
ОГЛЯД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ГОРЮВАННІ БАЗОВАНОЇ НА КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВІЙ ТЕРАПІЇ

Аврамчук Олександр¹

¹ Кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології, Український католицький університет, м. Львів (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8512-7817>

Researcher ID: A-7595-2019

UDC: 159.972

АНОТАЦІЯ

У статті приділено увагу питанням ускладненого горювання, а саме методам психологічного та психотерапевтичного впливу. Огляд даної проблематики акцентовано на протоколах психологічної допомоги людям, які зазнали важкої втрати, що базовані на когнітивно-поведінковій терапії.

Актуальність обраної теми обґрунтовується тим, що у певного відсотку людей (за рядом досліджень може сягати до 10-15%), які втратили близьку людину, спостерігається розвиток стану ускладненого горювання. Цей процес супроводжується складною сукупністю змін, які включають процеси мислення, емоцій та поведінки, що відображають непродуктивне опанування травматичного досвіду втрати. Автор статті вказує, що складність адаптації та відновлення після втрати полягає в тому, що цей процес вимагає від людини та її оточення залучення ресурсів на подолання як актуальних життєвих викликів, так і інтеграцію попереднього життєвого досвіду.

На основі вивчення сучасних наукових джерел встановлено, що основні проблеми пов'язані з ускладненим горюванням полягають у прогресуючій психосоціалній дезадаптації, маніфестації коморбідних психопатологічних станів у помірних й тяжких проявах та зростання ризику суїцидальної поведінки.

Тому питання розробки і надання відповідної, ефективної та базованої на емпіричних доказах

Address for correspondence, e-mail: editpsychas@gmail.com
Copyright: © Oleksandr Avramchuk

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

психологічної допомоги є важливим напрямком наукової та практичної діяльності фахівців сфери психічного здоров'я.

Автором зазначається, що когнітивно-поведінкова модель ускладненого горювання вказує на три основні процеси, що заважають людині на шляху її відновлення: неуспішна інтегрованість втрати як життєвого факту у автобіографічну пам'ять; надмірно узагальнені негативні переконання і катастрофічна інтерпретація симптомів горювання та ролі власної особистості у цьому процесі; уникнення тривожних спогадів про втрату близької людини з поступовим уникненням соціальної, професійної та розважальної активності пов'язаної з нею.

З цією метою автором статті запропоновано огляд протоколів (керівництв) психологічної та психотерапевтичної допомоги базованих на моделі когнітивно-поведінкового напрямку. Розглянуті керівництва емпірично засвідчили зменшення клінічних симптомів ускладненого горювання й інших коморбідних станів (рівень депресії, тривоги, симптомів румінації й уникнення, вживання психоактивних речовин) та покращення психосоціальної адаптації до нових умов життя.

Запропонований у статті огляд та погляди на феномен ускладненого горювання може бути цікавим для практикуючих фахівців сфери психічного здоров'я, а також може бути використаний для розробки мультидисциплінарних керівництв чи методичних рекомендацій по роботі з людьми, які зазнали важкої втрати та тривало горюють.

Ключові слова: втрата, процес горювання, ускладнене горювання, психологічна допомога, когнітивно-поведінкова терапія.

Постановка проблеми. Незважаючи, що процес переживання втрати близької людини та горювання є болісним, більшість людей, які пережили втрату знаходять власний шлях до відновлення. Самостійно чи за допомогою друзів вони адаптуються до нових змін життя, асимілюючи досвід втрати, продовжують рухатися далі. Проте існує певний відсоток людей, у яких процес горювання не слабшає з часом, дезадаптує та посилює життєві труднощі, у такий спосіб сприяючи формуванню клінічної картини ускладненого горювання.

За даними різних досліджень поширеність ускладненого горювання як окремої клінічної проблеми коливається від 2,4-4,2% до 10-15% серед людей, які пережили важку втрату (Bonanno, Neria, Mancini, et al., 2007; Rosner, Pfoh & Kotoucova, 2011; Shear et al., 2011; Thompson, Whiteman, Loucks & Daudt, 2017). Актуальними викликами для фахівців постають питання диференціації між звичним, у межах культурних традицій та попереднього досвіду, горюванням й процесом ускладненого горювання; питання перегляду актуальних знань та практичних рекомендацій психосоціальної підтримки; питання зменшення ризику

появи чи посилення коморбідної психічної патології та їх незворотних наслідків, як суїцидальна поведінка чи зловживання психоактивними речовинами (Guldin, 2015).

Результати емпіричних досліджень вказують на те, що різні стратегії психологічної допомоги досягають кращої ефективності для різних клінічних синдромів, які розвиваються у людей, що зазнали тяжкої втрати (Boelen, van den Bout & de Keijser, 2003). Поруч з цим більшість психосоціальних заходів, спрямованих на попередження розвитку ускладненого горювання, зосереджені на конкретних групах ризику (таких як батьки, які втратили дітей чи особи, які мали спроби суїциду у анамнезі), але через недостатню кількість доказових досліджень використовувати їх як загальнорекомендовані заходи психосоціальної допомоги, зарано (Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky & van Heeringen, 2011).

Актуальність вивчення проблеми надання психологічної допомоги людям, які пережили важку втрату, зумовлюється тривалою ситуацією перебування України у військовому конфлікті та зростанням запитів до фахівців сфери психічного здоров'я, зокрема з питань адаптації після втрати близької людини. Брак спеціалістів та недостатність їх фахової підготовки з питань діагностики ускладненого горювання, обумовлює те, що особливості психоемоційного реагування, пов'язані з втраченою, можуть бути не враховані при обрані ме-

тодів психологічної та іншої медичної допомоги. Слід додати, що на сьогодні в Україні відбувається процес реформування сфери охорони психічного здоров'я, тому розробка та впровадження ефективних стандартів та методичних рекомендацій базованих на доказах щодо надання психологічної допомоги є актуальним на сучасному етапі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Для аналізу науково-дослідницьких джерел у дослідженні було використано теоретичні методи. За допомогою системного огляду літератури було проаналізовано теоретико-методологічну базу з проблематики дослідження. Серед вітчизняних практиків та науковців зверталися до питань психологічної допомоги особистості, що знаходиться у кризовій ситуації: С. Д. Максименко, Т. М. Титаренко, О. Ф. Бондаренко та ін., дослідженням процесу горювання та психологічної допомоги людям, які пережили важку втрату приділено увагу у публікаціях: Н. В. Онищенко, О. В. Диса, О. Л. Василюк, Л. Б. Наугольник, Я. О. Овсянникової та ін.. Питання діагностики, патогенезу ускладненого горювання та допомоги горюючим у зарубіжній науковій спільності відображені у працях: E. Lindemann, E. Kübler-Ross, J. Bowlby, C. Parkes, C. Sanders, J. Worden, T. Rando, M. Stroebe, H. Schut, R. Neimeyer, H. Prigerson, K. Shear та ін..

Водночас, в Україні існує обмежена кількість досліджень, спрямованих безпосере-

дньо на оцінку ефективності імplementованих міжнародних рекомендацій та протоколів щодо надання психологічної допомоги у цілому. Тому, на початку, було прийнято рішення приділити увагу аналізу наявних моделей психосоціальної роботи з людьми, що зазнали тяжкої втрати. Враховуючи, що психологічні інтервенції базовані на когнітивно-поведінковій терапії включені до більшості міжнародних протоколів з надання психологічної та психотерапевтичної допомоги, ми вбачаємо актуальним провести огляд та аналіз психологічної допомоги при ускладненому горюванні базованій на когнітивно-поведінковій терапії.

Пошук попередніх досліджень, пов'язаних із темою статті, здійснювався через PubMed, Medline, Web-of-Science, Cochrane library and Research Gate. Для огляду актуальних досліджень увагу було зосереджено на статтях опублікованих не пізніше, як ніж 10 років тому, а об'єктом дослідження визначено психологічна допомога ускладненого горювання базована на когнітивно-поведінковій терапії. Пошук здійснювався за наступними ключовими словами: «ускладнена реакція на втрату»; «ускладнене горювання»; «патологічне горе»; «патологічне горювання»; «психологічна допомога у період горювання»; «когнітивно-поведінкова терапія горя»; «complicated grief disorder»; «bereavement-related disorder»; «complex bereavement disorder»; «grief therapy»; «grief psychosocial

intervention»; «cognitive-behavioral therapy of the complicated grief».

Вибір такого методу дослідження дав змогу проаналізувати актуальні знання щодо процесу переживання тяжкої втрати; узагальнити особливості психологічних та психотерапевтичних інтервенцій базованих на когнітивно-поведінковій терапії; сформулювати висновки за результатами дослідження й окреслити перспективи подальших досліджень.

Мета статті: проаналізувати теоретико-методологічну базу щодо інтервенцій психологічної допомоги при роботі з ускладненим горюванням базованих на когнітивно-поведінковій терапії.

Виклад основного матеріалу. Розгляд аспектів психологічної допомоги при ускладненому горюванні доцільно розпочати з узагальненого викладу поняття «ускладнене горювання» та його особливостей. Поняття «ускладненого горювання» (Complicated grief) має ряд синонімічних назв: тривале горювання, хронічне горювання, травматичне горювання, патологічне горювання (Wetherell, 2012). Термін «ускладненого горювання» було виведено з варіантів клінічної картини афективних порушень завдяки працям науковців під керівництвом Н.Г. Prigerson, у подальшому як окрему нозологію його окреслено у працях М.І. Horowitz та колег 1997 року, а з 1999 року термін став використовуватися

ся як «травматичне горювання» (Rosner et al., 2011; Thompson et al., 2017). У сучасних дослідженнях «ускладнене горювання» вирізняється поміж інших варіантів реакцій на втрату пов'язаних з тяжкою клінічною депресією, ПТСР та іншими тривожними порушеннями (Prigerson et al., 2009; Boelen et al., 2010; Bryant et al., 2014; Lunderff et al., 2017). На основі незалежних емпіричних досліджень команд під керівництвом М.К. Shear та Н.Г. Prigerson у 2013 році до DSM-5 додано новий клінічний діагноз: Persistent Complex Bereavement (Bereavement-Related) Disorder (Стійкий комплексний розлад пов'язаний з тяжкою втратою) з приміткою «розлад для подальших досліджень», а з 2015 року рекомендовано до включення в МКХ-11 під назвою «Prolonged grief disorder (Тривалий розлад горювання)».

Актуальним, на нашу думку, є визначення запропоноване R. Malkinson у праці «Cognitive Behavioural Grief Therapy: The ABC model of Rational-Emotion Behaviour», де «ускладнене горювання» розглядається як інтенсивне відчуження горя, яке триває не менше як півроку після втрати та не призводить до асиміляції досвіду втрати, а замінюється стереотипними, повторюваними стратегіями мислення та поведінки, які посилюють психосоціальні порушення (Malkinson, 2010). Актуальності дослідженню питань психосоціальної підтримки людей, які пережили важку втрату додає, те що заходи первинної профілактики

(які, зазвичай, включають призначення орієнтованих на зменшення симптомів депресії та тривоги медикаментозних препаратів) не зменшують можливість виникнення ускладненого горювання (Wittouck et al., 2011; Rosner et al., 2011; Bryant et al., 2014; Shear et al., 2016). У той час як застосування психологічної допомоги (зокрема психотерапії) як першої лінії вибору при лікуванні ускладненого горювання в Україні, ще тільки набуває поширення.

Клінічні дослідження засвідчують ефективність застосування психосоціальних втручань базованих на когнітивно-поведінковій терапії (cognitive-behavioral therapy, далі – КПТ) при лікуванні ускладненого горювання, депресивних й тривожних симптомів, що супроводжують процес відновлення (Wagner, 2006; Malkinson, 2010). Слід вказати, що серед психотерапевтичних методів, які також показали свою ефективність є інтерперсональна психотерапія, сімейна терапія, гештальт-терапія та психодрама, також ефективність показали психотерапевтичні протоколи роботи з посттравматичним стресовим розладом розроблені А. Ehlers і Clark (2000) для дорослих та Cohen-Mannarino-Deblinger's manual (2006) для дітей (Rosner et al., 2011; Wittouck et al., 2011; Duffy & Wild, 2017). Слід зазначити, частина протоколів по роботі з втратою базованих на КПТ інтегрують релаксаційні техніки, техніки гештальт-терапії, роботи з уявою та сімейної терапії. Модифіковані КПТ інтервенції зарекомендували себе у

форматах психоосвітніх групових програм, спрямованих на профілактику суїцидальної поведінки, груп сімейної підтримки та у форматі інтернет-інтервенцій з застосуванням технік експозиції та поведінкової активації (de Groot, Neeleman, Meer, Burger, 2010; Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky, van Heeringen, 2014; Eisma, Boelen, van den Bout, 2015).

Когнітивно-поведінкова модель ускладненого горювання охоплює три основні процеси, що заважають людині на шляху її відновлення: неуспішна інтегрованість втрати як життєвого факту у автобіографічну пам'ять; надмірно узагальнені негативні переконання і катастрофічна інтерпретація симптомів горювання та ролі власної особистості у цьому процесі; уникнення тривожних спогадів про втрату близької людини з поступовим уникненням соціальної, професійної та розважальної активності пов'язаної з нею. Саме тому, узагальненні психотерапевтичні стратегії, якими керуються керівництва з КПТ при роботі з людьми, що переживають втрату та тривало горюють включають:

- повернення до звичного життя (виконання простих щоденних справ, підтримання задоволення та активностей спрямованих на піклування про себе);
- розширення знань щодо процесу горювання та того, що варто очікувати на цьому шляху;

- пошук, виставлення пріоритетів та вирішення питань щодо поточних справ;
- прогнозування та підготовка до нових або складних життєвих ситуацій (як варіант, розглядаються повернення до ситуацій, які уникалися у зв'язку зі смертю близької людини чи перша «річниця» смерті);
- ідентифікація та робота з думками (особливо тими, що сприяють виникненню відчуття провини чи гніву);
- формування реалістичних довгострокових очікувань та запобігання прийняттю незворотних рішень під впливом емоцій (часто охоплює спектр питань, які пов'язані з переїздом чи продажом майна) (Morris, 2008).

Враховуючи, що за низкою клінічних проявів (зв'язок з травматичною подією, шоківі реакції, інтрузивні спогади, відчуття безпомічності, уникнення нагадувань, відчуття провини того, хто вижив/продовжує жити) ускладнене горювання близьке до посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР), робота з травматичними спогадами й їх опрацювання є спільним акцентом психологічних і психотерапевтичних втручань базованих на КПТ.

Слід зазначити, що незважаючи на актуальність обраної нами проблеми у переважній більшості у літературі описані загальні рекомендації психосоціальної підтримки людей, які переживають втрату близької людини

(частіше у контексті настання надзвичайної ситуації чи ПТСР), проте сформованих психологічних, психотерапевтичних протоколів чи спеціалізованих методичних рекомендацій по роботі з ускладненим горюванням не багато. З урахуванням завдань нашого дослідження та з метою розширення обізнаності фахівців сфери психічного здоров'я, які працюють з людьми, які пережили втрату, ми виокремили для аналізу два протоколи базованих на КПТ: Когнітивно-поведінкова терапія для роботи з ускладненим горюванням (Cognitive-behavioral treatment manual for Complicated Grief, далі - КПТ-УГ), розроблений командою Р.А. Boelan, та Терапія ускладненого горювання (Complicated Grief Therapy, далі – ТУГ) розроблена командою під керівництвом М.К. Shear (Shear et al., 2005; Boelen, van den Bout & de Keijser, 2006). На сьогодні психологічні та психотерапевтичні інтервенції застосовані у протоколах ґрунтуються на доказових даних щодо високого рівня їх ефективності, поєднують наукові докази з клінічною експертизою та високою оцінкою від пацієнтів (Wagner, 2006; Rosner et al., 2011; Wittouck et al., 2011; Wetherell, 2012; Duffy & Wild, 2017).

Клінічні дослідження показали кращу ефективність цих керівництв з психосоціальної допомоги базованої на КПТ у порівнянні зі стандартними протоколами КПТ по роботі з окремими симптомами депресії та ПТСР для людей, які переживають втрату, інтерперсональною психотерапією, підтримуючою психо-

терапією та групами підтримки (Shear et al., 2005; Shear et al., 2014; Shear et al., 2016), а використання компоненту експозиції під час цих втручань виявилось більш ефективним, ніж без (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006; Boelen, de Keijser, van den Hout & van den Bout, 2007; Bryant et al., 2014).

Керівництво з когнітивно-поведінкової терапії для роботи з ускладненим горюванням (КПТ-УГ) розроблене на основі поєднання базових принципів КПТ з експозицією та когнітивною реструктуризацією (Boelen, van den Bout & de Keijser, 2006; Wittouck et al., 2011). Даний метод переслідує три основні цілі: розробити та інтегрувати втрату в автобіографічну пам'ять людини; модифікувати негативні надмірні переконання (про себе, світ і майбутнє) та надані їм неправильні інтерпретації й значення реакцій скорботи; сформувати стратегії подолання тривожного (тобто уникнення нагадувань про втрати) та депресивного уникнення (тобто уникнення соціальних, професійних і інших активностей та певних форм поведінки й емоційного реагування).

Керівництво з терапії ускладненого горювання (ТУГ), окрім принципів когнітивно-поведінкової терапії включає погляди теорії прив'язаності J. Bowlby та дуальної теорії горювання, запропонованою командою M.S. Stroebe та H. Schut (Duffy & Wild, 2017). Частота клінічної відповіді при застосуванні Терапії ускладненого горювання на основі трьох рандомізованих контрольованих досліджень

у діапазоні від 51% до 82,5% (Shear et al., 2005; Shear et al., 2014; Shear et al., 2016). Керівництво представляє собою інтегративну систему технік когнітивно-поведінкової терапії та методів прогресивної релаксації, гештальт-терапії, роботи з уявою, короткотривалою терапією сфокусованою на прийнятті рішень та сімейній психотерапії, поєднані з метою забезпечення безпеки та відновлення ефективних копінг-стратегій (Rosner et al., 2011).

Рекомендований обсяг психологічних та психотерапевтичних інтервенцій при роботі з ускладненим горюванням при застосуванні протоколу КПТ-УГ становить 20-25 сесій з кількома додатковими сесіями та підтримуючими сесіями на дні народження, річниці чи інші важливі дати, пов'язані з померлим, у той час, як ТУГ пропонує 16 сесій та кілька додаткових сесій за необхідністю. Спільним для обох протоколів є тривалість сесій по 45-60 хвилин. Кожна сесія структурована та узгоджена з клієнтом за змістом. Структура сесій охоплює три робочі аспекти: перегляд діяльності впродовж минулого тижня й підведення проміжних підсумків, проведення сесії та обговорення й призначення завдань на наступний тиждень. У той же час, наповнення сесій може бути гнучким до актуальних переживань та запиту клієнта, але спрямоване на їх інтеграцію у контекст процесу горювання.

На початкових етапах терапії, яка зазвичай відбувається впродовж перших трьох-чотирьох сесій (у протоколі КПТ-УГ – 7 се-

сій), головними завданнями є знайомство з клієнтом та формування міцного психотерапевтичного альянсу, дослідження життєвої історії та історії міжособистісних стосунків клієнта (інтерперсональної історії), психоедукація щодо процесу ускладненого горювання, проявів для скринінгу й огляд стратегій та завдань для подальшої спільної роботи.

Дослідження інтерперсональної історії є ключовим компонентом розуміння життєвої ситуації клієнта у Терапії ускладненого горювання та сприяє встановленню терапевтичного альянсу. Дослідження інтерперсональної історії включає:

- знайомство зі стосунками клієнта з батьківською родиною у дитинстві клієнта (авторами напрямку, аргументується, що інформація є важливою для розуміння особливостей прив'язаності клієнта й змісту глибинних переконань та правил життя, які сприяють формуванню актуального емоційного реагування та поведінки);
- досвід попередніх «втрат» та досвід опанування ситуацій, пов'язаних зі смертю;
- наявність актуальних стосунків, ресурсів опанування поточних стресових ситуацій та міжособистісної підтримки (Wetherell, 2012).

Рекомендації для проведення перших сесій КПТ-УГ схожі до попереднього керівництва, водночас мають кілька акцентів: перший – окрема сесія відводиться на формуван-

ня навичок емоційної стабілізації (зазвичай, техніки «заземлення» та релаксації); другий, на яку рекомендовано мінімум дві сесії, ставить за мету формування знань та навичок розпізнання дисфункційної поведінки та особистих тригерів, які можуть заважати процесу відновлення.

У такий спосіб, вже з огляду початкової фази, КПП-УГ можна розглядати як клієнт-орієнтований (self-oriented) метод, у той час як ТУГ виглядає, як метод орієнтований на стосунок (relation-oriented). Підтвердженням цьому є той факт, що на третю сесію при застосуванні ТУГ зазвичай пропонують запрошувати родичів, друзів чи інших значимих людей, які будуть допомагати й підтримувати людину на шляху відновлення після пережитої втрати. Розширення знань щодо процесу ускладненого горювання та навчання базовим принципам й стратегіям емоційної стабілізації людей, які підтримують, формує необхідне середовище, яке сприятиме процесу психотерапії. Метою цієї сесії також є відновити у клієнта можливість поглянути на себе та життєву ситуацію ззовні, з позиції членів родини чи значимих інших. На нашу думку, ця інформація дає психотерапевту зрозуміти, як втрата впливає на життя клієнта, й що і чому він чи вона робить, шукаючи підтримки та можливостей для опанування цього процесу. Тому важливим є обговорення з учасниками сесії проявів унікаючої поведінки клієнта та спільного обговорення альтернативних шляхів.

Згідно керівництва Терапії ускладненого горювання, подальші сесії включають ознайомлення клієнта з особливостями травматичних спогадів, введення у роботу з травматичним досвідом в уяві та підготовку до експозиції, водночас відбувається формування навичок, які емпірично довели свою ефективність в якості емоційної стабілізації та при опрацюванні травматичних спогадів (запозичені з травма-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії та терапії десенсибілізації та репроцесуалізації за допомогою руху очей (далі - ЄМДР)). Враховуючи, що багато фахівців відмічають травматичний досвід втрати як важливий компонент та ціль для психотерапії, мета цього етапу – допомогти клієнту опрацювати цей досвід на емоційному рівні через повторне переживання та інтегрувати травматичні спогади про померлого й те, що з ними пов'язано, роблячи її автобіографічними (Thompson et al., 2017). Фахівці відмічають, що опрацювання травматичного матеріалу, часом характерного для класичної картини ПТСР, полегшує подальшу роботу зі смутком та горюванням (Duffy & Wild, 2017). З урахуванням побудованого психотерапевтичного альянсу та детально провівши психоедукацію щодо обставин смерті, стосунків з померлим й актуальними наслідками, пропонується використання класичних ЄМДР технік, які включають побудову єдиного наративу з «карти травматичних епізодів», робота з інтрузивними та тілесними симптомами. Разом з цим, особли-

вістю терапії ускладненого горювання є те, що поряд з опрацюванням травматичного досвіду втрати проводиться ретельний аналіз проблемних стосунків, які підтримують й модифікують травматичний досвід, заважаючи, тим самим, самостійному відновленню. З цією метою використовуються принципи та стандарти рольової гри запозиченої з інтерперсональної терапії. Зазвичай, опрацювання інших втрат відбувається швидше після опрацювання більш тривожної втрати.

У порівнянні з попереднім керівництвом, серцевиною КПТ-УГ є допомога горюючому усвідомити та прийняти, що емоційні реакції навколо смерті близької людини й обрані шляхи опанування горя є результатом дисфункційного (іраціонального) мислення та інтерпретацій. Навчаючись практикувати більш адаптивні способи мислення щодо їх втрати, клієнти реорганізують своє життя для підтримки «раціональних» стосунків з померлим, що водночас поліпшує їх загальну здатність до функціонування (Malkinson, 2010). З цією метою використовуються когнітивна реструктуризація, підготовка та проведення експозиції та реконсолідація спогадів, які інтегровані у ключову для керівництва техніку «Прогулянка до могили» (оригінальна назва «Walk to the grave»). Когнітивна реструктуризація сфокусована на розділенні факту події від інтерпретацій та уявних деталей про неї, які супроводжують процес думання про смерть, втрачену людину

та те, що з нею пов'язано. Використання сократівських запитань, конфронтації та метафор сприяють роботі з румінаціями (циклічні, ірраціональні, часом нав'язливі спогади й думки), виявленні «гарячих точок», зміні дисфункційних думок та зменшенню почуття провини. Водночас, додаткове навчання навичками прогресивної м'язевої релаксації допомагають у роботі з уявою під час покрокової експозиції: від згадування події без хибних інтерпретацій та деталей до інтегрування у цей образ емоцій та відчуттів.

Робота з уявою та програвання «діалогу» з померлим також є спільним елементом для обох протоколів. Ці техніки запозичені з гештальт-терапії й представляють собою можливість поговорити з людиною, яка померла так, ніби він чи вона присутні тут й тепер та чують клієнта. Клієнту пропонується побути в обох ролях й сформувані вільний діалог, ставлячи запитання та пропонуючи відповіді від кожної з ролей. Для керівництва ТУГ така техніка є опційною, водночас для КПТ-УГ є обов'язковою й скерована навколо трьох аспектів-запитань: що клієнт хотів завжди запитати чи розповісти померлому, але не встиг та те, як смерть близької людини вплине на життя клієнта.

Основу, структуру організації й проведення діалогу з померлим, інтегрованого у техніку «Прогулянка до могили» в КПТ-УГ, запозичено з експериментальної техніки гештальт-терапії. Дана техніка представляє собою

варіант експозиції, доповнений когнітивними інтервенціями, які проявляються у побудові запитань, ідентифікації думок та емоцій та їх подальший аналіз.

Слід зазначити, що конфронтація, як техніка спрямована на опрацювання непродуктивного мислення, розглядається КПТ-УГ як ключова інтервенція й відрізняється від аналогічних технік в інших керівництвах. R. Rosner вказує, що М.К. Shear та її колеги, також використовують метод конфронтації, який називають «поверненням назад» (оригінальне «revisiting») й зазвичай спрямований на визнання факту про незворотність смерті значимої людини (Rosner et al., 2011). Конфронтація болісним переживанням сприяє зниженню відчуженості, переосмисленню втрачених стосунків, спонукає відмовившись від старої прив'язаності, сформуванню нового досвіду, що перебудується у нові стосунки, значення та способи сприйняття й розвитку. У рекомендаціях до КПТ-УГ можливість застосування конфронтації розширили й водночас використовують, щоб зменшити уникнення клієнтами психологічної допомоги під час роботи над пізнанням найбільш болючих моментів та спектром негативних емоцій, що їх супроводжують (страх, почуття провини, тривала злість).

Остаточними завданнями завершального етапу обох терапій є опрацювання сепарації від терапевта (обговорення відчуття втрати/завершення терапевтичних стосунків) та підведення підсумків. Наступні кроки більшістю

клієнтів сприймаються як позитивний розвиток (прогрес) від інтенсивного та виснажливого горювання до зцілення та цілісності. Робота також може бути спрямована на опрацювання інших або повторних втрат при «множинних втратах», аналіз проблемних стосунків й конфліктів та побудова нових особистих ціляпрагнень у найближчому та віддаленому майбутньому. Лише на цьому етапі КПТ-УГ пропонує сімейні сесії за потребою та сесії, спрямовані на підготовку до особливих подій: річниць, днів народження, інших визначних дат.

Розглянуті протоколи психологічної допомоги не є вичерпними техніками чи методами, водночас вони можуть бути розглянуті як теоретична та практична основа для імплементації та інтеграції інтервенцій, які зарекомендували й показали доказову ефективність.

Висновки. У статті приділено увагу огляду методів психологічного та психотерапевтичного впливу сформованих у парадигмі когнітивно-поведінкової терапії.

Визначено, що ключовими стратегіями психологічної допомоги базованої на КПТ слід розглядати орієнтацію на роботу з непродуктивними переконаннями та інтерпретацією наданих значень втраті стосунків з близькою людиною та реакціям скорботи, опрацювання травматичного досвіду втрати, побудова реалістичного бачення процесу горювання й відновлення ефективних копінг-стратегій. Розг-

лянуто два протоколи з психологічної допомоги людям, що зазнали тяжкої втрати, базовані на доказах про їх клінічну ефективність: Когнітивно-поведінкова терапія для роботи з ускладненим, розроблений командою Р. А. Boelan, та Терапія ускладненого горювання, розроблений командою під керівництвом М. К. Shear. Обидва методи представляють собою інтегративну систему технік когнітивно-поведінкової терапії та інших психосоціальних методів/технік, які зарекомендували себе високою клієнтською відповіддю як ефективні.

Зазначено, що психологічна допомога, базована на когнітивно-поведінковій терапії, включає в себе структуровані вправи, зосереджені на неодноразовому перегляді й переосмисленні «смерті значимої людини» з опрацюванням травматичного досвіду втрати, а також поступове повернення до діяльності та ситуацій, які уникалися. Результатами проходження терапії є зниження відчуття смутку, редукція інтрузивних спогадів й сновидінь, опанування й прийняття відчуття провини та гніву. При цьому налагодження стосунків з рідними, друзями й колегами, досягнення прогресу чи стабільності у іншій діяльності та повернення до звичного темпу є свідченням, що сила травматичного болю й пам'яті інтегрувалися у життєвий досвід людини.

Отже, незважаючи на те, що ми не можемо говорити про ефективні заходи превенції виникнення ускладненого горювання

(жодним чином не нівелюючи їх цінності), в наших силах створити програми індивідуальної та групової психологічної допомоги людям, які зазнали тяжкої втрати. Слід зазначити, що застосування та імплементація базованих на доказах психологічних рекомендацій та психотерапевтичних протоколів, можуть бути перспективними для розвитку сфери психологічної допомоги в Україні.

Тому **перспективу подальших напрацювань** вбачаємо у розробці адаптованих до України керівництв чи методичних рекомендацій з надання психосоціальної допомоги людям, які зазнали тяжкої втрати й знаходяться у процесі ускладненого горювання, на основі розглянутих у статті протоколів, а також дослідження їх ефективності.

References :

- Boelen, P. A., van den Bout, J. & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry*, 160, 1339–1341.
- Boelen, P. A., de Keijser, J. M., van den Hout, A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol*, 75, 277–284.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257(8), 444–452.

- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., et al. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *J Abnorm. Psychol*, 116 (2), 342–351.
- Bryant, R., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., ... Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 1332–1339. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- de Groot, M., Neeleman, J., Meer K., & Burger H. (2010) The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: the mediating role of suicide ideation. *Suicide life Threat Behav.*, 40 (5), 425–437.
- Duffy, M., & Wild, J. (2017). A cognitive approach to Persistent Complex Bereavement disorder (PCBD). *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16 (special issue - invited paper), 1–19. <http://dx.doi.org/10.1017/S1754470X17000034>
- Eisma, M.C., Boelen, P.A., & van den Bout, J. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: a randomized controlled trial. *Behav Ther*, 46(6), 729-748.
- Guldin, M. (2015). Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, 72 (12), 1227–1234
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord*, 212. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>.
- Malkinson, R. (2010). Cognitive Behavioural Grief Therapy: The ABC model of Rational-Emotion Behaviour. *Therapy, Psychological Topics* 19, (2), 289–305. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>
- Morris, S.E. (2008) *Overcoming grief: A self-help guide using cognitive behavioural techniques*. London: Constable and Robinson
- Thompson, M. R., Whiteman, A. D., Loucks, K. D. & Daudt, H. M. L. (2017) Complicated Grief in Canada: Exploring the Client and Professional Landscape. *Journal of Loss and Trauma*, 22(7), 577–598. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2017.1358574>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6 (8). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucova, M. (2011) Treatment of complicated grief. *Eur J Psychotraumatol*, 2, 7995. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>.
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 1287–1295.
- Shear, M. K. (2015). Clinical practice. Complicated grief. *N Engl J Med*, 372(2), 153–160.
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., ... Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7),

685–694. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892>

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud*, 30, 429–453.

Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues Clin Neurosci*, 14 (2), 159–166.

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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2014). A CBT-based psychoeducational intervention for suicide survivors. *Crisis*, 35(4), 193–201.

Oleksandr Avramchuk

PhD in Psychological Sciences, associate professor of the Clinical Psychology Department, Ukrainian Catholic University, Lviv (Ukraine)

REVIEW OF THE PSYCHOLOGICAL SUPPORT AT COMPLICATED GRIEF BASED ON THE COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY

ABSTRACT

The article discusses the actual studies concerning the psychological support at complicated grief. The author notes that practitioners and researchers continues debate about the definition, diagnostic criteria and best treatment of the pathopsychological phenomenon that follow the loss of a loved one and usually named as compli-

cated grief. At the present, complicated grief is viewed as a clinical state of a persistent feeling of mourning during, at least, six months with increasing psychosocial disability. Due to many evidences of distinct clinical features for this phenomenon, it was included into the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders as a persistent complex bereavement disorder (the condition for further study), and as a new diagnostic category – Prolonged Grief Disorder - is to be added to the International Statistical Classification of Diseases (ICD-11).

The article describes the cognitive model of psychological-emotional changes characteristic for people suffering from complicated grief. The cognitive-behavioral model of complicated grief proposes that a traumatic experience of a loss and negative cognition (negative beliefs about Self, life, and the future and threatening interpretations of grief reactions) plays a core role in the development and persistence of emotional problems, so mourners start to avoid social support.

The emphasis in the performed analysis is laid on the psychological and psychotherapeutic interventions based on the cognitive-behavioral theory; there are evidences of their effectiveness in dealing with people mourning for deceased. The author summarizes that psychotherapeutic interventions based on the cognitive-behavioral therapy are evidence-based, comprehensive, and methodologically substantiated; they are focused on achieving psychological-emotional stability and returning to normal life. The performed approbation of these methods of intervention have

shown lowered intensity of bereavement-related depression, anxiety, traumatic pain and the integration of the traumatic memory of death into a grieving person's life experience.

The cognitive-behavioural model of complicated grief can have wide clinical and psychological practical use, and cognitive-behavioral therapy manuals for dealing with complicated grief (or recommendations based on them) can be proposed as measures of psychotherapeutic and psychosocial support in Ukraine.

Key words: bereavement, the process of grieving, complicated grief, psychological support, cognitive-behavioral therapy.

Аврамчук Александр Сергеевич

Кандидат психологических наук, Доцент кафедры Клинической психологии Украинского Католического Университета, г. Львов (Украина)

ОБЗОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ГОРЕВАНИИ БАЗИРОВАННОЙ НА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены особенности психологической помощи при психоэмоциональных изменениях переживания утраты близкого человека, основанных на когнитивно-поведенческой терапии.

Автором статьи осуществлен анализ исследований за последние 10 лет, проанализированы и обобщены психосоциальные осо-

бенности процессу осложненного горевания, и сделан акцент на психолого-психотерапевтической помощи. В статье выделено понятие осложненного горевания с клинико-психологической точки зрения и рассмотрено его в когнитивно-поведенческой модели. Указано, что процесс осложнённого горевания является результатом безуспешной интеграции факта утраты в автобиографическую память человека, чрезмерно обобщённых негативных убеждений и непродуктивной интерпретации проявлений переживания утраты, искривлённого восприятия собственного значения в процессе восстановления и нарастающей социальной дезадаптации в результате избегания воспоминаний и деятельности связанных с умершим.

По результатам проведенного анализа литературных данных описаны особенности процесса психотерапевтических вмешательств, основанных на когнитивно-поведенческой терапии и проведен их сравнительный анализ. Сравнительный анализ руководств по когнитивно-поведенческой терапии для работы с осложненным горем и терапии осложненного горевания дал основания считать оба руководства базируются на клинических доказательствах, являются комплексными, методическими и ориентированными на достижение психоэмоциональной стабильности и возвращения к привычному темпу жизни человека, перенесшего утрату. В обзоре особое внимание уделено фокусированию методов психологического и психотерапевтиче-

ского влияния на снижение силы травматического опыта утраты и связанных с ним эмоциональных изменений, отмечены клинически значимые снижения сопутствующих симптомов депрессии, тревоги, избегания и употребления психоактивных веществ.

Описанные в статье материалы имеет широкое клиническое и психологическое применение для практикующих специалистов, а руководства по когнитивно-поведенческой терапии для работы с осложненным горем и терапии осложненного горевания (или сформированные на их основе рекомендации) могут быть предложены как меры психотерапевтической помощи и психосоциальной поддержки.

Ключевые слова: утрата, процесс горевания, осложнённое горевание, психологическая помощь, когнитивно-поведенческая терапия.

Дата отримання статті: 11.08.2019

Дата рекомендації до друку: 21.08.2019

Дата оприлюднення: 31.08.2019