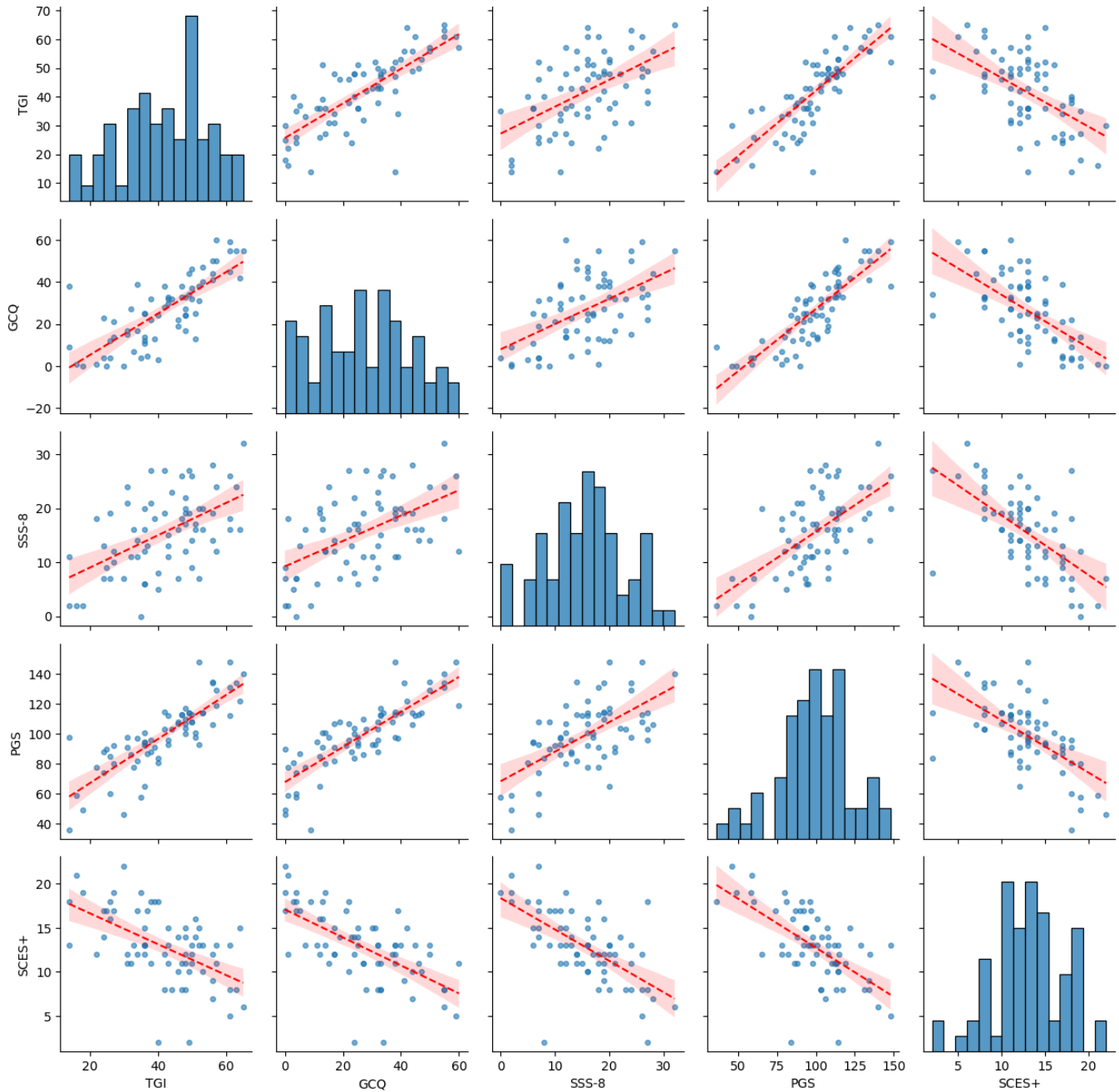


Figure 1. Парні діаграми розсіювання шкал з регресійними лініями (TGI-SR+, GCQ, SSS-8, PGS, SCES+)

Значущі кореляції між показниками посттравматичного стресу, соматичного дистресу та уникнення також свідчать про взаємопов'язаність емоційних, тілесних і поведінкових аспектів переживання втрати. Загалом ці результати вказують на високий ступінь узгодженості між різними проявами психологічного дистресу після перинатальної втрати.

Взаємозв'язки адаптаційних ресурсів із показниками дистресу

Дієвість копіngu (SCES+) демонструвала стабільні від'ємні кореляції з усіма показниками дистресу ($\rho = -0,46 - -0,67$; усі $p < 0,001$), що свідчить про зв'язок вищої суб'єктивної ефективності подолання з нижчою вираженістю горювання, психологічного та соматичного

дистресу. Задоволеність партнерськими стосунками (CSI-32) мала помірний позитивний зв'язок із дієвістю копінгу ($\rho=0,25$; $p<0,05$) та слабкі від'ємні кореляції з окремими показниками дистресу, зокрема з посттравматичними симптомами (PCL-5; $\rho=-0,29$; $p<0,05$). Характер цих взаємозв'язків проілюстровано на рисунку 2.

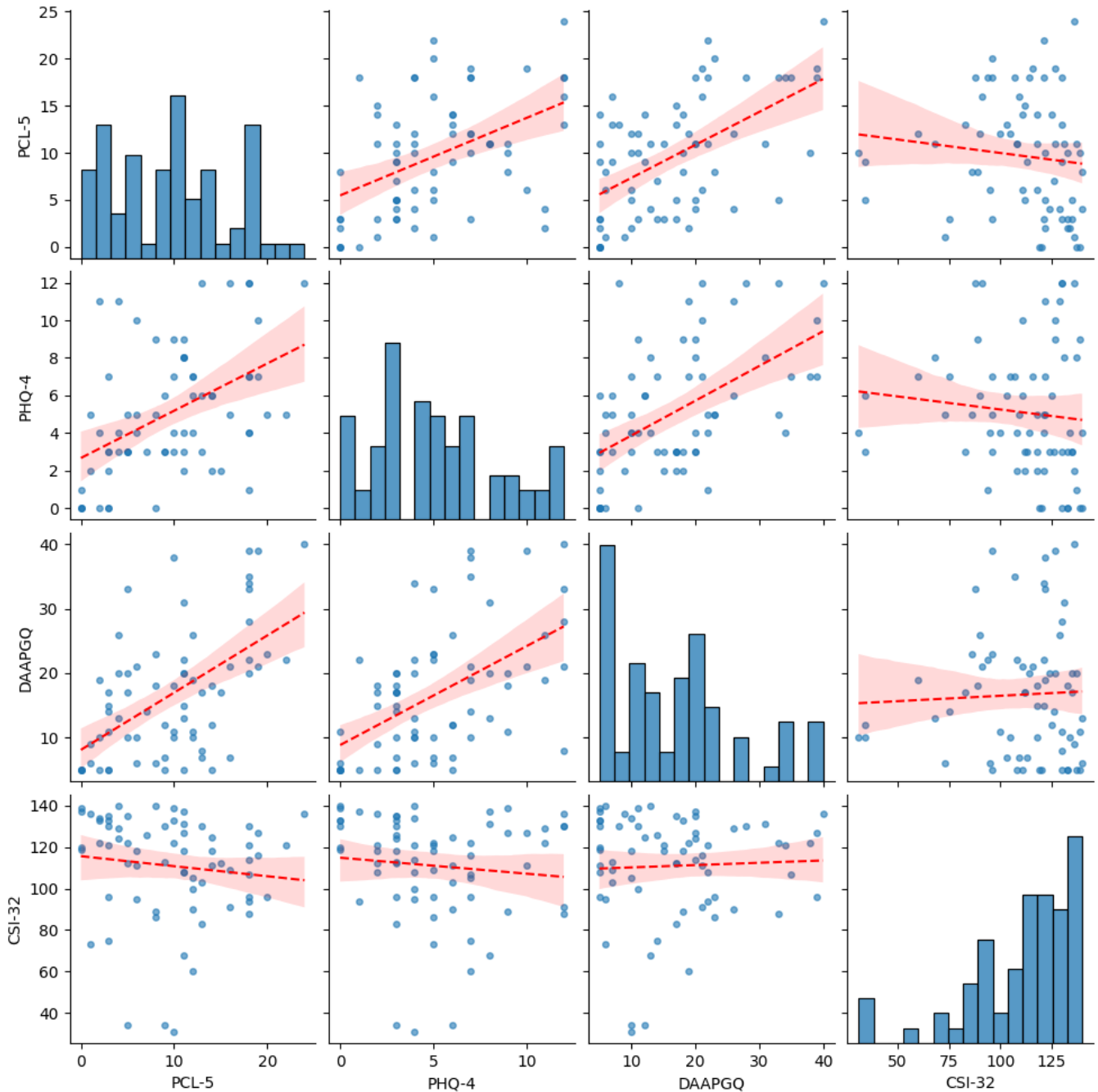


Figure 2. Парні діаграми розсіювання шкал з регресійними лініями (PCL-5, PHQ-4, DAAPGQ, CSI-32)

Це вказує на можливу роль міжособистісних ресурсів у процесі психологічної адаптації після перинатальної втрати.

Обговорення

Отримані результати свідчать про високий ступінь взаємопов'язаності психоемоційних реакцій після перинатальної втрати. Показники горювання, посттравматичного стресу, тривожно-депресивного дистресу, поведінкового уникнення, негативних когніцій і соматичного дистресу виявили тісні позитивні асоціації між собою. Це дає підстави розглядати психологічний дистрес після перинатальної втрати як багатовимірне явище, у якому окремі симптоматичні домени не існують ізольовано, а формують інтегровану систему взаємопов'язаних реакцій.

Такі результати узгоджуються з даними попередніх досліджень, які демонструють високу коморбідність пролонгованого горювання, посттравматичного стресу та депресивно-тривожних симптомів після втрати вагітності або новонародженої дитини [1,3]. Зокрема, у попередніх роботах описано помірні та сильні кореляції між симптомами горювання та посттравматичного стресу ($r \approx 0,50-0,70$), а також між посттравматичними та депресивними симптомами ($r \approx 0,60-0,80$) [6], що узгоджується з отриманими у цьому дослідженні значеннями ($\rho = 0,47-0,86$).

Особливо показовою є сильна кореляція між показниками негативних когніцій та інтенсивністю перинатального горювання (GCQ та PGS; $\rho=0,861$), а також між двома шкалами горювання (TGI-SR+ та PGS; $\rho=0,850$). Такі зв'язки відображають тісне переплетення когнітивних та емоційних компонентів переживання втрати. У клінічному контексті це означає, що переживання втрати може супроводжуватися не лише симптомами горювання, а й вираженим емоційним дистресом, який включає болісні спогади про втрату, тривожність, пригнічений настрій і труднощі емоційної регуляції. Подібну взаємодію симптомів описують і попередні дослідження [3,6], що підкреслює доцільність комплексного скринінгу психічного стану жінок після перинатальної втрати, який має охоплювати декілька вимірів дистресу, а не лише інтенсивність горювання.

Важливим спостереженням є зв'язок соматичного дистресу (SSS-8) з іншими показниками психологічного навантаження. Помірні та сильні кореляції між соматичними симптомами, інтенсивністю горювання та посттравматичним стресом свідчать про те, що тілесні скарги після перинатальної втрати можуть бути пов'язані із загальним рівнем психоемоційного напруження. Це відповідає психосоматичному підходу, згідно з яким психологічний дистрес нерідко проявляється через тілесні симптоми, зокрема порушення сну, втому, головний біль або відчуття соматичної напруги [4]. У клінічній практиці такі скарги можуть розглядатися ізольовано, без урахування їх можливого зв'язку з переживанням втрати, що підкреслює доцільність інтегрованого медико-психологічного підходу до оцінювання стану жінок після перинатальної втрати.

Найбільш послідовним результатом дослідження є від'ємний зв'язок дієвості копінгу (SCES+) з усіма показниками дистресу. Це означає, що жінки, які сприймають власні стратегії подолання як більш ефективні, мають нижчий рівень психологічного та соматичного дистресу. Такий результат узгоджується з теорією збереження ресурсів Hobfoll, відповідно до якої психологічні ресурси виконують захисну функцію в умовах стресу [11]. Подібні результати також описані в емпіричних дослідженнях, де вищий рівень копінгових ресурсів асоціюється зі зниженням психологічного дистресу ($r \approx -0,30$ до $-0,60$) [12, 25], що відповідає отриманим у цьому дослідженні значенням ($\rho = -0,46$ до $-0,67$). У контексті перинатальної втрати це підкреслює значущість підтримки адаптивних стратегій подолання як одного з ключових напрямів психологічного супроводу.

Показник задоволеності партнерськими стосунками (CSI-32) також виявив зв'язок із адаптаційними ресурсами, хоча слабший, ніж дієвість копінгу. Позитивна асоціація між задоволеністю стосунками та дієвістю копінгу, а також слабкий від'ємний зв'язок із посттравматичними симптомами вказують на можливу роль міжособистісної підтримки у процесі адаптації після втрати. Попередні дослідження показують, що якість партнерських стосунків може як знижувати, так і підсилювати психологічний дистрес після перинатальної втрати залежно від особливостей взаємодії в парі [27, 28]. Отже, міжособистісний контекст

переживання втрати заслуговує окремої уваги в системі психологічної допомоги.

Отримані результати мають клінічне значення. Вони підтримують доцільність мультидисциплінарного підходу до допомоги жінкам після перинатальної втрати, який має включати не лише медичний супровід, а й психологічну оцінку та своєчасне направлення до фахівців із психічного здоров'я [1, 3]. Практичне значення також полягає в тому, що рутинний скринінг після перинатальної втрати доцільно орієнтувати не лише на симптоми горювання, а й на посттравматичний, афективний та соматичний дистрес. Виявлена взаємопов'язаність цих доменів свідчить, що одновимірна оцінка психологічного стану може бути недостатньою [9, 12].

Обмеження дослідження

Дослідження має кілька обмежень. По-перше, крос-секційний дизайн не дозволяє робити причинно-наслідкові висновки щодо взаємозв'язків між змінними. Зокрема, залишається невідомим, чи нижча дієвість копінгу передуює підвищенню дистресу, чи формується як його наслідок. По-друге, рекрутування учасниць методом снігової кулі може обмежувати репрезентативність вибірки та підвищувати ймовірність систематичних похибок. По-третє, відсутність контрольної групи не дозволяє порівняти отримані показники з популяційними значеннями. По-четверте, значна кількість кореляційних зіставлень підвищує ризик помилок I типу. З огляду на дослідницький характер аналізу поправка на множинність не застосовувалася, що потребує обережності при інтерпретації окремих асоціацій і вказує на необхідність реплікації результатів на незалежних вибірках.

Подальші дослідження з використанням проспективних або лонгітюдних дизайнів могли б точніше оцінити часову динаміку психоемоційного дистресу та роль адаптаційних ресурсів після перинатальної втрати. Перспективним є також вивчення соціокультурних факторів, доступності психологічної допомоги та особливостей медичного супроводу у формуванні адаптаційних процесів після втрати.

Висновки

1. Після перинатальної втрати показники горювання, посттравматичного стресу, тривожно-депресивного дистресу, поведінкового уникнення, негативних когніцій і соматичного дистресу виявляють тісні позитивні взаємозв'язки, що свідчить про високий ступінь узгодженості різних доменів психологічного дистресу.
2. Найтісніший зв'язок виявлено між показниками негативних когніцій та інтенсивністю перинатального горювання (GCQ та PGS; $\rho=0,861$), а також між двома шкалами горювання (TGI-SR+ та PGS; $\rho=0,850$).
3. Дієвість копінгу пов'язана з нижчим рівнем психологічного та соматичного дистресу і може розглядатися як важливий адаптаційний ресурс.
4. Задоволеність партнерськими стосунками асоційована з вищою дієвістю копінгу та слабшими проявами окремих симптомів дистресу, що вказує на потенційну роль міжособистісної підтримки в адаптації після втрати.
5. Отримані результати підтримують доцільність комплексного підходу до медико-психологічного супроводу жінок після перинатальної втрати з урахуванням емоційних, соматичних і міжособистісних аспектів адаптації.

Посилання

1. Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting>
2. Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1),

772. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y>
3. Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: A multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1–367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
 4. Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.09.001>
 5. Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. *Journal of Women's Health*, 25(3), 263–269. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284>
 6. Christiansen, D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 51, 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.007>
 7. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
 8. Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(6), 667–674. <https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
 9. Boelen, P. A., van den Bout, J., & van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3–4), 225–238. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.08.001>
 10. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
 11. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
 12. Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, 37(1), 35–44. <https://doi.org/10.1002/da.22850>
 13. Janshen, A., & Eisma, M. C. (2024). Bidirectional associations between prolonged grief symptoms and depressive, anxiety, and posttraumatic stress symptoms: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 37(6), 825–836. <https://doi.org/10.1002/jts.23061>
 14. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
 15. Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
 16. Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 435–449. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>
 17. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
 18. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19996233/>
 19. Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399–407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>



20. Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2010). Anxious and depressive avoidance and symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress disorder. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 49-67. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-49>
21. Лещук, І., Бут, Т., Зеленько, Є., & Франкова, І. (2025). [Psychometric properties of Ukrainian versions of scales of unreality of loss, maladaptive cognitions and anxious-depressive avoidance in a sample of individuals who experienced loss during the war]. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 10(2). Ukrainian. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i2.593>
22. Boelen, P. A., & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2005). Psychometric properties of the Grief Cognitions Questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(4), 291-303. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-2409-5>
23. Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572-583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>
24. Shalev, A. Y. (2022). Surviving warfare adversities: A brief survival advice for civilians under war stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 7(1), e0701357. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.357>
25. Frankova, I., But, T., Zelenko, Y., Leshchuk, I., Skrynnik, O., Khaustova, O., & Chaban, O. (2025). [Psychometric properties of the Shalev Coping Efficacy Scale Plus (SCES+) evaluated in a sample of Ukrainians experiencing grief in the context of the ongoing war]. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 10(4). Ukrainian. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i4.680>
26. Kanda, Y. (2013). Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*, 48(3), 452-458. <https://doi.org/10.1038/bmt.2012.244>
27. Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A., & Hall, L. A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
28. Tseng, Y. F., Cheng, H. R., Chen, Y. P., Yang, S. F., & Cheng, P. T. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5133-5142. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>