



# Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія

Пол Булен

Відділення клінічної психології, факультет соціальних наук, Утрехтський Університет, ПВ 80140, 3508 TC Утрехт, Нідерланди ARQ Національний центр психотравми, Nienoord 5, NL-1112 XE Diemen, the Netherlands

Юлія Кольчінська

Більшість людей, які зіткнулися зі смертю близької людини, пристосовуються до нової реальності, не потребуючи професійної допомоги. У значній меншості людей, які зіткнулися з втратою, розвиваються симптоми розладу тривалого горя (РТГ), який іноді супроводжується посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і депресією, пов'язаними із втратою. РТГ нещодавно включено до систем психіатричної класифікації МКХ-11 та DSM-5-TR. В Україні зараз багато людей зазнають втрат за обставин, які можуть зробити їх уразливими до розвитку РТГ та пов'язаних із ним симптомів. У цій статті ми розглянемо «здорове» горе та обговоримо природу, оцінку, фактори ризику та лікування «нездорового» горя, яке тепер називають РТГ. Ми також представимо когнітивно-поведінкову теорію, яка допомагає зрозуміти проблемні психологічні процеси, пов'язані з стійкістю та тривалістю РТГ, і яка пропонує чітку структуру для застосування всіх видів когнітивно-поведінкових втручань та інших лікувальних втручань, які можна використовувати для полегшення болю людей з РТГ. Описано приклади таких втручань. Звертається увага на те, як стрес війни впливає на розвиток та лікування РТГ.

## Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія

Більшість людей, які пережили втрату близької людини, проходять процес нормальної адаптації до нових умов життя без померлої людини, однак у деяких випадках переживання втрати буде патологічним та супроводжуватиметься проблемами з психічним здоров'ям.

У основі горя лежить дистрес розлуки – стан, що супроводжується різноманітним важким переживанням та емоцій, пов'язаних з втратою. Процес пристосування до втрати часто описують як поетапний, проте варто розуміти, що не існує єдиного для усіх способу та порядку горювання. У процесі горювання людина стикається з реальністю втрати, дозволяє собі відчувати важкі емоції, переживає їх та поступово повертається до звичного функціонування, адаптуючись до нової реальності, де немає близької людини.

Дистрес розлуки, який включає емоційні, когнітивні та поведінкові елементи, є нормальною реакцією на втрату. Проте, якщо він продовжується протягом тривалого часу та порушує нормальне функціонування особи, варто розглянути можливість трансформації нормального горювання у патологічне, яке представлено у МКХ-11 та DSM-5-TR розладом тривалого горя (РТГ).

Люди, які пережили втрату, можуть страждати на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або депресію, тому ці стани варто розглядати у ході діагностики і як окремі, так і як супутні до РТГ. Не дивлячись на схожість між симптомами РТГ, ПТСР та депресії, різниця між цими станами була підтверджена у дослідженнях – наявні важливі відмінності у сфері афективних переживань, феноменів пам'яті, поведінкової сфери.

У статті приділено увагу впливу на процес горювання наступних факторів: якість стосунків з втраченою людиною, обставини втрати, ступінь відомих чи уявних страждань померлого родича, раптовість смерті та її насильницька природа, події, що відбувалися після смерті, додаткові фактори, що можуть впливати на горювання в умовах війни.

У ході проведення діагностики психічного стану людини, яка переживає горювання, для виявлення РТГ може бути використаний інструментарій для самооцінки травматичного горя плюс (TGI-SR+). Пункти опитувальника представляють усі критерії РТГ за DSM-5-TR та МКХ-11.

Психологічна допомога людині у стані здорового та патологічного горювання відрізняється. У першому випадку доцільне надання підтримки, простору для історії втрати та посилення корисних способів подолання. При РТГ допомога спрямована на усунення бар'єрів, які перешкоджають здоровому перебігу горя.

Розглянуто когнітивно-поведінкову модель РТГ: прояви РТГ відрізняються від нормального горювання не за якістю, а за інтенсивністю та тривалістю. Три взаємопов'язані процеси сприяють переходу гострого горя в хронічну форму: відсутність інтеграції втрати в рамках існуючих уявлень, неадаптивні когніції та тривожне й депресивне уникнення.

Когнітивно-поведінкові втручання для полегшення РТГ зосереджені навколо інтеграції знань про реальність втрати з уявленнями людини про себе, життя та робочу модель стосунків; виявленні та зміні дезадаптивних когніцій; зменшенні тривожного уникнення; зменшенні депресивного уникнення. У когнітивно-поведінковій терапії (КПТ) РТГ для вирішення даних завдань застосовуються експозицію, когнітивну реструктуризацію, поведінкову активацію. Процес роботи з людиною, яка має РТГ, передбачає такі етапи, як закладення основи довірчої взаємодії, залучення підтримуючої особи з близького оточення для підтримки у ході роботи, власне КПТ-інтервенції. З додаткових втручань доцільним може бути включення до роботи письмових завдань, уявних розмов, терапевтичних ритуалів.

Встановлено, що інтервенції КПТ ефективно зменшують РТГ, а подібна допомога може надаватися також у режимі онлайн. Разом з тим, КПТ при РТГ не є універсальним підходом: три завдання горювання можуть вирішуватися у різному порядку, а втручання адаптуються до потреб і можливостей пацієнта.

## 1. Вступ

У більшості людей, які зіткнулися зі смертю близької людини, не розвиваються серйозні та довготривалі психічні проблеми (Galatzer-Levy, Huang, & Bonanno, 2018). Більшість людей добре пристосовуються до втрати, особливо якщо є достатньо психічних, соціальних та інших ресурсів, щоб включити втрату у свій внутрішній та зовнішній життєвий світ. Однак у деяких випадках смерть призводить до серйозних проблем з психічним здоров'ям. Це більш ймовірно, якщо люди зазнають раптових втрат, в нестабільних умовах, коли доводиться боротися з багатьма стресовими факторами, а звичайні ресурси менш доступні. Багато людей в Україні наразі перебувають у ситуаціях, коли вони стикаються з численними втратами у надзвичайно складних обставинах. У цій статті ми розглядаємо здорове горе та більш детально обговорюємо природу, діагностику, фактори ризику та лікування нездорового або проблемного горя, яке в даний час називається розладом тривалого горя (РТГ). Ми також представляємо когнітивно-поведінкову теорію, яка допомагає нам зрозуміти проблемні

психологічні процеси, які беруть участь у розвитку РТГ, і яка пропонує чіткі цілі для лікувальних втручань, які можуть бути використані для полегшення болю людей з РТГ.

## 2. Що таке горе?

Іноді горе визначається як те, що охоплює всі емоційні, когнітивні та поведінкові реакції, які можуть виникнути після смерті близької людини. Це в цілому вірно. Але хоча горе може включати багато різних почуттів і реакцій, в основі горя лежить дистрес від розлуки. Дистрес розлуки - це стан гострого емоційного розладу, що виникає після смерті близької людини; стан, що характеризується тугою, відчаєм і поглиненістю у думки про померлого та обставини втрати. Стан, при якому в деякі моменти реальність втрати вторгається у свідомість, викликаючи інтенсивний біль, а в інші моменти ховається за невірою. Дистрес від розлуки поступово зменшується, коли люди, які пережили втрату, можуть примиритися з незворотністю розлуки і поступово зосередитися на думках, спогадах і діяльності, не пов'язаних з втраченою людиною (Boelen, 2016; Shear & Shair, 2005).

Процес пристосування до втрати часто описують як поетапний процес. Наприклад, спираючись на Кюблер-Росс (Kübler-Ross & Kessler, 2005) було запропоновано, що люди, які пережили втрату, проходять через послідовний процес заперечення, гніву, торгу, депресії і, нарешті, прийняття. Це, однак, припускає, що існує стандарт того, як має проходити здорове горювання, і що відхилення від цього стандарту вказують на ненормальний процес горювання. Це не так: не існує єдиного способу переживання горя або єдиного порядку приписаних реакцій (Stroebe, Schut, & Boerner, 2017). Доцільніше сказати, що переживання втрати передбачає виконання кількох завдань або викликів (Worden, 2009). Перше завдання полягає в тому, щоб зіткнутися з реальністю втрати (а не поводитися так, ніби втрати не було або її можна виправити). Друге завдання полягає в тому, щоб дозволити і опрацювати емоції, які людина відчуває (а не придушувати ці почуття через страх або сором). Третє завдання - продовжувати звичну соціальну, професійну, освітню та розважальну діяльність, яка посилює відчуття сенсу та безперервності життя (**Вставка 1**).

Вставка 1. Етапи або завдання Горе - це не про етапи. Це - робота над завданнями. Змиритися з втратою означає, що людина повинна зіткнутися з реальністю втрати, дозволити емоціям бути відчутими і продовжувати займатися значущою діяльністю якомога краще

## 3. Патологічне горе та розлад тривалого горя (РТГ)

Дистрес від розлуки є нормальною реакцією на втрату. Він має емоційні, когнітивні та поведінкові елементи. Емоційними елементами дистресу розлуки є туга за втраченою людиною, сумування за нею та відчуття певної загубленості у світі без чіткого якоря чи маяка. Іноді люди, які пережили втрату, відчувають паніку та відчай, оскільки відчувають глибоке відчуття порожнечі і не знають, як від неї врятуватися. Когнітивні елементи дистресу розлуки включають почуття розгубленості щодо реальності втрати. Люди можуть відчувати, що людина просто тимчасово пішла і незабаром повернеться. Іноді це супроводжується відчуттям, що хтось чує або бачить померлу людину. Плутанина може також стосуватися власних ролей та ідентичності. Мати може відчувати розгубленість щодо своєї ролі в житті після втрати єдиної дитини. Когнітивні елементи також включають заклопотаність думками про втрату та часті яскраві образи моментів, пов'язаних зі смертю. Поведінкові елементи дистресу, пов'язаного з розлукою, включають поведінку, спрямовану на пошук близькості, наприклад, відвідування місць, де часто бував померлий, створення вдома такої обстановки, ніби він/вона може повернутися в будь-який момент, і "пошуки" його/її (при цьому усвідомлюючи, що це марно).

Дистрес від розлуки є нормальним у всіх формах, які він може мати. Однак дистрес від розлуки може перетворитися на розлад, пов'язаний з горем, якщо він зберігається протягом тривалого періоду часу і якщо він домінує у психологічному функціонуванні людини через багато місяців або років після втрати. В останніх редакціях Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11; ВОЗ, 2019) та Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5-TR; АПА, 2022) включена нова діагностична категорія, якою ми можемо позначити нездорове, стійке горе. Цей розлад називається розладом тривалого горя (РТГ). РТГ визначається як наявність симптомів дистресу розлуки (туга, заклопотаність) та супутніх симптомів (порушення ідентичності, уникнення, гнів), що спричиняють інтенсивні, стійкі психологічні страждання та значні порушення у функціонуванні (**Вставка 2**). Критерії РТГ в МКХ-11 та DSM-5-TR багато в чому схожі, але відрізняються за критерієм часу: РТГ в DSM-5-TR може бути діагностований після 12 місяців після втрати, а РТГ в МКХ-11 - після 6 місяців (Prigerson, Kakarala, Gang, & Maciejewski, 2021).

**Вставка 2. Критерії розладу тривалого горя (узагальнені) DSM-5-TR:** Людина пережила смерть близької людини  $\geq 12$  місяців тому. Вона/він відчуває тугу/сум та/або заклопотаність, а також принаймні три з наступних симптомів: порушення ідентичності, невіра, уникнення, інтенсивний емоційний біль, труднощі з продовженням життя, емоційне заціпеніння, відчуття безглуздості та самотності. **МКХ-11:** Людина пережила смерть близької людини  $\geq 6$  місяців тому. Вона/він відчуває тугу/сум або постійну заклопотаність, що супроводжується інтенсивним емоційним болем (наприклад, смуток, провина, гнів, заперечення, звинувачення, труднощі з прийняттям смерті, відчуття втрати частини себе, нездатність відчувати позитивний настрій, заціпеніння, труднощі з участю в соціальній або іншій діяльності). Як за DSM-5-TR, так і за МКХ-11: реакції перевищують соціальні, культурні та релігійні норми і спричиняють значний дистрес та дисфункцію.

Існує схожість між симптомами РТГ та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і депресії, які також можуть виникати після втрати. Всі три розлади включають труднощі з регулюванням негативних емоцій та регулюванням позитивних емоцій. Всі три розлади характеризуються негативними переконаннями щодо себе, майбутнього або світу. Однак існують і важливі відмінності. З точки зору емоцій, туга, прагнення до померлого і дистрес від розлуки є центральними для РТГ, тривога є центральною для ПТСР, а низький настрій і знижена здатність відчувати позитивні емоції є центральними для депресії. З точки зору феноменів пам'яті, РТГ характеризується спогадами про померлого та обставини, що призвели до смерті, тоді як ПТСР характеризується спогадами та небажаними думками, пов'язаними з конкретними подіями, які були загрозливими для себе або інших. З точки зору поведінки, РТГ асоціюється з поведінкою пошуку близькості, спрямованою на відчуття близькості з померлою людиною. ПТСР характеризується уникненням сигналів, які нагадують про загрозливу подію, та сигналів, які сповіщають про те, що загроза може повернутися. Депресія характеризується бездіяльністю і відстороненістю. РТГ можна розглядати як хронічну активацію системи прив'язаності (що зумовлює постійний пошук втраченої людини); ПТСР передбачає хронічну активацію мережі страху (що зумовлює всепроникне відчуття поточної загрози, підвищену пильність та уникнення); депресія - це хронічне порушення настрою та мотивації поведінки (підтримання негативного самофокусу та відхід у себе).

Різниця між РТГ, ПТСР та депресією була підтверджена в дослідженнях. Наприклад, мережевий, факторний аналіз та аналіз латентних класів показали, що симптоми РТГ, ПТСР та депресії являють собою різні явища (Djelantik та ін., 2020; Lenferink та ін., 2021). Проспективні дослідження показали, що підвищена вираженість симптомів РТГ прогнозує погіршення стану здоров'я в подальшому (Boelen & Lenferink, 2022). Дослідження лікування показали, що симптоми РТГ недостатньо реагують на терапію, спрямовану на ПТСР та депресію, і що РТГ, таким чином, слід лікувати за допомогою специфічних втручань, орієнтованих на горе (Reynolds et al., 1999).

## 4. Діагностика РТГ

Для осіб, які надають допомогу, важливо вміти оцінити, чи переживає людина здорове горе або нездорове, що протікає з порушеннями (те, що ми зараз називаємо РТГ). Здорове горе вимагає іншого виду допомоги, ніж РТГ. Психологічна допомога при здоровому горі в основному повинна складатися з надання підтримки, простору для того, щоб поділитися історією втрати та посилення корисних способів подолання. Психологічна допомога при РТГ має бути спрямована на усунення бар'єрів, які перешкоджають здоровому перебігу горя. При оцінці горя та РТГ важливо, щоб особи, які надають допомогу, враховували чотири фактори: (i) час, що минув з моменту втрати, (ii) поширеність реакцій горя, (iii) емоційний дистрес, пов'язаний з горем, та (iv) ступінь, в якій горе заважає повсякденному функціонуванню. Якщо розглядати горе як континуум, що проходить від здорового горя до важкого РТГ, то можна сказати, що ймовірність того, що хтось відповідає критеріям РТГ, є вищою (i) якщо з моменту втрати пройшло більше часу (діагноз РТГ ніколи не ставлять протягом перших 6 місяців після втрати або 12 місяців при використанні критеріїв DSM-5-TR), (ii) якщо з часом реакції горя людини стають більш, а не менш інтенсивними, (iii) якщо з часом людина відчуває більший дистрес та емоційний біль, пов'язаний з втратою, і (iv) якщо горе більше заважає людині в соціальній, професійній або інших сферах функціонування.

Якщо особи, які здійснюють догляд, підозрюють, що хтось страждає на РТГ, можна використовувати інструментарій для самооцінки травматичного горя плюс (TGI-SR+). Цей опитувальник складається з 22 пунктів. Пункти представляють всі критерії РТГ, які включені до DSM-5-TR та МКХ-11. Люди, які пережили втрату, можуть легко заповнити TGI-SR+ самостійно. Особи, які здійснюють догляд, можуть переглянути бали за пунктами, щоб побачити, які реакції горя особливо турбують людину. Бали за кожним пунктом можна також підсумувати, щоб отримати загальний бал (**Вставка 3**). Загальний бал 71 або вище вказує на можливий РТГ (Lenferink та ін., 2022).

Вставка 3. Інструментарій для самооцінки травматичного горя плюс (TGI-SR+) TGI-SR+ - це опитувальник, що складається з 22 пунктів. Він доступний українською та іншими мовами на сайті <https://osf.io/rqn5k/>. Бали за окремими пунктами дають уявлення про найбільш виражені симптоми РТГ. Бали за окремими пунктами можуть бути підсумовані для отримання загального балу. Він може коливатися від 22 (всі пункти оцінюються в 1 бал) до 110 (коли всі пункти оцінюються в 5 балів). Якщо хтось набрав 71 або більше балів, існує значна ймовірність того, що він/вона відповідає критеріям РТГ. При такому результаті показана психологічна допомога. TGI-SR також можна заповнити українською мовою на сайті [www.Вимірюваннягоря.com](http://www.Вимірюваннягоря.com). TGI-SR+ перекладено та адаптовано українською мовою. Україномовна версія є близькою до оригіналу та може використовуватися у роботі вже зараз; додаткова валідація самоопитувальника не є необхідною.

Коли людина, яка пережила важку втрату, звертається за допомогою, особа, яка здійснює догляд, повинна розглянути діагноз РТГ, але також повинна враховувати інші діагнози. Багато людей, які переживають РТГ, також страждають від симптомів ПТСР та депресії (Komischke-Koppengur et al. 2021). Важливо враховувати, як краще класифікувати проблеми людини - як РТГ, ПТСР чи депресію. Важливо також те, що, хоча дистрес від розлуки, тривога та дисфорія є ключовими емоціями серед людей, які застрягли у своєму горі, втрати можуть викликати й інші реакції. Наприклад, коли людина відчуває відповідальність за те, що не змогла запобігти смерті, у неї може спостерігатися почуття провини. Коли втрата є наслідком чийось навмисних дій або недбалості (що часто трапляється зі смертями, спричиненими насильством на війні), може виникати інтенсивне почуття гніву, думки та бажання помсти. Коли втрата призводить до негативної, стигматизуючої реакції з боку соціального оточення, це може викликати почуття сорому.

Слід також зазначити, що смерть близької людини може прискорити епізоди інших розладів, окрім РТГ, ПТСР та депресії. У великому епідеміологічному дослідженні Keyes та ін. (2014) виявили, що раптова втрата часто збігалася з початком суттєвих психологічних проблем. Наприклад, порівняно з однолітками, які не переживали раптової втрати, люди у віці від 60 до 65 років, які зазнали раптової втрати, мали в сім разів більше шансів на першу депресію, у

вісім разів більше шансів на перший епізод алкогольної залежності та в 37 разів більше шансів на розвиток ПТСР. Аналогічні результати виявилися і в інших вікових групах.

## 5. Фактори ризику

Характер та інтенсивність емоційних реакцій на втрату визначаються різними взаємодіючими факторами. Вплив мають *якості стосунків із втраченою людиною*: втрата партнера або дитини дає вищий ризик виникнення емоційних проблем порівняно з втратою більш віддалених членів сім'ї або родичів. Це пояснюється тим, що партнери та діти часто є дуже важливими фігурами прив'язаності. Партнер є джерелом безпеки та захищеності. Діти є основними об'єктами турботи та піклування людей. *Обставини втрати* мають значення: раптова смерть, спричинену навмисним насильством, як правило, важче пережити, ніж смерть, яку можливо очікувати внаслідок хвороби. Ступінь страждань померлого родича, відомих або уявних, також впливає на емоційні наслідки; усвідомлення того, що близька людина страждала перед смертю, може викликати сильний біль і безпорадність. Раптова, насильницька смерть з більшою ймовірністю зруйнує почуття безпеки, контролю та довіри до інших людей.

*Події, що відбуваються після смерті*, оказують вплив. Під час війни різні обставини можуть перешкоджати прощанню з загиблими. Може не залишитися неушкодженого тіла, що робить втрату важчою для сприйняття та усвідомлення. Може бракувати ресурсів для організації гідного похорону, може бути неможливо виконати значущі релігійні та нерелігійні звичаї. Родина та друзі, на підтримку яких людина зазвичай покладалася, можуть бути відсутніми. Під час війни, ймовірно, існує багато постійних стресових факторів після втрати, які заважають здоровому процесу скорботи. Постійна загроза небезпеки, серйозна шкода, завдана громаді, протистояння величезним матеріальним і нематеріальним втратам, постійна невизначеність щодо майбутнього - всі ці фактори створюють додатковий тиск на відновлення після смерті близької людини (Shalev, 2022).

Окрім цих факторів, на реакцію на втрату впливають й інші чинники. Наприклад, ризик виникнення емоційних проблем пов'язаний з такими соціально-демографічними змінними, як жіноча стать, нижчий рівень освіти, безробіття та обмежена доступність соціальної підтримки. Крім того, якщо людина раніше мала проблеми з психічним або фізичним здоров'ям, то пережити поточну втрату, ймовірно, буде складніше. Більше того, підвищений емоційний дистрес після втрати має зв'язок з такими особистісними змінними, як невротизм і тривога прив'язаності (див., наприклад, Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2003; Heeke, Kampisiou, Niemeyer, & Knaevelsrud, 2017; Lobb et al., 2010).

Вставка 4. Фактори ризику розвитку РТГ та інших емоційних проблем після втрати. Близькість та якість стосунків із втраченою людиною, специфічні травмуючі особливості обставин втрати, а також тривожні події та переживання після втрати - все це взаємодіє між собою, сприяючи виникненню симптомів РТГ, ПТСР, депресії та інших емоційних реакцій. Окрім цих факторів, на ці реакції впливають соціально-демографічні змінні, вразливість особистості та здоров'я, а також соціальні реакції.

## 6. Когнітивно-поведінковий підхід до розладу пролонгованого горя

За допомогою психологічних втручань неможливо вплинути на багато, якщо не на всі, з вищезазначених факторів ризику, що впливають на реакцію на втрату. Очевидно, що психологічні втручання для пом'якшення таких реакцій повинні зосереджуватися на процесах і механізмах, які піддаються змінам. Ми розробили когнітивно-поведінкову концепцію, яка намагається пояснити, які проблемні психологічні процеси відповідають за збереження

вираженості РТГ та пов'язаних з ним симптомів, і яка пропонує чіткі цілі для психологічних втручань для лікування РТГ (Boelen et al., 2006). Модель спирається на когнітивні моделі психопатології, зокрема ПТСР (наприклад, Dalgleish & Power, 2004; Ehlers & Clark, 2000). Відправною точкою моделі є те, що симптоми РТГ якісно не відрізняються від нормального горя. Натомість, симптоми РТГ можна розглядати як реакції гострого горя, які зберігаються та погіршуються. Модель припускає, що три взаємопов'язані процеси мають вирішальне значення для переходу гострого горя в хронічну форму: (i) відсутність інтеграції втрати в рамках існуючих уявлень, (ii) неадаптивні когніції та (iii) тривожне уникнення та депресивне уникнення.

## **Відсутність інтеграції втрати в існуючі уявлення**

При здоровому горі той факт, що розлука є остаточною, повільно, але впевнено інтегрується з уявленнями людини про власну ідентичність та ролі, припущеннями про життя та майбутнє, а також з "робочою моделлю" стосунків з втраченою людиною. При РТГ це відбувається недостатньо; хоча людина знає, що втрачена людина не повернеться, це знання залишається відірваним від інформації про самоідентичність і не інтегрованим у погляди на життя, майбутнє і стосунки з втраченою людиною, які є частиною автобіографічної бази пам'яті людини, що пережила втрату. Це призводить до постійного відчуття шоку (навіть через місяці втрата може сприйматися як щось, що сталося зовсім недавно), почуття розгубленості щодо себе (людина намагається визначити, хто вона є і що вона відстоює), а також відчуття "нереальності" втрати (відчуття, що втрачена людина колись повернеться).

## **Дезадаптивні когніції**

Після втрати люди можуть мати негативні уявлення про себе, своє життя та майбутнє, а також про власні реакції на втрату. Як правило, такі уявлення поступово стають більш адаптивними та позитивними, оскільки з часом люди переживають події, які позитивно впливають на їхні погляди на себе, своє життя та майбутнє. Люди з РТГ продовжують вважати себе негідними, життя - безглуздом, а майбутнє - безрадіним, тепер, коли їхня близька людина померла. Такі переконання безпосередньо підживлюють дисфорію і тримають людей зосередженими на тому, що втрачено. Коли люди вважають себе відповідальними за смерть, виникають самозвинувачувальні уявлення, що викликає почуття провини. Коли інші люди несуть відповідальність за те, що спричинили або не змогли запобігти втраті, уявлення про провину інших можуть викликати гнів і тенденції до відплати. Дезадаптивні уявлення (когніції) можуть також проявлятися у формі катастрофічних неправильних інтерпретацій реакцій горя ("Мій біль ненормальний"; "Якщо я дам волю своїм почуттям, я збожеволюю"). Насправді, дослідження показали, що такі неправильні інтерпретації є сильними предикторами стійкого горя (Boelen, Van den Bout, & Van den Hout, 2010).

## **Тривожне уникнення та депресивне уникнення**

Тривожне уникнення, яке також називають уникненням реальності втрати (Eisma et al., 2013), стосується уникнення внутрішніх сигналів (думок, образів, спогадів) та зовнішніх сигналів (ситуацій, людей, місць), які нагадують людині про реальність втрати. Тривожне уникнення часто зумовлене катастрофічними помилковими інтерпретаціями реакцій горя. Наприклад, люди можуть уникати дивитися на фотографії померлої людини, оскільки вважають, що це буде занадто боляче і призведе до того, що вони "збожеволюють". Депресивне уникнення стосується припинення звичної соціальної, дозвілєвої та професійної діяльності, яка була повноцінною та значущою до втрати. Це може бути зумовлене щонайменше трьома механізмами. По-перше, це може бути обумовлено уявленнями (когніціями) того, що без близького родича участь у цих видах діяльності не має сенсу або є неможливою (наприклад, "Від походу на роботу мені не стане краще", "Пошук соціальних контактів неможливий без..."). По-друге, до бездіяльності може спонукати відчуття того, що продовження звичайної

діяльності буде несправедливим по відношенню до померлого ("Це буде несправедливо по відношенню до ..., якщо я продовжу своє життя"). По-третє, депресивне уникнення може бути пов'язане з тим, що люди мають дуже обмежений репертуар діяльності та дій, оскільки вся їхня особистість була переплетена з померлою людиною.

Вставка 5. Теорії, які допомагають зрозуміти РТГ з точки зору *когнітивно-поведінкової концепції РТГ* (Boelen et al., 2006) гостре горе стає хронічним під впливом процесів імпліцитної пам'яті (тобто розриву між знанням про незворотність розлуки та іншими автобіографічними знаннями), експліцитних і "редагованих" негативних когніцій (про себе, життя, майбутнє та свої реакції на горе), а також неадаптивної поведінки подолання (подібного до фобічного, тривожного уникнення та депресивної ізоляції). Ці припущення паралельні елементам інших теорій. З точки зору *моделі подвійного процесу проживання горя* (Stroebe & Schut, 1999), тривожне уникнення можна вважати відсутністю здорових стратегій подолання, орієнтованих на втрату, а депресивне уникнення - відсутністю стратегій подолання, орієнтованих на відновлення. Уявлення про те, що недостатня інтеграція втрати є важливою, нагадує припущення з *біоповедінкової моделі втрати* Шира і Шаира (Shear, Shair, 2005) про те, що патологічне горе пов'язане з нездатністю переглянути інтерналізовані уявлення про померлого відповідно до нової реальності його/її смерті. Те, що негативні погляди на себе та депресивне уникнення мають вирішальне значення, відображає елементи *когнітивної моделі прив'язаності* Маккалум та Брайант (Maccallum, Bryant, 2013), яка припускає, що РТГ підтримується злиною самоідентичності, яка виникає внаслідок того, що ідентичність людини не змінюється достатньою мірою, щоб включити в себе реальність втрати.

## 7. Когнітивно-поведінкові втручання для полегшення розладу тривалого горя

На основі когнітивно-поведінкової моделі, описаної вище, втручання, спрямовані на зменшення РТГ та пов'язаних з ним симптомів, повинні бути зосереджені на наступних чотирьох цілях:

- [1] Інтеграція знань про реальність втрати з уявленнями людини про себе, життя та робочу модель стосунків;
- [2] Виявлення та зміна дезадаптивних когніцій;
- [3] Зменшення тривожного уникнення;
- [4] Зменшення депресивного уникнення.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), спрямована на ці процеси, включає експозицію, когнітивну реструктуризацію та поведінкову активацію. Але можуть використовуватися й інші втручання. Нижче ми описуємо етапи прототипу КПТ-терапії, що включає ці втручання. Не всі компоненти є однаково важливими в кожній терапії, але ми описуємо повний процес терапії в тому вигляді, в якому він може відбуватися. Для більшої ясності, коли ми говоримо про *пацієнтів*, то маємо на увазі людей з РТГ, які проходять КПТ.

### Крок 1: Закладення основи

На початковому етапі лікування укладаються угоди про конфіденційність, тривалість сеансів і терміни лікування. Крім того, обговорюються перешкоди на шляху до терапії (наприклад, такі як обмеженість ресурсів) і те, що пацієнти повинні робити під час кризових ситуацій (наприклад, звертатися до друзів або сімейного лікаря). Терапевт визначає ключові скарги, встановлює описовий діагноз та (за необхідності) формальну класифікацію за DSM-5-TR або МКХ-11. Раніше ми розглядали, що на реакцію на втрату може впливати багато факторів (див. **Вставку 4**). На ранній стадії лікування корисно точно визначити, які фактори та обставини ускладнюють процес горювання у конкретного пацієнта. Це може забезпечити певну протипагу плутанині і безлічі почуттів, які так часто характеризують горе. На цьому етапі

терапевт починає формулювати гіпотези щодо когніцій та поведінки, які блокують адаптацію. Крім того, пояснюється обґрунтування необхідності лікування. Метою КПТ є перетворення застійного нездорового горя на здоровий процес переживання горя. Це передбачає роботу над досягненням трьох завдань: (1) зустріч із втратою та болем, що її супроводжує; (2) відновлення та збереження довіри до себе, інших людей, життя та майбутнього; (3) залучення до корисних видів діяльності, що сприяють адаптації до нової ситуації. Також ставляться додаткові особисті цілі. Наприклад, зменшення симптомів повторного переживання може бути метою при наявності симптомів ПТСР, пов'язаних з травматичними обставинами втрати, зміцнення впевненості в собі та інших, коли ненадійна прив'язаність забарвлює картину, і зменшення тенденцій до відплати, коли людина переймається гнівом і звинуваченнями по відношенню до інших осіб, відповідальних за втрату.

## **Крок 2: Залучення члена сім'ї або друга, який надає підтримку**

Другим кроком є заохочення залучення члена сім'ї або друга, який підтримує пацієнта. Роль цієї людини полягає в тому, щоб виступати в ролі захисника, радника та компаньйона під час проходження пацієнтом лікування та виконання ним/нею завдань. КПТ - це активний підхід. Між сесіями з терапевтом пацієнтам пропонується активно виконувати певні завдання, такі як заповнення когнітивних щоденників (для виявлення та зміни некорисних когніцій), протистояння ситуаціям, яких він/вона воліли б уникати, і поступове надання форми життю без втраченої людини. Участь друга або члена сім'ї, який надає підтримку, може бути дуже корисною в цьому процесі.

## **Крок 3: Експозиція**

Експозиція включає поступову конфронтацію з внутрішніми та зовнішніми сигналами, пов'язаними з втратою. Метою цього є зменшення неадаптивної тривожної поведінки уникнення та активне заохочення до розробки наслідків втрати та інтеграції цих наслідків з поглядом пацієнта на себе, життя та стосунки з втраченою людиною. Таким чином, експозиція - це робота над першим завданням: Зіткнення з втратою і болем, який з нею пов'язаний. Одним з ключових втручань є *опрацювання історії втрати*. Пацієнта заохочують детально розповісти про те, що сталося, починаючи з моменту, коли він вперше дізнався про раптову або неминучу смерть, через моменти прощання, до перших тижнів трауру, коли більшість людей в соціальному оточенні пацієнта повернулися до свого звичайного життя. При цьому терапевт заохочує пацієнта зосередитися на моментах, які є найбільш значущими і болючими. Іншим ключовим втручанням є *зіткнення з незворотністю втрати*. Це робиться шляхом перегляду стосунків з померлим, зосередження уваги на тому, чого найбільше бракує тепер, коли його/її немає, та формулювання всіх наслідків втрати для власної ідентичності, життя та майбутнього. Людину заохочують переглядати фотографії, відвідувати місця, розмовляти з людьми та займатися іншими видами діяльності, які нагадують їй про втрату. Це складна частина терапії, оскільки вона зачіпає серцевину болю, пов'язану з усвідомленням того, що розлука назавжди.

## **Крок 4: Когнітивна реструктуризація**

Ця частина зосереджена на виконанні другого завдання: Відновлення та підтримання довіри до себе, інших людей, життя та майбутнього. Когнітивна реструктуризація не полягає у зміні всіх негативних когніцій, які може мати людина. Замість цього вона зосереджена на зміні когніцій, які є центральними для проблем пацієнта: когніцій, які роздувають емоційний біль, блокують конструктивне подолання і підсилюють постійну зосередженість на минулому. Як правило, люди мають один або два домінуючих типи когніцій, які можна вивести з їх домінуючих емоцій. У більш депресивних пацієнтів можуть бути негативні уявлення про себе

("Я нічого не значу тепер, коли мій чоловік помер") або про майбутнє ("Я ніколи більше не буду щасливою"). У більш тривожних пацієнтів можуть бути негативні переконання щодо безпеки ("Я ніде не в безпеці") і контролю ("Я не можу контролювати те, що відбувається"). При великій кількості гніву у пацієнта, ймовірно, є переконання, що інші навмисно зробили щось погане і повинні бути за це покарані ("Цей злочинець несе відповідальність. Я не заспокоюся, поки він не отримає своє покарання"). Коли домінує почуття провини, людина зазвичай вважає, що вона зробила величезну помилку з жахливими наслідками і що вона повинна щось зробити, щоб загладити свою провину ("Я не запобіг смерті. Тому я частково винен і не заслуговую на те, щоб просто жити далі").

Коли ключові когніції визначені, терапевт використовує різні засоби для того, щоб викликати сумніви в достовірності та корисності цих когніцій. Це може бути зроблено за допомогою сократівських запитань і поведінкових експериментів. За допомогою сократівських запитань терапевт задає питання, щоб допомогти пацієнтові зібрати докази, що підтверджують або спростовують його/її когніції, а також дослідити наслідки дотримання певних когніцій. У сократичному діалозі терапевт повинен шукати когніції, які можуть бути спростовані; когніції, які є абсолютними і чітко містять лінію міркувань, які можуть бути оскаржені. Когніції на кшталт "я повинен був запобігти його смерті" навряд чи можна спростувати. Терапевт може пошукати когніцію, яка можливо лежить у її основі та яку можна спростувати, наприклад: "Те, що я не запобіг його смерті, означає, що я погана людина і не заслуговую на щастя". Поведінкові експерименти можуть бути використані для перевірки обґрунтованості негативних прогнозів шляхом залучення до певних видів діяльності. Матері, яка втратила сина в жорсткій сутичці з ворогом, можна запропонувати поспілкуватися зі свідками його загибелі, щоб перевірити прогноз "Якщо я почую подробиці його смерті, мене охопить біль і я втрачу контроль" і альтернативний прогноз "Якщо я почую ці подробиці, це дасть мені ясність щодо того, що сталося, і, в кінцевому рахунку, принесе деяке полегшення". Жінка, яка пережила втрату чоловіка, в депресії уникає діяльності, яка раніше приносила задоволення, може ініціювати розслаблюючу діяльність з подругою, щоб перевірити, який з двох альтернативних прогнозів є більш достовірним, негативний: "Якщо я звернуся до цієї подруги, вона відреагує негативно" або альтернативний, більш позитивний: "Якщо я звернуся до цієї подруги, вона відреагує з ентузіазмом".

## **Крок 5: Поведінкова активація**

Поведінкова активація спрямована на подолання патернів бездіяльності та ізоляції. Це досягається шляхом надання допомоги людям у (повторному) залученні до діяльності, яка приносить задоволення і допомагає стати більш незалежними від померлого. Поведінкова активація особливо зосереджена на третьому завданні: Залучення до корисної діяльності, яка сприяє адаптації до нової ситуації. Однак вона також корисна і для інших завдань, оскільки допомагає зустрітися з наслідками втрати (завдання 1) і зміцнює впевненість у собі та інших людях (завдання 2). Перш ніж заохочувати пацієнтів почати робити більше, корисно розібратися з механізмами, що лежать в основі пасивності та ізоляції. Це може означати, що необхідно виявити і змінити саботажні уявлення (когніції) про корисність робити щось без померлого. Коли пацієнт вважає, що участь у потенційно прийнятній діяльності означає, що він/вона "зраджує" втрачену людину, терапевт обговорює, чи дійсно померла людина звинувачувала б його/її за те, що він/вона продовжує своє життя. Якщо депресивне уникнення підтримується обмеженим репертуаром діяльності, першим кроком є підвищення обізнаності про всі речі, які людина може робити (наприклад, шляхом заповнення списків дій, які вона може робити).

Після необхідної підготовки терапевт зосереджується на тому, щоб дійсно зробити клієнта більш активним. Це передбачає кілька кроків. По-перше, пацієнту допомагають краще усвідомити цінні цілі: важливі для нього соціальні контакти та громадська діяльність, амбіції щодо особистісного зростання, роботи та освіти, а також цінні види діяльності, які допомагають розслабитися і зрівноважити стреси повсякденного життя. Потім обирається

низка цілей і формулюються невеликі, конкретні кроки до їх досягнення. Крім того, розглядаються навички, які необхідно набути, щоб забезпечити досягнення цілей. Далі терапевт і пацієнт ретельно відстежують, чи досягаються цілі, і переформулюють цілі і кроки, якщо це необхідно.

Вставка 6: КПП при РТГ Погляд КПП на РТГ передбачає, що три взаємопов'язані проблемні психологічні процеси є відповідальними за те, що гостре горе стає хронічним: (i) відсутність інтеграції втрати в існуючі знання, що зберігаються в автобіографічній базі даних, (ii) неадаптивні когніції та (iii) тривожні та депресивні стратегії уникнення. Відповідно, інтервенції КПП зосереджені на [1] інтеграції того факту, що ця розлука - назавжди, у погляди людини на себе, життя та робочу модель стосунків; [2] виявленні та зміні дезадаптивних когніцій; [3] зменшенні тривожного уникнення; та [4] зменшенні депресивного уникнення. Це передбачає роботу над досягненням трьох завдань: (1) зустріч з втратою та болем, що її супроводжує; (2) відновлення та підтримка довіри до себе, інших людей, життя та майбутнього; (3) залучення до корисних видів діяльності, що сприяють адаптації до нової ситуації. Найважливішими втручаннями для досягнення цих завдань є експозиція, когнітивна реструктуризація та поведінкова активізація. Експозиція спрямована на протистояння, а не уникнення реальності втрати, когнітивна реструктуризація - на заміну некорисних когніцій корисними, а поведінкова активізація - на розрив кола смутку та пасивності, в якому можуть опинитися пацієнти з РТГ.

## Додаткові втручання

Під час проведення КПП при РТГ можна використовувати декілька додаткових втручань, які сприяють інтеграції втрати та зміні дезадаптивних когніцій та уникнення. До них відносяться письмові завдання, уявні розмови та терапевтичні ритуали. *Письмові завдання* можуть застосовуватися в різних формах. Завдання писати про обставини втрати, крок за кроком, включаючи все більш детальні описи найболючіших моментів, може допомогти людям зіткнутися з історією втрати та обробити її в прийнятному для них темпі. Написання прощального листа до померлого, в якому пацієнт формулює те, чого йому найбільше не вистачає тепер, коли близька людина померла, є потужним інструментом для поступового зіткнення з реальністю втрати і пов'язаним з нею болем. Написання конкретних порад гіпотетичному другу, який бореться з подібними думками і почуттями після подібної втрати, може допомогти по-іншому поглянути на негативні переконання (наприклад, попросити пацієнта написати підбадьорливого, оптимістичного листа гіпотетичному другу, коли він/вона має песимістичний погляд на майбутнє). Нарешті, опис того, що було зроблено під час лікування в рамках КПП, та його наслідків є корисним для закріплення того, чого пацієнт навчився під час лікування (див. також Cummings, Hayes, Saint, & Park, 2014; Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2006).

Проведення *уявної розмови з померлим* корисно, коли пацієнт страждає від певних почуттів по відношенню до померлого, які залишаються невисловленими. При цьому втручанні пацієнт уявляє, що померла близька людина присутня в терапевтичному кабінеті, сидячи на порожньому стільці. Потім він/вона вербалізує те, що хоче сказати померлому, попередньо підготувавши це з терапевтом. Нарешті, людині пропонується якомога яскравіше уявити, як померлий відреагував би на це повідомлення. Це втручання корисне, коли пацієнти відчувають провини за те, що, на їхню думку, вони зробили неправильно по відношенню до померлого, коли вони не змогли достатньо попроситися, коли вони зляться на щось, що зробив померлий, або коли вони хочуть попросити "дозволу" відновити певні види діяльності, які були призупинені. Клінічний досвід свідчить про те, що пацієнти часто можуть відносно легко уявити собі "відповідь" померлого, що допомагає, заспокоює. Якщо "реакція" померлого негативна або засмучує, терапевт може допомогти пацієнтові впоратися з нею.

*Терапевтичні ритуали* - це впорядковані набори символічних і формалізованих дій, які дозволяють людям висловити свої почуття і думки з приводу втрати, попроситися з померлою близькою людиною (коли це було неможливо раніше), а також дати можливість відзначити перехід до нового етапу в своєму житті, без втраченої людини. Приклади включають запалення свічки, що символізує постійний зв'язок з померлим, організацію церемонії або

трапези з родиною, щоб відзначити прощання з померлим та відсвяткувати його/її життя, а також створення об'єкта мистецтва, що символізує перехід до нового майбутнього без втраченої людини (Wojtkowiak, Lind, & Smid, 2021). З точки зору КПТ, такі ритуали сприяють інтеграції реальності втрати, знаменують зміни у самосприйнятті та стосунках з померлою людиною, а також протидіють унікаючим стратегіям подолання.

## 8. Висновки та заключні зауваження

Погляд КПТ на РТГ ґрунтується на когнітивно-поведінкових теоріях депресії, тривоги та посттравматичного стресу; він є частиною поступово зростаючої доказової бази, що підтверджує роль пам'яті, когнітивних та поведінкових процесів у підтримці РТГ (Boelen, 2016). КПТ - це ефективне в часі лікування, яке зазвичай проводиться протягом обмеженого періоду часу. Практикам легко пояснювати суть втручань, та пацієнтам їх легко розуміти; це робить цей підхід дидактично ефективним - пацієнти набувають навичок, які вони можуть продовжувати використовувати після лікування. У цій заключній частині будуть розглянуті деякі завершальні питання, включаючи ефективність КПТ при РТГ та адаптацію лікування до обставин пацієнта.

### Ефективність

Встановлено, що інтервенції КПТ ефективно зменшують РТГ та пов'язані з ним скарги у дорослих (Doering & Eisma, 2016). Смерть близьких під час війни часто є травматичною втратою, що призводить до поєднання РТГ та ПТСР. Існують докази того, що КПТ може бути успішно застосована в групах, які зазнали травматичної втрати, включаючи людей, які пережили вбивство (Van Denderen, De Keijser, Stewart, & Boelen, 2018), людей, які зіткнулися з тривалим зникненням родичів (Lenferink, de Keijser, Wessel, & Boelen, 2019), та людей, які втратили близьких в авіакатастрофі MH17 (Lenferink, de Keijser, Smid, & Boelen, 2020).

КПТ при РТГ переважно вивчалася серед дорослих. Спуй та ін. (Spuij et al., 2013) адаптували КПТ для надання допомоги дітям та підліткам. У нещодавньому дослідженні ми порівняли цю КПТ для дітей (під назвою "КПТ GriefHelp") з недирективним підтримуючим консультуванням (Boelen, Lenferink, & Spuij, 2021). Хоча обидва методи лікування полегшували РТГ та ПТСР і депресію, пов'язані з втратою, негайні та довгострокові ефекти КПТ GriefHelp були набагато сильнішими.

### КПТ при РТГ через інтернет

КПТ при РТГ може ефективно надаватися в режимі онлайн. Вагнер та ін. (Wagner et al., 2006) були одними з перших, хто це зробив. Їх метод лікування включав десять конкретних письмових завдань (під керівництвом терапевта через контакт по електронній пошті), спрямованих на виявлення думок, спогадів і образів, пов'язаних з втратою, зміну некорисних когніцій і орієнтацію на майбутнє; було виявлено, що лікування ефективно зменшує симптоми нездорового горя. Таке ж лікування, з незначною адаптацією до цільової групи, також виявилось ефективним для РТГ у жінок при втраті вагітності (Kersting та ін., 2011), та людей, які втратили близьких внаслідок самогубства (Tremblay та ін., 2021).

### Адаптація КПТ до РТГ

КПТ при РТГ не є універсальним підходом; вона не призначена для застосування як рецепт з фіксованими інгредієнтами, що пропонуються у фіксованому порядку. Це означає, що три завдання (див. **Вставку 6**) можуть вирішуватися в різному порядку. Це також означає, що втручання адаптуються до потреб і можливостей пацієнта. Наприклад, різні підходи можуть бути використані для того, щоб допомогти пацієнту зіткнутися з реальністю втрати. Для одного пацієнта може бути доречним конфронтаційний підхід (переживання болючих спогадів

у терапевтичному кабінеті), для іншого пацієнта більш доречною буде покрокова експозиція (наприклад, за допомогою письмових завдань). А когнітивна реструктуризація не завжди зосереджена на одних і тих самих когніціях, а натомість на специфічних когніціях, які є найбільш руйнівними для конкретного пацієнта. Там, де це можливо, втручання також повинні бути адаптовані до факторів вразливості пацієнта, які, як відомо, посилюють горе. Ці фактори включають: втрату партнера або дитини (що означає, що можуть бути не задоволені базові потреби в прихильності), втрату близької людини за насильницьких обставин (що означає, що необхідно приділити увагу обробці болючих спогадів), наявність в анамнезі міжособистісних труднощів і ненадійної прихильності (що означає, що слід звернути увагу на зміцнення позитивного погляду на себе та інших), а також наявність в анамнезі психічних розладів (що означає, що необхідно звернути увагу на більш широкі особистісні змінні).

## **Стресори воєнного часу**

Під час війни люди стикаються з багатьма стресовими факторами, включаючи втрати та зміни в багатьох сферах життя (наприклад, втрата речей, соціальної мережі), невизначеність щодо короткострокових потреб (безпека, їжа) та довгострокових потреб (дім, робота, фінансова безпека), а також вплив сцен руйнувань як безпосередньо (у своєму оточенні), так і опосередковано (через засоби масової інформації) (Shalev, 2022). Ці стресори, ймовірно, впливають на обставини та наслідки втрати, а також на психологічні та соціальні ресурси, необхідні для того, щоб змиритися з втратою. Як зазначалося вище, коли людина звертається за психологічною допомогою, терапевту корисно виявити всі фактори, які посилюють дистрес людини, в тому числі стресові фактори війни, і допомогти людині якнайкраще впоратися з цими стресами.

В умовах війни нормальна "динаміка" горя спотворюється через втрату соціальних ресурсів (наприклад, діти, партнери, колеги, які залишили громаду) та дефіцит матеріальних ресурсів, необхідних для виконання повсякденної діяльності (дефіцит електроенергії, опалення, води та підключення до інтернету). Слід зазначити, що деякі люди демонструють напрочуд високу стійкість до втрат під час війни. Це може бути пов'язано з активізацією інстинкту виживання та посиленням зв'язку з людьми з громади, які переживають подібні негаразди (див. також Mancini, 2019). Але загалом, особливо для тих, хто втратив дітей, ситуація є складною; для них режим виживання та постійний вплив щоденних повідомлень у ЗМІ про жертви серед цивільного населення можуть подовжити та загострити процес горювання.

Зіткнувшись із втратою в гострій кризовій ситуації, люди, які пережили втрату, ймовірно, не мають можливостей для проходження КПТ. Гострі стресові фактори та стрес можуть бути настільки інтенсивними, що горе відсувається на задній план, і вся можлива допомога повинна бути спрямована, в першу чергу, на підвищення безпеки, сприяння спокою та підвищення самоефективності, зв'язку та надії (Hobfoll et al., 2007). Крім того, терапевти повинні бути обережними у спробах змінити можливі неадаптивні думки та поведінку, коли втрата сталася зовсім недавно, оскільки природному процесу горювання людини слід дати можливість пройти природним шляхом. У той же час, з точки зору КПТ, завжди корисно враховувати наступні моменти, коли ви, як психолог або інший консультант, пропонуєте допомогу людям, які переживають горе:

- Визнайте і прийміть всі реакції людини на втрату (всі почуття дозволені, ніякі почуття не є ненормальними); дайте людині простір для вербалізації та вираженню цих почуттів.
- Допоможіть людині зібрати або створити один або декілька предметів, які представляють зв'язок з померлим (фотографія, лист, предмет одягу, невеликий меморіал).
- Допоможіть людині сформулювати, якої підтримки вона потребує, щоб впоратися з втратою, і допоможіть їй мобілізувати джерела підтримки.

- Допоможіть людині захистити себе від розчарування реакцією суспільства; якщо люди мало підтримують або визнають втрату, не вважайте, що їм байдуже, а припустіть, що вони самі переживають біль від власних втрат або стресових ситуацій.

- Заохочуйте людину продовжувати вести звичний спосіб життя, наскільки це можливо (добре харчуватися, добре спати, збирати інформацію, займатися справами), водночас залишаючи час на жалобу та скорботу.

- Заохочуйте людину зіткнутися з реальністю втрати та повільно, але впевнено розглядати наслідки, які ця втрата має для неї самої, її життя та майбутнього.

- Поясніть, що це нормально, що смерть близької людини може підірвати різні впевненості, переконання, очікування і цілі; в той же час, заохочуйте людину також зберігати віру в себе, життя і майбутнє.

Вставка 7. Веб-сайт з інформацією про горе та TGI-SR+Разом з українськими колегами, Lonneke Lenferink та Paul Boelen, які живуть у Нідерландах, розвивають веб-сайт з інформацією про горе. Цей сайт створений для людей, які переживають горювання, та тим, хто надає їм допомогу. На цьому веб-сайті люди можуть заповнити «Вимірювання горя». Щойно вони це зроблять, буде наданий результат з короткими порадами. Адреса веб-сайту - [www.Вимірюваннягоря.com](http://www.Вимірюваннягоря.com). Питання та пропозиції щодо веб-сайту є дуже доречними, ви можете надіслати їх на електронну адресу Paul Boelen - [p.a.boelen@uu.nl](mailto:p.a.boelen@uu.nl).

## Посилання

1. American Psychiatric Association Publishing. Trauma- and Stressor-Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Published online March 18, 2022. [https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425787.x07\\_Trauma\\_and\\_Stressor\\_Related\\_Disorders](https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425787.x07_Trauma_and_Stressor_Related_Disorders)
2. Boelen PA. Improving the understanding and treatment of complex grief: an important issue for psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*. 2016;7(1):32609. doi:<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32609>
3. Boelen PA, Eisma, MC. Cognitive Behaviour Therapy for grief. In, E. M. Steffen, E. Milman, R. A. Neimeyer (Eds.), *Handbook of grief therapies* (pp. 111-120). New York: Sage.
4. Boelen PA, Lenferink LI. Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Published online July 7, 2021:000486742110257. doi:<https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
5. Boelen PA, Lenferink LIM, Spuij M. CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*. 2021;178(4):appi.ajp.2020.2. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>
6. Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA. A Prospective Examination of Catastrophic Misinterpretations and Experiential Avoidance in Emotional Distress Following Loss. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2010;198(4):252-257. doi:<https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181d619e4>
7. Boelen, P.A., van den Hout, M.A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
8. Cummings JA, Hayes AM, Saint DS, Park J. Expressive writing in psychotherapy: A tool to promote and track therapeutic change. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2014;45(5):378-386. doi:<https://doi.org/10.1037/a0037682>
9. Dalglish T, Power MJ. Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*. 2004;42(9):1069-1088.

- doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.05.001>
10. Djelantik AAAMJ, Robinaugh DJ, Kleber RJ, Smid GE, Boelen PA. Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*. Published online February 6, 2019. doi:<https://doi.org/10.1002/da.22880>
  11. Doering BK, Eisma MC. Treatment for complicated grief. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016;29(5):286-291. doi:<https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000263>
  12. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, sids and accidents. *Death Studies*. 2003;27(2):143-165. <https://doi.org/10.1080/07481180302892>
  13. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;38(4):319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
  14. Eisma MC, Stroebe MS, Schut HAW, Stroebe W, Boelen PA, van den Bout J. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *Journal of Abnormal Psychology*. 2013;122(4):961-970. doi:<https://doi.org/10.1037/a0034051>
  15. Galatzer-Levy IR, Huang SH, Bonanno GA. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*. 2018;63:41-55. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
  16. Heeke C, Kampisiou C, Niemeyer H, Knaevelsrud C. A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017;8(sup6):1583524. doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524>
  17. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007;70(4):283-315. doi:<https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
  18. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. *icd.who.int*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
  19. J William Worden. *Grief Counseling and Grief Therapy : A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer Pub. Co; 2009.
  20. Kersting A, Kroker K, Schlicht S, Baust K, Wagner B. Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*. 2011;14(6):465-477. doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-011-0240-4>
  21. Keyes KM, Pratt C, Galea S, McLaughlin KA, Koenen KC, Shear MK. The Burden of Loss: Unexpected Death of a Loved One and Psychiatric Disorders Across the Life Course in a National Study. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(8):864-871. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132>
  22. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Johannsen M, Nielsen LD, O'Connor M. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021;4:100140. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
  23. Kübler-Ross E, Kessler D. *On Grief & Grieving: Finding the Meaning of Grief through the Five Stages of Loss*. Simon & Schuster; 2005.
  24. Lenferink LIM, Eisma MC, Smid GE, de Keijser J, Boelen PA. 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*. Published online October 2021:152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
  25. Lenferink LIM, de Keijser J, Smid GE, Boelen PA. Cognitive therapy and EMDR for reducing psychopathology in bereaved people after the MH17 plane crash: Findings from a randomized controlled trial. *Traumatology*. Published online April 27, 2020. doi:<https://doi.org/10.1037/trm0000253>
  26. Lenferink LIM, de Keijser J, Wessel I, Boelen PA. Cognitive behavioural therapy and mindfulness for relatives of missing persons: a pilot study. *Pilot and Feasibility Studies*.

- 2019;5(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s40814-019-0472-z>
27. Lenferink LIM, van den Munckhof MJA, de Keijser J, Boelen PA. DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1). doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131>
  28. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*. 2010;34(8):673-698. doi:<https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
  29. Maccallum F, Bryant RA. A Cognitive Attachment Model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(6):713-727. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.001>
  30. Mancini AD. When acute adversity improves psychological health: A social-contextual framework. *Psychological Review*. 2019;126(4):486-505. doi:<https://doi.org/10.1037/rev0000144>
  31. Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021;17(1):109-126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
  32. Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*. 1999;156(2):202-208. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.202>
  33. Shalev A. Surviving Warfare Adversities. A Brief Survival Advice for Civilians Under War Stress. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2022;7(1). doi:<https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.357>
  34. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*. 2005;47(3):253-267. doi:<https://doi.org/10.1002/dev.20091>
  35. Spuij M, van Londen-Huiberts A, Boelen PA. Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2013;20(3):349-361. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.08.002>
  36. Stroebe M, Schut H. THE DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT: RATIONALE AND DESCRIPTION. *Death Studies*. 1999;23(3):197-224. doi:<https://doi.org/10.1080/074811899201046>
  37. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2017;74(4):455-473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
  38. Treml J, Nagl M, Linde K, Kündiger C, Peterhänsel C, Kersting A. Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1):1926650. doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
  39. Van Denderen M, de Keijser J, Stewart R, Boelen PA. Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018;25(4):497-508. doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.2183>
  40. Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*. 2006;30(5):429-453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
  41. Wojtkowiak J, Lind J, Smid GE. Ritual in Therapy for Prolonged Grief: A Scoping Review of Ritual Elements in Evidence-Informed Grief Interventions. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.623835>