

Психологічні наслідки перинатальної втрати: різновиди дистресу, чинники ризику та особливості адаптації

Ціра Абдряхімова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Катерина Клебан

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. Щороку у світі реєструється понад 2 мільйони мертвонароджень, а загалом перинатальні втрати трапляються у 15–25% вагітностей. Попри таку поширеність, перинатальна втрата тривалий час залишалася недостатньо інтегрованою в систему охорони здоров'я, а її психологічні наслідки недостатньо систематизованими. Дані щодо коморбідності психопатологічних станів, чинників ризику та адаптаційних ресурсів залишаються фрагментарними та потребують узагальнення, особливо з урахуванням воєнного контексту в Україні.

Мета. Систематизувати сучасні дані щодо структури психологічного дистресу після перинатальної втрати, а також чинників ризику, захисних факторів і особливостей адаптації в умовах воєнного часу.

Методи. Проведено нарративний огляд літератури з використанням баз даних PubMed, Scopus та Google Scholar з акцентом на публікації за період 2014–2025 років; окремі більш ранні роботи включено з огляду на їх концептуальну значущість. До аналізу включали оригінальні дослідження, систематичні огляди, метааналізи, клінічні настанови та класифікаційні документи, що стосувалися психологічних наслідків перинатальної втрати.

Результати. Перинатальна втрата асоціюється з підвищеним ризиком розладу тривалого горя, посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги, які часто мають коморбідний характер. До чинників ризику розвитку та хронізації психологічного дистресу після перинатальної втрати належать тип і обставини втрати, якість медичної комунікації, недостатня психологічна підтримка та обмеженість соціальних ресурсів. Як захисні фактори розглядаються дієвість копіngu, якість партнерських стосунків, соціальна підтримка та можливість символічного прощання. В умовах триваючої війни психологічний дистрес після перинатальної втрати може додатково посилюватися внаслідок хронічного стресу, вимушеного переміщення та порушення доступу до медичної та психологічної допомоги.

Висновки. Психологічні наслідки перинатальної втрати мають коморбідну структуру та потребують комплексного клінічного підходу. Інтеграція психологічної підтримки в систему перинатальної допомоги, а також розвиток травмоциклічних моделей супроводу є особливо важливими в умовах воєнного часу в Україні.

Ключові слова: перинатальна втрата; горе; розлад тривалого горя; посттравматичний стресовий розлад; депресія; тривога; коморбідність; адаптація; психічне здоров'я.

Вступ

Щороку у світі реєструється понад 2 мільйони мертвонароджень, а загалом перинатальні втрати трапляються у 15–25% вагітностей [1, 2]. Незважаючи на таку поширеність, перинатальна втрата тривалий час залишалася недостатньо інтегрованою в систему охорони здоров'я: горювання батьків нерідко сприймалося як соціально невидиме та таке, що не потребує спеціального супроводу [3].

Психологічні наслідки перинатальної втрати характеризуються значною тривалістю та клінічною вираженістю. Дослідження фіксують підвищений рівень депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладу тривалого горя (РТГ) батьків [4].

Порівняно з іншими видами втрати, горювання після перинатальної втрати має складну багатовимірну структуру. Воно охоплює одночасно втрату об'єкта прив'язаності, руйнування батьківської ролі та ідентичності, тілесний досвід пологів, а нерідко й психологічно травматичний досвід у системі медичної допомоги [4, 5]. Сукупність цих вимірів формує специфічну структуру психологічного дистресу, що потребує диференційованих підходів до діагностики та підтримки.

У сучасних діагностичних системах тривалі дисфункціональні реакції на втрату визначаються як розлад тривалого горя. У МКХ-11 [6] та DSM-5-TR [7] РТГ характеризується інтенсивною тугою за померлим, труднощами прийняття втрати, відчуттям порожнечі та порушенням соціального функціонування тривалістю понад 6 або 12 місяців після смерті відповідно. Результати досліджень свідчать про те, що перинатальна втрата є чинником ризику розвитку РТГ поряд із ПТСР, великим депресивним розладом та тривожними розладами [8].

Окремої уваги заслуговує питання коморбідності психопатологічних станів після перинатальної втрати. Сучасні дослідження свідчать, що РТГ, ПТСР, депресія та тривога часто співіснують, формуючи складний клінічний профіль [9]. Високий рівень взаємопов'язаності цих станів вказує на наявність спільної латентної основи психологічного дистресу після втрати та ускладнює диференційну діагностику.

Варіативність адаптаційних траєкторій свідчить про наявність як чинників ризику, так і захисних факторів, що визначають індивідуальні відмінності в перебігу горювання, що становить важливий напрям подальших досліджень [10].

Важливим контекстом є триваюча війна в Україні. Хронічний воєнний стрес, вимушене переміщення та трансформація мережі соціальної підтримки можуть посилювати психопатологічні реакції після перинатальної втрати, що узгоджується з даними досліджень психічного здоров'я в умовах збройних конфліктів [11] та втрат у воєнний час [12]. Водночас доступ до психосоціальної допомоги в умовах воєнного стану є об'єктивно обмеженим, що додатково ускладнює своєчасне надання підтримки.

Мета дослідження — систематизувати наявні дані щодо психологічних наслідків перинатальної втрати, зокрема структури психопатологічних реакцій, коморбідних станів, чинників ризику та адаптаційних ресурсів, з урахуванням контексту триваючої війни в Україні.

Методи

Дослідження виконано у форматі нарративного огляду наукової літератури. Такий дизайн обумовлений гетерогенністю наявних досліджень, а саме відмінностями у їх дизайнах, інструментах оцінки та характеристиках вибірок, що унеможливорює кількісний синтез і потребує концептуального узагальнення даних.

Пошук джерел здійснювали в електронних базах даних PubMed/MEDLINE та Scopus; Google Scholar використовували як додаткове джерело. Основну увагу приділяли публікаціям 2014–2025 років; окремі більш ранні роботи включали з огляду на їх концептуальну значущість для теми огляду.

Пошук проводили з використанням ключових слів та їх комбінацій: *perinatalloss, pregnancyloss, stillbirth, grief, prolongedgriefdisorder, post-traumaticstressdisorder, depression, anxiety, coping, psychologicaladaptation, war*. Застосовували булеві оператори AND та OR.

До огляду включали оригінальні дослідження (когортні, перехресні, проспективні), систематичні огляди та метааналізи, клінічні настанови міжнародних організацій, а також україномовні публікації за темою дослідження. Для визначення та інтерпретації психопатологічних станів використовувались діагностичні класифікації DSM-5-TR та МКХ-11.

Критерії включення: дослідження, присвячені психологічним наслідкам перинатальної втрати; роботи, що аналізують розлад тривалого горя, посттравматичний стресовий розлад, депресію, тривогу та їх коморбідність у цьому контексті. Критерії виключення: публікації без доступного повного тексту; роботи, присвячені виключно соматичним наслідкам перинатальної втрати без аналізу психічного здоров'я.

Відбір джерел здійснювався на основі їх релевантності до мети огляду, актуальності та методологічної якості. Кількісний синтез даних не проводився; узагальнення результатів здійснювали шляхом тематичного аналізу.

Результати

Різновиди психопатологічних реакцій після перинатальної втрати

Перинатальна втрата асоціюється з підвищеним ризиком розвитку кількох взаємопов'язаних психопатологічних станів. *Розлад тривалого горя (РТГ)* характеризується інтенсивною тугою за померлим, труднощами прийняття втрати та порушенням повсякденного функціонування тривалістю понад 6–12 місяців; за даними досліджень, він діагностується у 10–20% жінок після перинатальної втрати [8, 1]. *Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* проявляється нав'язливими спогадами, уникненням стимулів, пов'язаних із втратою, та гіперзбудженням; його поширеність після перинатальної втрати оцінюється у 18–39% залежно від типу втрати та інструменту оцінки [2, 4]. *Депресія* є одним із найпоширеніших наслідків і може спостерігатися у третини жінок у перший рік після втрати [3, 5]. *Тривожні розлади*, включаючи генералізовану тривогу, також часто фіксуються у цей період та можуть зберігатися при наступній вагітності [2, 13]. Ці стани рідко виникають ізольовано. Окремої уваги потребує коморбідність психічних розладів після перинатальної втрати.

Сучасні дослідження свідчать, що симптоми РТГ, ПТСР, депресії та тривоги часто співіснують і можуть формувати складний клінічний профіль [9, 10]. Високий рівень взаємозв'язків між цими станами піднімає питання їх розгляду не лише як окремих нозологій, а й як станів із взаємопов'язаними проявами єдиного спектра психологічного дистресу після втрати. У цьому контексті все частіше використовується трансдіагностичний підхід, який підкреслює наявність спільних механізмів, а саме порушень регуляції емоцій, дисфункціональних когніцій та унікаючої поведінки, що лежать в основі різних форм психопатології після втрати [14].

Дослідження показують, що прояви горя, симптоми ПТСР та депресії можуть взаємно підсилювати один одного, ускладнюючи перебіг адаптації та підвищуючи ризик хронізації дистресу після втрати [10, 15]. Зокрема, нав'язливі спогади та уникнення, характерні для ПТСР, можуть перешкоджати інтеграції втрати, тоді як депресивні симптоми асоціюються зі зниженням ресурсів подолання та соціального функціонування.

Водночас наявність коморбідності ускладнює диференційну діагностику та потребує комплексного підходу до оцінки психічного стану після перинатальної втрати. Це підкреслює необхідність використання валідних психометричних інструментів і мультидисциплінарних моделей допомоги [16].

Чинники ризику та захисні фактори психологічного дистресу після перинатальної втрати

Психологічна адаптація після перинатальної втрати є багатофакторним процесом, що визначається взаємодією біологічних, психологічних та соціальних чинників. Наявні дослідження свідчать, що вираженість психологічного дистресу залежить не лише від самого факту втрати, але й від її обставин, попереднього досвіду та доступних ресурсів підтримки [3, 15, 17].

До чинників ризику розвитку РТГ, ПТСР, тривожних та депресивних розладів після переживання перинатальної втрати відносять зокрема перинатальні втрати на пізніх термінах, раптовість або травматичність події, попередній досвід втрат, низький рівень соціальної підтримки та негативний досвід взаємодії з медичним персоналом [3, 8, 18]. Особливе значення має якість медичної комунікації, включаючи спосіб повідомлення про втрату та організацію супроводу в закладі охорони здоров'я після переживання втрати.

Серед захисних факторів виділяють дієвість копінгу, підтримку партнера, наявність підтримуючого соціального оточення та доступ до психологічної допомоги [15, 19]. Задоволеність якістю міжособистісних стосунків асоціюється з кращими показниками адаптації та нижчим рівнем психологічного дистресу після втрати.

У дослідженнях також розглядається роль індивідуально значущих способів осмислення втрати, включаючи символічні та культурно зумовлені практики [20, 21]. Водночас їх вплив на перебіг горювання є варіативним і залежить від контексту, індивідуальних особливостей та умов надання допомоги [15, 22].

Таким чином, адаптація після перинатальної втрати визначається складною взаємодією предикторів психопатологічних станів і їх протективних чинників, що підкреслює необхідність комплексного та індивідуалізованого підходу до підтримки батьків.

Перинатальна втрата в умовах війни

Важливим контекстом для розгляду психологічних наслідків перинатальної втрати є триваюча війна в Україні. Хронічний воєнний стрес, вимушене переміщення, втрата відчуття безпеки та обмеження доступу до медичної та психологічної допомоги створюють додаткове навантаження на психічне здоров'я населення [11, 12].

Наявні дослідження, присвячені впливу війни та масових травматичних подій, свідчать про підвищений ризик розвитку посттравматичних стресових реакцій, депресії та тривоги [11]. У контексті воєнного стану ці фактори можуть потенційно модифікувати перебіг психологічного дистресу після перинатальної втрати. Водночас емпіричні дослідження, безпосередньо присвячені перинатальній втраті в умовах збройного конфлікту, залишаються вкрай нечисленними [23], що змушує авторів спиратись на опосередковані дані з суміжних областей.

Додатковими чинниками дистресу можуть виступати нестабільність соціального оточення та руйнування звичних мереж підтримки. Таким чином, війна може розглядатися як важливий контекстуальний фактор, що модифікує психологічні наслідки перинатальної втрати та потребує подальшого дослідження.

Траєкторії горювання та варіативність адаптації

Сучасні дослідження свідчать, що перебіг горювання після перинатальної втрати не є однорідним, тобто може характеризуватися різними траєкторіями. Поряд із відносно сприятливими варіантами перебігу, для яких характерне поступове зниження інтенсивності дистресу, описуються також хронічні та ускладнені форми горювання, що асоціюються з тривалим існуванням проявів РТГ, депресії та ПТСР [9, 10, 19].

Дані лонгітюдних досліджень свідчать, що значна частина жінок демонструє поступове відновлення протягом першого року після втрати, тоді як у частини зберігається високий рівень дистресу протягом тривалого часу [22, 24]. Така варіативність перебігу підкреслює важливість розмежування нормативних і дезадаптивних реакцій горювання.

Виділяють кілька основних траєкторій перебігу горя після перинатальної втрати [10]. Траєкторія резилієнсу характеризується відносно стабільним рівнем функціонування та помірною інтенсивністю проявів горя після втрати. Траєкторія відновлення відзначається високою інтенсивністю переживань у гострому періоді з подальшим поступовим зниженням симптомів. Траєкторія хронізації горювання характеризується тривалим збереженням виражених симптомів, тоді як траєкторія відкладеного горя пов'язана з відтермінованим посиленням проявів горювання.

Наявність коморбідних симптомів ПТСР, депресії та тривоги асоціюється з більш несприятливими траєкторіями адаптації (траєкторією хронізації горювання та відкладеного горя) [9, 14].

Важливу роль у формуванні певної траєкторії відіграють як індивідуальні чинники (попередній досвід переживання втрат, стан психічного здоров'я, копінг-стратегії), так і наявні соціальні ресурси, зокрема підтримка партнера та доступ до психологічної допомоги [25, 26, 27]. Це підкреслює необхідність раннього виявлення груп ризику та диференційованих підходів до підтримки.

Таким чином, адаптація після перинатальної втрати є динамічним процесом, що може розвиватися за різними траєкторіями, і потребує індивідуалізованого підходу з урахуванням коморбідності та доступних ресурсів.

Гендерні відмінності психологічних реакцій після перинатальної втрати

Більшість досліджень психологічних наслідків перинатальної втрати зосереджена на жінках, тоді як досвід чоловіків вивчений значно менше [28]. Водночас наявні дані свідчать, що чоловіки також переживають виражений психологічний дистрес після втрати дитини, хоча форми його прояву можуть відрізнятися від таких у жінок [25, 26, 29].

Жінки частіше демонструють відкриті емоційні реакції, прагнення до обговорення втрати, вищі показники горювання, депресії та тривоги, тоді як чоловіки частіше вдаються до уникнення, раціоналізації та зосередження на функціональних аспектах повсякденного життя [28, 29].

Такі відмінності не означають меншої інтенсивності переживання втрати в чоловіків, а радше вказують на різні стилі реагування [22, 30]. Невідповідність між способами переживання горя в парі може створювати додаткову напругу у стосунках, особливо якщо один із партнерів сприймає реакції іншого як байдужість або емоційну недоступність [22, 31]. Це підкреслює необхідність включення обох батьків до медико-психологічного супроводу після перинатальної втрати [18].

Таким чином, гендерно чутливий підхід до оцінки та підтримки після перинатальної втрати є важливою умовою більш широкого розуміння психологічних наслідків і підвищення ефективності допомоги.

Психологічні наслідки переживання перинатальної втрати в наступній вагітності

Окремим клінічно значущим аспектом є перебіг наступної вагітності після перинатальної втрати. Дослідження свідчать, що нова вагітність нерідко супроводжується підвищеним рівнем тривоги, страхом повторної втрати, труднощами емоційного залучення до вагітності та амбівалентністю переживань щодо майбутньої дитини [13, 32]. Для частини жінок наступна вагітність є ресурсом відновлення, однак для інших вона стає періодом посиленого дистресу та постійного очікування небезпеки [33].

Психологічні реакції в цей період можуть визначатися не лише поточним станом здоров'я, а й невирішеними аспектами попереднього горювання. Симптоми ПТСР, депресії або РТГ можуть зберігатися і активізуватися в ході наступної вагітності, особливо під час контрольних УЗД обстежень, на тих термінах, коли відбулася попередня втрата, або напередодні пологів [13, 34]. Підвищена тривога може впливати на якість життя жінки, її сон, тілесне самопочуття та взаємодію з медичним персоналом [34, 35].

У зв'язку з цим наступна вагітність після перинатальної втрати потребує не лише медичного, а й психологічного супроводу [36]. Раннє виявлення жінок із високим рівнем дистресу та надання їм цілеспрямованої підтримки може зменшити ризик хронізації симптомів і покращити адаптацію в перинатальному періоді [37].

Синтез основних даних щодо психологічних наслідків перинатальної втрати наведено в таблиці 1.

Компонент	Зміст
Види дистресу	РТГ, ПТСР, депресія, тривога
Коморбідність	Висока, з тенденцією до взаємного підсилення симптомів
Чинники ризику	Пізнні перинатальні втрати, травматичність події, низький рівень соціальної підтримки, негативний досвід медичної комунікації
Протективні фактори	Дієвість копіngu, підтримка партнера, соціальна підтримка, ритуали прощання
Клінічні наслідки	Хронізація дистресу, порушення функціонування, РТГ
Контекст війни	Додаткові стресори, обмеження доступу до медичної та психологічної допомоги

Table 1. Психологічний дистрес після перинатальної втрати: структура, чинники та клінічні наслідки

Обговорення

На відміну від попередніх оглядів, що зосереджувались переважно на окремих нозологіях, зокрема на депресії або ПТСР після перинатальної втрати [1, 4], цей огляд розглядає коморбідну структуру психологічного дистресу в єдності та аналізує взаємозв'язки між РТГ, ПТСР, депресією та тривогою як єдиним симптоматичним профілем.

Узагальнення отриманих даних свідчить, що психологічні наслідки перинатальної втрати мають складну та багатовимірну структуру. Те, що симптоми РТГ, ПТСР, депресії та тривоги часто співіснують і взаємно підсилюють один одного, має принципове клінічне значення: воно вказує на недостатність діагностичних підходів, зорієнтованих на виявлення окремих розладів, і обґрунтовує потребу комплексної оцінки психічного стану після втрати [9, 10].



Важливим є те, що вираженість психологічного дистресу визначається не лише характеристиками самої втрати, але й ширшим контекстом, а саме якістю медичної комунікації, доступністю психологічної допомоги та соціальними ресурсами. Це підкреслює, що психологічний дистрес після перинатальної втрати формується не лише як індивідуальна реакція, але й як результат взаємодії з системою медичної допомоги та соціальним середовищем [17, 18].

Отримані результати узгоджуються із сучасними трансдіагностичними підходами, відповідно до яких різні форми психологічного дистресу після втрати можуть мати спільну основу, пов'язану з порушенням емоційної регуляції, дисфункціональними переконаннями та унікаючою поведінкою [14, 16]. Це додатково обґрунтовує потребу інтегрованих, а не нозологічно ізольованих підходів до допомоги.

Специфічним внеском цього огляду є інтеграція воєнного контексту як самостійного модифікуючого фактора, що наразі залишається поза увагою більшості міжнародних публікацій з теми. Досвід України є унікальним прикладом поєднання перинатальної втрати з хронічним воєнним стресом, вимушеним переміщенням та обмеженим доступом до психологічної допомоги [11, 23]. Це становить пріоритетний напрям для окремих емпіричних досліджень.

Отримані результати мають важливе значення для клінічної практики. Вони обґрунтовують необхідність рутинного психоемоційного скринінгу після перинатальної втрати з урахуванням коморбідності симптомів, а також важливість чіткої маршрутизації пацієнтів залежно від рівня дистресу: від психоедукації та підтримки до спеціалізованої психотерапевтичної та психіатричної допомоги. Врахування гендерних відмінностей є критично важливим для роботи з парою як системою. Окрему увагу слід приділяти супроводу наступної вагітності, яка може супроводжуватися підвищеним рівнем тривоги та реактивацією симптомів попереднього горювання.

Оцінка психологічних наслідків перинатальної втрати потребує використання валідних психометричних інструментів, що дозволяє враховувати коморбідність симптомів та забезпечувати диференційований клінічний підхід [24].

Обмеження огляду

Як нарративний огляд, ця робота не передбачає формалізованої процедури відбору та оцінки якості джерел, що є притаманним обмеженням дизайну. Більшість включених досліджень проведено в країнах з високим рівнем доходу, що обмежує можливість перенесення висновків на українські реалії. Крім того, емпіричних досліджень, присвячених безпосередньо перинатальній втраті в умовах воєнного стану, наразі практично не існує, що змушує авторів спиратись на опосередковані дані.

Висновки

Перинатальна втрата асоціюється з підвищеним ризиком розвитку розладу тривалого горя, посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги, які часто мають коморбідний характер і формують складний профіль психологічного дистресу.

Психологічна адаптація після втрати визначається взаємодією чинників ризику та захисних факторів, серед яких ключове значення мають якість медичної комунікації, соціальна підтримка та індивідуальні копінгові ресурси.

Коморбідність психічних порушень після перинатальної втрати доцільно розглядати з позиції підходів, що враховують спільні механізми психопатологічних станів, що має значення для

комплексної оцінки стану пацієнтів та планування допомоги.

В умовах війни в Україні, що триває, перинатальна втрата відбувається на тлі хронічного воєнного стресу, вимушеного переміщення та обмеженого доступу до психологічної допомоги, факторів, що можуть суттєво модифікувати перебіг горювання та підвищувати ризик хронізації дистресу. Відсутність емпіричних досліджень у цьому специфічному контексті визначає пріоритетний напрям подальших вітчизняних досліджень.

Посилання

1. Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following perinatal loss: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 772. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y>
2. Farren, J., Jalmbarrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). Post-traumatic 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>
3. 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>
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. Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Timeyin, J., & Firth, J. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604-616. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
6. World Health Organization. (2019). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.). <https://icd.who.int>
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. 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>
10. Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, 37(1), 17-25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
11. Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and PTSD in adult civilian survivors of war: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>
12. Лещук І., Бут Т., Зеленько Ю., & Франкова І. (2025). Чинники, асоційовані з тривалим горюванням, ПТСР та тривожно-депресивним дистресом серед осіб, які втратили близьких під час війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(3). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i3.658>
13. Hunter, A., Tussis, L., & Macbeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>
14. Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
15. Mitima-Verloop, H. B., Mooren, T. T. M., & Boelen, P. A. (2021). Facilitating grief: An exploration of the function of funerals and rituals in relation to grief reactions. *Death Studies*, 45(9), 735-745. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1686090>

16. 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
17. Nuzum, D., Meaney, S., & O'Donoghue, K. (2018). The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLOS ONE*, 13(1), e0191635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191635>
18. Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000452. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
19. Burrow, R. (2024). Men's experiences with perinatal loss: An integrative review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 38(4) <https://doi.org/10.1891/RTNP-2023-0127>
20. Castle, J., & Phillips, W. L. (2003). Grief rituals: Aspects that facilitate adjustment to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 8(1), 41-71. <https://doi.org/10.1080/15325020305876>
21. Hewson, H., Galbraith, N., Jones, C., & Heath, G. (2024). The impact of continuing bonds following bereavement: A systematic review. *Death Studies*, 48(10), 1001-1014. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2223593>
22. 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), 5027-5038. <https://doi.org/10.1111/jocn.14059>
23. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2024). War exposure, daily stressors, and mental health 15 years on: Implications of an ecological framework for addressing the mental health of conflict-affected populations. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 33, e78. <https://doi.org/10.1017/S2045796024000830>
24. Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297(7), 716-723. <https://doi.org/10.1001/jama.297.7.716>
25. 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>
26. Sheehy, K. A., Hruska, B., Waldrep, E. E., Pacella-LaBarbara, M. L., & Suffoletto, B. (2023). The mediating role of coping self-efficacy on social support and PTSD symptom severity among injury survivors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(6), 770-780. <https://doi.org/10.1080/10615806.2023.2199208>
27. Kalisch, R., Russo, S. J., & Müller, M. B. (2024). Neurobiology and systems biology of stress resilience. *Physiological Reviews*, 104(3), 1205-1263. <https://doi.org/10.1152/physrev.00042.2023>
28. Blocksidge, H., Wittkowski, A., Heazell, A. E. P., & Smith, D. M. (2025). Fathers' experiences of perinatal death following miscarriage, stillbirth, and neonatal death: A meta-ethnography. *Death Studies*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2452486>
29. Obst, K. L., Oxlad, M., Due, C., & Middleton, P. (2021). Factors contributing to men's grief following pregnancy loss and neonatal death: Further development of an emerging model in an Australian sample. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03514-6>
30. Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Siassakos, D., & Shakespeare, J. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride: A systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
31. Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2023). Paternal experiences of perinatal loss: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4886. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064886>
32. Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: An interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 7(3), e011382. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382>

33. Côté-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81–92. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513115>
34. Keser, E., & Kahya, Y. (2024). Perinatal grief creates vulnerability to anxiety in subsequent pregnancy: The mediating role of bereavement-related guilt. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2335176>
35. Mainali, A., Infanti, J. J., Thapa, S. B., Jacobsen, G. W., & Larose, T. L. (2023). Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: A case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>
36. Loughnan, S. A., Joubert, A. E., Grierson, A., Andrews, G., & Newby, J. M. (2019). Internet-delivered psychological interventions for clinical anxiety and depression in perinatal women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 737–750. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00961-9>
37. Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372–381. <https://doi.org/10.1159/000348713>