



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

**КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ
УСКЛАДНЕНОЇ РЕАКЦІЇ ВТРАТИ**

Крістіна Літвінова

Київ/Львів – 2018

Зміст

ВСТУП: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ.....	3
ПРЕДСТАВЛЕННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ.....	4
ОЗНАКИ ГОСТРОЇ ВТРАТИ.....	6
МОДЕЛІ ПРОЦЕСУ ПЕРЕЖИТТЯ ВТРАТИ ТА ЙОГО ОСНОВНИХ ЗАВДАНЬ.....	9
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ВТРАТИ.....	11
ВИДИ УСКЛАДНЕНОЇ ВТРАТИ.....	15
КОНСУЛЬТУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВТРАТУ.....	16
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА МОДЕЛЬ ТЕРАПІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ВТРАТИ.....	18
Обстеження і побудова формулювання.....	19
Приклад перебігу обстеження та формулювання у представленому вище клінічному випадку.....	20
Загальна схема терапії.....	24
Приклад перебігу терапії у представленому вище клінічному випадку.....	27
ПРИКІНЦЕВІ КОМЕНТАРІ.....	31
Бібліографія.....	32

ВСТУП: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ

Втрата є однією з невід'ємних частин життя. Мабуть єдине, що неможливо втратити - це перспективу колись померти... Процес вмирання та подальшої долі померлого – тема, що бентежила людство з часів його зародження. Про це свідчать багато археологічних знахідок, що вказують на численні ритуали пов'язані зі смертю та спробами її магічного приборкання. В наш час існують певні культуральні відмінності серед різних народів в ставленні до смерті близької людини. Але, для усіх є спільним почуття втрати, жалоби, туги за померлим, яке відрізняється за інтенсивністю та тривалістю. Така реакція визначається, як нормальна реакція втрати, тобто неускладнене горе. За різними даними вона триває 6-12 місяців. Це хворобливий, важкий період життя, який втім є обмеженим та зазвичай не потребує спеціалізованого втручання. Джон Боулбі вважав горе та скорботу психологічним та еволюційним механізмом, що забезпечує зв'язок між людьми. Однак, ускладнена втрата, горе, жалоба (ці терміни часто є взаємозамінними) може бути сильно інвалідизуючою, тривалою. Може призводити до повної життєвої дезадаптації, спонукати до зловживання ПАР. Підвищує ризик виникнення серцево-судинних захворювань, онкології та суїциду.

Поштовхом до емпіричних досліджень та вивчення реакції горя практикуючими лікарями з охорони психічної стала робота Джорджа Енгеля, мета якої було дослідити, чи є горе хворобою. Він вважав, що втрата є травмою, як для тіла є травмою фізичне ушкодження, і розглядав горе як механізм лікування травми. Який іноді може відбуватись невірною, не повністю, тобто ставати патологічним. Протягом 10 років тривала робота Холі Пріджерсона та Марді Горовіца по визначенню ускладненої втрати діагнозом, який нарешті увійшов в DSM-V у 2010 році. За статистикою, на ускладнену втрату страждає 10% людей, що понесли її. Серед факторів, які модифікують перебіг втрати виділяють: вік, очікуваність втрати, обставини смерті, преморбідні особливості, характер стосунків, наявність і доступ до соціальних та внутрішніх ресурсів тощо. До факторів, що впливають на ризик ускладнення відносять: психічні розлади до

втрати, емоційна та особистісна незрілість, алкоголь як коупінг, попередні втрати та психічні травми, нещасний випадок та трагічна загибель, самогубство, неможливість бути на похоронах або бачити тіло. Є також певні види втрати, що підвищують ймовірність ускладнення через соціальну перепону до інтеграції. Сюди можна віднести втрати, що заперечуються соціумом (переривання вагітності спонтанне чи медичне), що замовчуються перед ним через стигматизацію (суїцид, СНІД), що приховуються від загалу через «безправність» (коханець, засуджений). Проте, за Сендлером важливим є розуміння контексту в якому має проходити адаптація. Людина перебуває в родині, яка в свою чергу є в спільноті, а вона є в культурі. Отже, можемо припустити, що здорове та гармонійне оточення є проєктивним фактором. Серед людей існує багато міфів щодо реакції горя, а оточуючі часто просто не знають, як підтримати та допомогти людині в жалобі. Не раз доводилося чути від пацієнтів про невдалі спроби заспокоєння, коли вони не тільки не допомагали, а ще більше засмучували. Траур, горе - це процес, що має чотири завдання: визнати втрату, оплакати її; адаптуватись до змін у своєму житті, світогляді, самосприйнятті; створити пам'ять та знайти місце в своєму серці, для людини, що пішла з життя. Це праця, яка потребує: відповідного часу, зовнішніх і внутрішніх ритуалів, певних психологічних процесів. У цій праці представляється когнітивно-поведінкова модель ускладненої втрати, а також подається стислий огляд моделі терапії методом КПТ з відповідною демонстрацією описом клінічного випадку.

ПРЕДСТАВЛЕННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Вікторії зараз 33 роки. Вона звернулась через 12 місяців після трагічної загибелі свого чоловіка внаслідок ДТП. Андрія було збито на пішохідному переході в центрі міста пізно ввечері. З важкими травмами його було доставлено каретою швидкої допомоги в лікарню, де він помер через добу після операції. Згідно судово-медичної експертизи смерть наступила через отримані травми в ДТП. Водія, що був за кермом автівки, та рухався на жовте світло зробивши наїзд на червоне, взяли під слідство. Втім, він продовжував вільно користуватись іншим транспортним засобом. Слідство тривало два роки. Через два роки після ДТП суд призначив йому міру покарання у вигляді позбавлення волі строком на 5 років та 3 роки позбавлення права керувати транспортним засобом.

Вікторія звернулась сповнена відчаю, втративши сенс життя, єдиною мрією було покарати обвинувачуваного, хоча і це не принесло б полегшення

стражданню, як вона вважала, але, принаймні, не збільшило б. При обстеженні виявились типові симптоми ускладненої втрати, а саме: відчуття сильного болю втрати, постійна туга і думки про померлого. Виражений дистрес щодо теми втрати: неможливість прийняти втрату та негативні думки про себе пов'язані з обставинами смерті: «Я винна, що не була поруч; що не наполягла на консультації з лікарем; що він жив зі мною і тому саме тією дорогою йшов додому». Порушення соціальної ідентичності: відчуття самотності та відчуження від інших, що нема сенсу жити без чоловіка, бажання померти і з'єднатися з ним, відсутність інтересу продовжувати улюблені активності, подорожувати, вивчати іноземну мову та планів на майбутнє, окрім завершення судового процесу. Негативні думки з часом перестали обмежуватись тільки темою втрати і розповсюдились на самооцінку, стан дедалі більше вказував на приєднання депресії. Ризик суїциду був оцінений, як помірно-низький - періодичні думки про те, щоб піти з життя, але здатність ним опиратися і відсутність певного плану чи дій. Вікторія казала, що непевна чи потрапить вона після суїциду до свого чоловіка, який «має бути скоріше в раю». Тому не робила ніяких активних дій, хоча, час від часу на початку терапії мріяла про те, щоб її життя випадково закінчилось без її участі. Вказані вище симптоми тривали більшість днів протягом 12 місяців з моменту смерті. Приблизно через рік після втрати у Вікторії з'явилась легка, нетривала дисоціація у вигляді думок та відчуття, що насправді вони ніколи не любили один одного і між ними не було нічого цінного. Це відчуття було несильне та тривало лише два тижня. Допомогли спільні фотокартки та спогади друзів про їх стосунки.

Життя стало поділене навпіл і дні тижня середа та п'ятниця стали найжахливішими, бо пов'язані із звісткою про ДТП та смерть. Особливо стан погіршився на річницю смерті, адже Вікторії зовсім не ставало легше, а рідні вже через 2 місяці після втрати наполягали «взяти себе в руки». Деякі навіть почали казати, що їй просто подобається страждати і що це не є нормальним. Наводили власні приклади та приклади знайомих, які легше та швидше відновилися після втрати. Це патологізувало та поглиблювало відчуття безнадії Вікторії. Єдиною, хто підтримував її була мати Андрія. Врахувавши фактори ризику по ускладненій втраті та негативні модифікуючі фактори, разом з історією минулого досвіду та глибинними переконаннями й правилами життя, підтримуючими циклами - ми віднайшли пояснення, чому втрата стала ускладненою й потребувала когнітивно-поведінкової терапії та розробили її план.

Стосунки Вікторії і Андрія тривали майже два роки, а побралися вона лишень за три місяці до трагедії. Мали гарні, теплі, довірливі відносини, спільні інтереси та вподобання. Мріяли про спільне майбутнє, подорожі та дитину. Вікторія з дитинства мала замкнений темперамент, важко зближалася з однолітками, була не певна в собі та своїй компетентності. Її знайомство з Андрієм суттєво вплинуло на сприйняття себе. Можна сказати, що активувалися її адаптивні переконання, зросла віра в себе. Постійно відчуючи підтримку та віру з боку чоловіка вона сміливо вирушила до нових життєвих цілей. Мріяла змінити професію, тому звільнилась з посади дизайнера-архітектора та почала вивчати англійську мову. Несподівана втрата зруйнувала все, Вікторія навіть взагалі забула яка вона, що її тримало в житті до знайомства з чоловіком. Знецінення свого минулого життя до знайомства з чоловіком було дуже сильним: «Тоді я ще не знала, як це бути щасливою, а тепер я вже ніколи такою не буду». Поведінкову активацію блокували думки «припинити страждати – означає не любити», «Мені нема сенсу радіти чомусь, якщо я не можу розділити це почуття з ним». Унікаюча поведінка блокувала процес інтеграції втрати та була обумовлена думкою: «Я більше не зможу спокійно знаходитись в тих місцях де ми були разом». Прийняттю й відпусканню втрати заважала надмірна прив'язаність до речей та одяжі померлого й фантазування щодо його присутності. А також втрата сенсу жити без померлого, зруйнована само ідентифікація разом з недоброзичливістю до себе та самоосудом.

Терапія тривала 30 сесій, протягом семи місяців. Досі тривають бустерні сесії. Досягнуто зменшення симптомів депресії на 50% по шкалі депресії, подолано почуття провини та унікаюча поведінка, віднайдено життєві цілі – подорожувати. Вікторія відновила заняття з англійської мови, розширила коло спілкування. Суттєво зменшився ступінь віри в дезадаптивні глибинні переконання та правила життя, що дозволило покращити самооцінку. Створювати сім'ю не планує. Вікторія вважає, що якби не КПТ, то вона досі б відчувала постійні страждання та зневіру в себе. Каже, що сесії допомогли їй бути на судових засіданнях і витримати їх. Загалом, вона вважає, що стала дещо сильнішою внаслідок втрати. Навчилась вирішувати життєві проблеми самотужки, спілкуватись з більшою кількістю людей. Чоловік є назавжди в її пам'яті, біль від втрати ніколи не вщухне повністю, але тепер вона може його краще контролювати та справлятися із ним на нових сторінках свого життя.

ОЗНАКИ ГОСТРОЇ ВТРАТИ

Колись на доповіді про втрату, Ліндемманн прочитавши її ознаки вкінці зауважив, що це були симптоми зафіксовані у страуса, як реакція на втрату. Про що може нам сказати схожість проявів трауру у тварин та людини? Напевне за цим стоїть еволюційне походження і значення. В іншому розділі ми висвітлимо завдання трауру. А зараз зосередимось на проявах втрати. Ліндемманн виокремив такі ознаки:

1. Соматичний розлад будь-якого типу
2. Нав'язливі спогади, образ померлого
3. Почуття провини щодо обставин смерті та по відношенню до померлого
4. Ворожі реакції
5. Неспроможність функціонувати так само, як до втрати

Цікавою є шоста характеристика, проте навколо неї точиться багато сумнівів. Це коли у пацієнта розвиваються риси покійного в поведінці або вподобання, чи в симптоми, які були у померлого при житті.

Ворден описує ознаки умовно поділяючи їх емоції, когніції, поведінку та фізичні відчуття. В місті де він працював, трапилась масштабна пожежа, багато людей загинуло. Тож, Ворден спостерігав багато людей з гострою втратою.

Когніції є типовими, шаблонними та часто швидко минають. Пов'язані з невірою «розбудіть мене», румінацією про те, що сталося. Нав'язливі думки про те, що могло попередити відтермінувати смерть, думки про присутність померлого. Нерідко виникають ілюзії та галюцинації. Пацієнти можуть бачити або чути голос покійного, відчувати його доторки та ніби фізичну присутність. Такі галюцинації є мимовільними, зі збереженою критикою, продовжуються зазвичай протягом декількох тижнів після смерті та не передвіщають ускладнене горе.

Емоції: смуток, гнів, туга, безпорадність, тривога, самотність. Ці емоції є пов'язаними з певним регресом. Людина втративши рідного певний час продовжує намагатися його повернути, відчуває злість за покинення і ніби намагається сказати цими емоціями «Не залишай мене!», «Без тебе я пропаду!» Вірогідно така реакція є генетичним спадком. Ми можемо спостерігати в дикій природі реакцію на розлучення. Тварина сумує, її нічого не цікавить, вона шукає важливу для неї істоту і може почуватися роздратовано. Така поведінка може допомогти воз'єднанню. По мірі того, як людина

переживає ці емоції приходить усвідомлення, що втрачене повернути неможливо. Такі почуття є нормою. Але якщо вони тривають надто довго та є надзвичайно інтенсивними, то це може бути передвісником ускладненої реакції втрати.

Фізичні відчуття: тиску в грудях, горлі, утрудненого дихання, сухості у роті, м'язевої слабкості, зниження енергії, порожнечі у шлунку, деперсоналізації, дереалізації, порушення сну. З приводу цих симптомів пацієнти можуть звертатись по допомогу до лікарів різного профілю. Зазвичай, такі симптоми минають протягом декількох тижнів чи місяців без стороннього втручання. *Мною помічено, що у пацієнтів з розладом тривоги за здоров'я або панічним розладом в анамнезі часто є недавня смерть родичів чи близьких друзів. Гіпотетично ці фізичні відчуття-реакції на втрату можуть запускатися тривожний розлад через помилкову інтерпретацію тілесних симптомів та надане їм катастрофічне значення.*

Поведінка часто проявляється в самоізолюванні від соціуму, яка звичайно минає через 2-4 місяці. Таке соціальне відсторонення може бути обумовлене дисоціацією, втратою інтересу до навколишнього або надмірною нав'язливістю оточення з метою допомогти. Через негативні емоції та когніції людина стає розсіяною. Це може проявлятися в забудькуватості, помилках. Ворден описує випадок коли він їхав на таксі і таксист чотири рази в часі поїздки запитував куди він має його відвезти. Врешті він сказав, що декілька днів назад його син помер в ДТП... Описані випадки коли люди по справах їхали на машині, а тоді повертались додому громадським транспортом просто забувши, що приїхали автівкою. Іноді з'являється страх спати на самоті. Змінюється харчова поведінка через порушення апетиту. Частіше це відсутність або знижений апетит. Неспокійна гіперактивність, метушливість. Пацієнт може шукати, кликати померлого. Відвідувати місця де він звичайно перебував, носити його одягу або використовувати його речі. Чи навпаки, може уникати нагадувань та намагатись звільнитись від усього, що нагадує про нього.

Диференційна діагностика ускладненого горя та депресії полягає в розумінні спільного для них: знижений настрій, порушення сну та апетиту, та того що відрізняє ці два розлади: при втраті світ видається спустошеним та збіднілим, в той час як в при депресії людина відчуває себе такою. Цю особливість описав Фройд. Класична ж тріада Аарона Бека: негативне бачення світу, себе та майбутнього обов'язково має бути при депресії, а при втраті якщо і виникне, то виявиться швидкоминучим відчуттям. При втраті не відбуватиметься втрати

самооцінки, а ідеї вини стосуватимуться обставин смерті, але не тотальної вини в усьому. Пригнічений настрій при втраті є коли згадується про померлого, а не весь час як при депресії. Суїцидальні думки можуть виникати через бажання зустрітись з померлим, а не через тотальне небажання жити. Виражена психомоторна загальмованість характерна більше для депресії.

У представленому випадку доволі швидко розвинулась супутня депресія. Вікторія почала казати про себе, що вона приносить усім нещастя, що вона від народження така невдаха і притягує до оточуючих біди та нещастя. «Мене взагалі не мало би бути на цьому світі», «В мене завжди було відчуття, що я маю померти молодою і це мене ніколи не бентежило, а навіть заспокоювало. Та сталося інакше». Ідеї вини виходили з країв та переливались на усі сфери життя та оточення, попри те, що в них насправді не було логіки.

МОДЕЛІ ПРОЦЕСУ ПЕРЕЖИТТЯ ВТРАТИ ТА ЙОГО ОСНОВНИХ ЗАВДАНЬ

Оскільки траур це процес, то його прийнято розглядати як певні етапи, фази, задачі. Терапія ускладненої втрати головним чином опирається на задачі пережиття втрати та шукає фактори, що ускладнюють їх реалізацію.

Модель етапів Паркі визначає такі, доволі умовні фази:

1. Оніміння та заперечення
2. Гнів – функція якою направлена на задоволення потреби в присутності померлої людини. Особа, що понесла втрату часто шукає ретроспективно можливості уникнути смерті, винуватих.
3. Дезорганізація та відчай – внаслідок усвідомлення безповоротності втрати людина ніби втрачає ґрунт під ногами. Ця фаза на думку деяких дослідників (Кюблер-Росс) найбільш вразлива до розвитку депресії.
4. Реорганізації – полягає в остаточному прийнятті та у відновленні свого життя, самоусвідомлення, в формуванні нового світогляду та сенсу життя.

Різні дослідники займались формулюванням етапів, але віднайдені ними етапи в своїй суті є ідентичними. Важливо також розуміти, що послідовність цих фаз є доволі умовна. В процесі пережиття втрати пацієнт може переходити з однієї фази в іншу в будь-якій варіації. Проте він встигне побути на всіх етапах, а от тривалість та послідовність в кожному індивідуальному випадку може бути різна.

Ворден пропонує дуже цінну для процесу терапії **модель завдань/задач жалоби**. Так само як із фазами різні вчені роблять класифікації завдань, але їх сенс є однаковим. Про що це каже? Як на мене, то про відповідність винайдених завдань дійсності, які описують дещо різними словами та об'єднують у зручні на думку авторів форми. Підхід до втрати з моделі завдань

допомагає відчути свою активну роль в цьому процесі, а не просто бути заручником невідворотних фаз та етапів. Тож Ворден виокремив 4 завдання:

1. Визнати втрату. Опинитись перед лицем дійсності втрати. На початку люди часто коливаються між вірою та невірою. Прокидаючись ранком вони пригадають, що сталось щось страшне. Таким чином вони знов і знов опиняються перед необхідністю визнати втрату. Допомогти пройти це завдання можуть прийняті ритуали поховання, спомин. Як вже згадувалось в групі ризику опиняються ті, що не мали можливість бути присутніми на похованні. Бачити тіло є дуже важливо для усвідомлення втрати, бо тоді воно відбувається на когнітивному та емоційному рівні. Пацієнти, що залишають кімнату померлого довгий час без жодних змін, або ті, хто одразу стирає зі своєї пам'яті померлого, блокуючи будь-які думки та розмови про нього певно не визнали втрату до кінця.
2. Оплакати втрату. Прожити біль, дозволити собі горювати. Почуттів у зв'язку із втратою може бути безліч: тривога, гнів, самотність, провина. До речі, дехто вважає, що провина внаслідок смерті може допомогти зберігати відчуття контролю ситуації. Думки: «я мав діяти інакше і цього б не сталось», «Цьому можна було б завадити» - віддаляють людини від почуття хаосу та тотальної невизначеності, яке в такий скрутний час може бути надто болючим та нестерпним. Боулбі мав думку, що ті люди, які не дозволяють собі з різних причин оплакувати втрату мають ризик розвитку депресії, а Паркс вважав що їх горе буде довшим. Велику роль в цій задачі відіграє соціум зі своїми переконаннями та стереотипами. Він може як допомогти так і ускладнити проходження цього завдання.
3. Адаптуватися до світу без близької людини. Ворден також виокремив три сфери, які будуть потребувати реадаптації:
 - Довкілля та буденні обов'язки – опинившись без близької людини виникає необхідність виконувати ті речі, які раніше їй належали. Це може бути догляд за будинком, виховання дітей, оплата рахунків, робота тощо. Не маючи змогу постійно делегувати це іншим, пацієнтові доводиться часто розвивати в собі певні вміння та якості, щоб справлятися з різними справами.
 - Наступна сфера – це власна ідентичність. Пацієнти вчаться сприймати себе окремо від померлої особи. Втрачаючи одну соціальну роль вони переосмислюють себе та своє положення в світі. Чим більш залежними були стосунки, тим певно важче бути відкоригувати ці сфери. Описані випадки, коли пацієнти подумки продовжували радитись з померлою особою та розмірковувати як би вона вдіяла в тій чи іншій ситуації. Все ж поступово вони мають формувати власний погляд та вподобання.
 - І ще одна сфера – це світогляд. Переконання про сенс життя, влаштування світу, пріоритети часто руйнуються через втрату і потрібен час аби переосмислити та віднайти нові переконання.

Багато людей пройшовши це завдання зауважують, що стали сильнішими, розвинули в собі нові якості та розставили життєві пріоритети.

4. Інтеграція стосунку. Відведення нового місця в пам'яті для померлої людини. Це дасть змогу залишити такий цінний зв'язок із нею, але при цьому не стане на заваді до творення іншої сторінки життя. Пацієнту важливо усвідомити, що він не втратив любові до близької особи, не втратив тих днів, що були прожиті разом, тих емоцій, що були пережиті з нею разом. Це все вміщає наша пам'ять, місце з якого вони не зможуть бути кимось вкрадені. Це все продовжує свій вплив. Пацієнт творить пам'ять про близьку особу, намагається перейняти собі найкращі її якості та гарні мрії іноді продовжуючи її місію на Землі. Деякі пацієнти врешті усвідомлюють, що любити іншу людину не означатиме не любити ту, що пішла з життя.

Двокомпонентна модель Stroebe полягає в двох процесах, які не можуть бути одночасно, але чергуються весь час між собою. Через що ці процеси нагадують танок з перешаруванням та розвертанням з однієї дороги на іншу. Stroebe постулює, що це коливання має адаптивну регулюючу функцію.

1. Процес пов'язаний із втратою
2. Процес направлений на відновлення, адаптацію та продовження життя

До першого процесу можна віднести завдання № 1,2,4 по Вордену, а до другого – 3.

Згідно з когнітивно-феноменологічною теорією Лазаруса та Фолкмана, що описує два типи коупінгу: проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований. В залежності від стадії, люди використовують обидві стратегії коупінгу. Вияв емоцій, плач на етапі оплакування перед тим як прийняти ситуацію та почати будувати плани по відновленню життя на етапі адаптації. (Вероніка Семёнова, 2015).

Також, важливою для розуміння втрати є теорія прив'язанності Боулбі.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ВТРАТИ

Горовіц, який приймав участь в розробці критеріїв діагнозу в DSM зазначає, що це діагностика ускладненого горя скоріш базується не на присутності чи відсутності якихось симптомів, а на їх інтенсивності та тривалості. Він навіть вважає цей діагноз, вірніше його критерії формальними. Розраховуючи на клінічний досвід лікаря, він сподівається, що той буде бачити чиє горе достатньо «з'їхало з колії», тобто коли завдання трауру не виконуються з

якихось причин. Поява цього діагнозу в DSM допомагає покрити страховкою лікування та віднайти фінансування для подальших досліджень ускладненого горя.

За DSM-V першим обов'язковим критерієм **A** є втрата близької особи щонайменше 1 рік (для дітей 6 місяців) тому. Хоча фахівці не радять аж так сильно прив'язуватись до часу, що спливає після втрати. Адже враховуючи фактори схильності та чинники ризику можна передбачити розвиток ускладненого горя ще раніше. Наступним критерієм **B** є наявність принаймні одного з таких симптомів з моменту втрати більшу частину днів:

1. Постійна сильна туга за померлим
2. Відчуття сильного болю втрати
3. Постійні думки про померлу особу
4. Постійні думки про обставини смерті

C – з моменту втрати щонайменше шість критеріїв присутні більшість днів:

C-1- виражений дистрес щодо теми втрати:

1. Неможливість прийняти втрату
2. Неспроможність повірити у реальність втрати та/або емоційне оніміння
3. Неспроможність згадувати позитивні спогади про померлу особу
4. Злість щодо реальності втрати
5. Проблемні думки про себе пов'язані зі смертю особи
6. Надмірне уникнення всього, що нагадує про втрату особи

C-2 – Порушення соціальної ідентичності:

1. Бажання померти, щоб возз'єднатися з померлою особою
2. Нездатність довіряти іншим людям з моменту втрати
3. Відчуття самотності/відчуження від інших
4. Відчуття, що життя не має сенсу без померлої особи
5. Розгубленість щодо того, який є сенс життя, і хто я без померлої особи (втрата сенсу життя та власної ідентичності)
6. Відсутність інтересу продовжувати улюблені активності чи планувати майбутнє після втрати близької людини

D – ці симптоми виражені настільки, що спричиняють виражений дистрес та/або порушення функціонування

E – ці симптоми виражені більше, ніж очікується нормальним при пережитті втрати у даній культурі, релігії, віковій групі.

Застосовується опитувальник Hogan Grief Reactions Checklist Factored Items HGRC (див.додаток 1)

Чому ж у людей може розвиватись ускладнене горе? На це впливає ряд факторів, медіаторів втрати:

1. Обставини смерті. Випадки зі зниклими безвісті. Коли немає можливості бачити тіло померлого через сильно понівечене тіло. Сюди можна віднести такі травми при яких важко ідентифікувати труп та є потреба проводити ДНК експертизу. Такі обставини не дають змогу пацієнтові визнати втрату, що блокує інтеграцію. Існують спостереження, про те що створення меморіальних дощок із зазначеними іменами загиблих дещо полегшує завдання їх близьких по визнанню смерті. Випадки множинної смерті, коли одразу помирає декілька близьких людей або коли за короткий період 1-2 роки помирає декілька родичів. Впливає також чи була смерть раптовою чи очікуваною та ким приходилась померла особа та які надії та очікування щодо неї були.
2. Соціальні фактори. Випадки, коли соціум не визнає втрати як такої. Як приклад можна привести перервану вагітність. Жінка часто може нікому не розповідати про це, придушуючи в собі горе. Випадок, коли обставини смерті засуджуються соціумом (стигматизовані втрати): суїцид, наркотичне сп'яніння, психотичний стан, що призвів до нещасного випадку. Та стосунки, що не санкціоновані соціумом: коханці, гомосексуальний зв'язок тощо. Вказані соціальні фактори не дають змоги отримати підтримку та відкрито оплакувати втрату. Варто зазначити, що неможливість одержати підтримку може бути обумовлена географічною ізоляцією від друзів та знайомих або самоізоляцією. Також виявилось, що особи, які мають декілька соціальних ролей і відповідно задіяні в різній діяльності та можливо спільнотах мають менший ризик до ускладненої втрати. (Worden ст.73). Релігійні погляди та етнічні особливості також справляють свій вплив.
3. Анамнез із попередньою ускладненою втратою, депресивним епізодом.
4. Особистісні фактори. Люди з емоційною інгібіцією, низькою стрессостійкістю та патологічним коупінгом. Когнітивний стиль та глибинні переконання з правилами життя справляють значний вплив на здатність справитись із завданнями трауру.

5. Тип стосунків. Амбівалентні з заблокованою ворожістю; нарцисичні в яких померла особа сприймалась, як засіб самовизначення та само ідентифікації. Щоб визнати втрати довелося б боротися із відчуттям втрати частини себе, тому втрата заперечується; Стосунки в яких було присутнє насилля. Особливо, якщо це не було опрацьовано заздалегідь; Залежні стосунки, симбіотичні призводять до покладання на іншого, що унеможлиблює адаптацію до змін в умовах покинення. Теорія прив'язаності Боулбі визначає тривожно-амбівалентний та дистанційний тип як пре диктор відтермінованого горя та депресії.

Ворден закликає бути обережним і кожного разу мати індивідуальний підхід до конкретного випадку, адже те що людина, скажімо, має гарну соціальну підтримку не означає, що автоматично виходить з групи ризику. Всі фактори, що можуть вплинути на процес трауру мають бути враховані, перш ніж робити висновки.

Існує два випадки при яких лікар може діагностувати ускладнену втрату. Перший – коли пацієнт зробив самодіагностику. Найчастіше до часу звернення з моменту втрати минає 2-5 років, а людина каже щось на кшталт «Я ніколи не повернусь до нормального життя». Другий – коли пацієнт звертається з іншого приводу, але розлад з яким він прийшов виникнув внаслідок втрати і безпосередньо пов'язаний з нею, хоча це не завжди усвідомлюється чи висловлюється ним. Варто зауважити, що в стандартному обстеженні немає окремого запитання про досвід минулих втрат. Добрі підказки в такому випадку дає нам Лазар (Worden ст.146) Це не обов'язково свідчить про діагноз, але варто бути уважнішими, якщо бачите наступне:

1. Пацієнт не може говорити про померлу особу спокійно, а виявляє реакцію свіжого горя.
2. Певна незначна подія або неприємність, що трапилась у знайомих людей викликає надто сильно реакцію, ніж очікувалось. Приклад, реакція плачу та сильного розпачу на зрив вагітності подруги при аборті в анамнезі.
3. Теми, що стосуються втрати з'являються в клінічному інтерв'ю.
4. Небажання прибирати та віддавати речі покійного. Інша крайність – швидке і повне вилучення всього, що нагадує про померлого.
5. В медичній картці зазначені симптоми, що були у покійного при житті. Іноді ці симптоми можуть виникати в часі пам'ятних дат, річниць або їх поява збігається за віком.

6. Докорінна зміна життя, розрив стосунків із спільними друзями, родичами, діяльністю.
7. Довготривала субклінічна депресія з ідеями провини та низькою самооцінкою. Так і протилежна реакція у вигляді хибної ейфорії одразу після втрати.
8. Пацієнт проявляє поведінку та риси характеру, що ніколи не були характерними для нього, але були притаманні померлій особі. Виникає через бажання компенсувати втрату через ідентифікацією з покійним.
9. Самопошкоджуюча поведінка. Проте цей симптом дуже неспецифічний.
10. Виражений сум в певні дати кожного року.
11. Фобія хвороби, що стала причиною смерті близької особи.
12. Уникає відвідувати цвинтар, приймати участь в ритуалах, споминах. Не було соціальної підтримки.

ВИДИ УСКЛАДНЕНОЇ ВТРАТИ

За парадигмою виділяють такі види:

1. Хронічна реакція втрати
2. Заблокована/відстрочена
3. Перебільшена реакція
4. Маскована реакція

Пацієнти з хронічною та перебільшеною реакцією звертаються переважно самотійно, бо чітко розуміють зв'язок свого стану з втратою. Як приклад хронічної, пацієнти, що 2-5 років після смерті дорогої людини кажуть «Не можу досі опанувати себе», «Я не повертаюсь до життя» можуть відмічати дезадаптацію та кризу самоідентичності, що триває з моменту смерті. Хронічним та перебільшеним горем вважають те, яке не співпадає за тривалістю та інтенсивністю горя прийнятій в культурі. Перебільшена реакція горя часто вимагає встановлення діагнозу DSM. Може розвиватись клінічна депресія, панічні атаки, фобія смерті, ПТСР. Такі стани, як правило, вимагають додаткового терапевтичного втручання та деколи, зокрема при важкій депресії - фармакологічного. Ворден радить в таких випадках починати роботу з психічного розладу, а коли досягнуто позитивних змін та редукції симптомів - починати працювати з ускладненою втратою (Worden ст.154). З іншими двома видами переважно звертаються з іншого приводу. Причиною заблокованого/відстроченого горя може бути особливі види травми (суїцид), множинні втрати, відсутність соціальної підтримки. Такі пацієнти не мали

можливості достатньо виразити почуття горя. Наприклад, вагітна жінка, що втратила двох дітей в ДТП чує від родичів, що вона не повинна нервувати та страждати, щоб не зашкодити своїй ще ненародженій дитині. Або коли в сім'ї один член має перебільшене горе, в той час як інший змушений надавати йому підтримку та брати на себе багато обов'язків, а це не дає простору та часу необхідного на оплакування втрати. Заблоковане горе деколи діагностують після наступної втрати, яка може мати перебільшений характер, бо «відкриває» заблокований шлях до першого досвіду. Боулбі гадав, що через розрив зв'язку з однією людиною, пацієнт зміцнював зв'язок з іншою, таким чином дещо компенсуючи біль втрати, але коли помирала й ця людина, то виникало відчуття повної втрати всіх зв'язків. Маскованою ж реакцією, часто пояснюють фізичні симптоми та порушення поведінки, що виникли одразу після смерті або якимось пов'язані з певною датою, річницею. При маскованій реакції пацієнт не бачить зв'язку між своїм симптомом та втратою. Описані випадки, коли вони розвивають ті самі фізичні ознаки хвороби, що у їх близької людини перед смертю. При дослідженні таких випадків органічні ознаки ураження відсутні.

КОНСУЛЬТУВАННЯ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ ВТРАТУ

В цьому розділі пропонуємо коротко розглянути основні принципи та деякі техніки консультування неускладненого горя. Навколо доцільності консультування горя точаться дискусії. Клінічні спостереження вказують, що не варто рутинно відправляти на консультації всіх хто поніс втрату. Але це може бути корисно для людей, що мають деякі питання та для осіб, що знаходяться в групі ризику. Хоча достатніх емпіричних доказів цьому поки що немає <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/1345/Default.aspx>. Під консультуванням реакції втрати розуміють допомогу в адаптації, вирішенні основних завдань трауру при неускладненому горі в адекватні терміни. Варто звернути увагу на осіб, що мають маленьких дітей, брак поточних стосунків, низьку зайнятість, сильний гнів, психічні порушення в анамнезі.

Завдання консультування збігаються із завданнями трауру. Форма роботи може бути індивідуальна, групова під супроводом підготовленого фахівця або група само підтримки.

Принципи консультування горя:

1. Допомога в прийнятті реальності втрати. Деколи рідні пацієнта не бажають говорити між собою про те, що сталося, а це гальмує визнання. Навіть якщо смерть не була раптовою, пацієнтам важко одразу збагнути її

невідворотність. Посилити її усвідомлення допомагають прямі слова, якими користується консультант: «помер» замість «пішов», «смерть» замість «перехід в інше життя». Питання про обставини смерті: «Як він помер?», «Коли ви дізнались про його смерть?», «Хто вам повідомив?», «Що відбувалось на похованні?», «Які промови були на службі?». Звісно це не має бути схожим на допит. Відвідування місця поховання також допомагає визнати втрату.

2. Допомогти визнати почуття викликані втратою. Зокрема це може стосуватися гніву та вини. Дуже часто людина відчуває гнів-образу на близьку людину, що померла. Це відбувається через певний регрес та відчуття покинення. Проте їм буває важко визнати цей гнів. Пряме питання скоріш викличе обурення і нерозуміння. Дорога людина може ідеалізуватись. Головне завдання тут: досягти балансу між позитивними та негативними почуттями до померлої. Допоможуть такі питання: «Є щось за чим ви сумуєте?», «А чи є щось, за чим ви не сумуєте?», «Чи вона розчарувала вас колись?», «Чи було щось несправедливе з її сторони?». Бувають випадки, що переважають негативні відчуття, тоді питання повинні мати інше спрямування і допомогти вступити в контакт з позитивними почуттями, навіть якщо їх було дуже обмаль. Ірраціональна провина зазвичай не витримує перевірку реальністю. Почувши: «Я не зробив достатньо аби її врятувати...» варто запитати: «А що ти зробив?», «Що ще ти робив?» поступово це має допомогти усвідомити, що людина робила все, що було можливо за тих обставин.
3. Допомога в прийнятті рішень та вирішенні проблем. Це може знадобитись, якщо вирішенням основних питань в сім'ї раніше займалась померла особа. Не радять приймати кардинальні рішення одразу після смерті близької людини, а почекати стабілізації емоційного стану.
4. Допомогти визначити значення втрати. Звичайно в голові постійно крутиться питання: «Чому це сталося?», а от відповіді на питання «Чому це сталося для мене?», «Як я змінився через цю втрату?» вже іноді вдається краще. Деякі люди починають займатись громадською діяльністю, щоб покращити цей світ для тих, хто продовжує життя або для родичів загиблих. Наприклад, вимагають дозволу на рівні законодавства мати змогу бачити родича в реанімаційному відділенні; приймають участь в написанні петицій по скасуванню деяких видів амністій тощо.
5. Допомогти інтегрувати стосунок з померлою людиною, віднайти для неї місце в пам'яті та житті. Буває так, що ніби все нагадує про втрату і все

болить, ймовірно так відбувається через те, що спогади і стосунки не має певного місця в серці пацієнта та кожного разу виходить з берегів.

6. Забезпечити час для переживання смутку. Одним з найбільш критичних періодів для будь-якої людини у жалобі є три місяці після втрати. В цей час резерви основної підтримки та висловлення співчуття від соціуму закінчується або суттєво зменшується, тому варто бути уважними до пацієнтів в цей період та в першу річницю. Також свята є для багатьох важким випробуванням. Члени сім'ї можуть просити пацієнта не засмучуватись вже та повертатись скоріше до життя, але на це потрібен час. Консультант може дати такий простір і час, дозволивши проживати смуток.
7. Нормалізувати реакцію втрати. Дати інформацію про певні етапи та прояви горя на рівні думок, емоцій, поведінки, тіла. Це вбереже пацієнтів від думок, що вони втратили розум та ніколи вже не відчують полегшення. Дуже рідко люди переходять в психотичний стан. Зазвичай це прояв декомпенсації певного розладу, наприклад пограничного розладу особистості.
8. Допомогти прийняти індивідуальні особливості своєї реакції горя. Кожне горе Відмінності, що існують деколи породжують непорозуміння в сім'ї, які можна допомогти владнати.
9. Визначити стиль подолання важких емоцій. Бути уважними до проблемних форм коупінгу, таких як небезпечна поведінка, соціальна ізоляція, алкоголь, наркотичні речовини. Допомогати підвищувати загальну стресостійкість, здатність отримувати допомогу, позбавлятися поширених когнітивних спотворень. При необхідності запропонувати анонімні групи для осіб, що зловживають психоактивними речовинами.
10. Спостерігати за динамікою та проводити діагностику ускладненої втрати, щоб у разі необхідності скерувати пацієнта на психотерапію.

Техніки, що можуть знадобитись в консультуванні горя це: когнітивна реструктуризація, направлена увага – візуалізація і розмова з померлою, використання речей померлої особи або її фотокарток, написання листів, метафори, рольова гра для полегшення у вирішенні певних життєвих, соціальних проблем. Багато метафор на тему втрати можна знайти в книзі Арнальдо Панграцці «Допоможи мені сказати прощавай». Створення колажу, «книги пам'яті» в якій розміщуються фотокартки, історії з життя, спогади рідних та друзів.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА МОДЕЛЬ ТЕРАПІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ВТРАТИ

Завдання терапії полягає у з'ясуванні перешкод, які стоять до виконання завдань горя та їх усунення, в допомозі подолати конфлікт сепарації та в адаптації до життя без близької людини. Встановленню адекватного терапевтичному альянсу сприяє дозвіл пацієнту сумувати. Терапію варто починати з контракту на 8-10 сесій, при умові що відсутня якась незвичайна ускладнена реакція. Частота сеансів 1-2 рази на тиждень (Worden ст.156).

Обстеження та формулювання ускладненої втрати. Основна задача разом з пацієнтом дослідити надані значення втраті, поведінку, що блокує проходження завдань горя. На цій інформації ґрунтуватимуться підтримуючі цикли, в яких знаходяться конкретні мішені терапії. Велике значення має гарне діагностичне інтерв'ю з обов'язковим скринінгом психічних розладів та розладів II осі. Бо їх наявність часто робить людей схильними до ускладненої реакції. Тоді терапія звичайно триватиме довше і матиме план подолання супутніх розладів, відповідний рекомендованим протоколам КПТ. Варто дослідити попередній досвід втрат та тип реакції. Можна знайти заблоковані втрати в минулому або хронічне горе, а це матиме, безумовно, вплив на план терапії. Робити треба, як і усе, що пов'язаною із втратою вкрай обережно, поволі, запитуючи дозволу дослідити щось більш глибоко, одночасно з емпатією та співчуттям. Наведу приклад з молодою жінкою, що звернулася з тривожністю через страх зробити помилку на роботі. Її тривога з'явилась дуже різко і мала сильний прояв, майже зник сон. Сильний напад страху стався, коли вона почала виконувати нові обов'язки на роботі, а саме брати кров на дослідження. Тоді до неї прийшов маленький пацієнт, дитина 3-4 років, яка після проколу шкіри почала дуже сильно плакати. Цілком можливо, що ця ситуація активувала заблоковану втрату, що проявилось вкрай сильним дистресом. Адже, під час дослідження минулого ще на першій сесії з'ясувалось, що 3 роки назад, вона втратила дитину через зрив вагітності на 5му місяці, про що особливо в сім'ї не згадувалось. На наступних сесіях вона вирішила розповісти трохи більше і описала, як саме відбувся зрив вагітності. З медичних показань по вродженій ваді, яку виявили за допомогою УЗД, пацієнтці запропонували приймати препарат, що мав умертвити дитину в утробі. Наступним етапом було викликання штучних пологів. Але препарати не дали очікуваного ефекту і дитина народилась живою та кричала при народженні. Лікарі казали, що треба скоріш винести цю дитину, щоб не травмувати пацієнтку. Отримавши таку

додаткову інформацію в мене виникла гіпотеза про непрожиту втрату, що активувалась коли пацієнтка брала кров та почула, як плаче дитя. Таким чином, в цілі терапії було додано інтеграцію втрати. До речі, в цієї пацієнтки в анамнезі є ще одна втрата – смерть чоловіка, внаслідок інсульту. Вже через тиждень після його похорон вона нічого не відчуваючи, поїхала відпочивати в санаторій і місяць навіть не згадувала про те, що сталося. Вже після повернення вона мала період трауру та опрацювання болю. Певно в неї сталась дисоціація на горе, що відстрочило його початок.

Важливо також пам'ятати і тримати фокус терапії на узгодженому плані, адже деколи пацієнт ненавмисно може уникати болісних тем, переключаючи увагу та виносячи на порядок денний інші проблеми. В такому випадку варто м'яко нагадати про цілі терапії та при необхідності додати нові для опрацювання їх в майбутньому. Так само як і при інших розладах слідкувати за станом в динаміці та пам'ятати про можливість не діагностованих проблем. Психоедукація є дуже важливою частиною, добре її провести також родичам пацієнта. Це можна зробити через інформаційні буклети або лист до рідних, який пише пацієнт разом з терапевтом після психоедукації. (Емельянова 2008 ст.161).

Мотивація до терапії, до завдань горя може бути вкрай низькою через втрату сенсу життя, небажання жити без померлого. Особливо низькою вона може бути при супутній депресії. В такому випадку корисними будуть мотиваційні втручання.

Деколи може бути необхідна медикаментозна допомога, зокрема антидепресанти.

<https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-323/Gore-i-tyazhelyaya-utrata-chto-nuzhno-znat-psihiatram#gsc.tab=0>

Приклад перебігу обстеження та формулювання у представленому вище клінічному випадку

Під час першого звернення пацієнтка була дещо обережна, замкнена. Як вдалось дізнатись пізніше, це було пов'язано з нерозумінням та патологізацією з боку родичів та попереднього лікаря. Певна недовіра спостерігалась ще декілька сесій. Завдяки чесному зворотньому зв'язку з'ясувалось, що Вікторії іноді здається ніби я насправді теж, як і інші вважаю Вікторію відповідальною за свій стан, буцім то їй насправді подобається страждати. Справді не осудливе, співчутливе ставлення зробило своє діло

добре діло. Шукаючи гіпотези щодо заблокованих завдань, я досліджувала стосунок з померлим чоловіком, думки, емоції, поведінку, тілесні відчуття що виникали в зв'язку із втратою. Які зміни відбулись в житті Вікторії після смерті чоловіка та які мрії були до загибелі. Досліджуючи теперішнє життя приділялась увага професійній діяльності, яка як виявилось у Вікторії була відсутня; стосункам з рідними та друзями, які не виявились нажаль достатньо добрими та підтримуючими, частково через біологічну соціальну інгібіцію Вікторії та особливості характеру її батьків. Всі інтереси та плани на майбутнє були пов'язані з Андрієм. Минуле дало розуміння причинам появи глибинного переконання та правил життя «Я невдаха», «немає дій, немає розчарувань», «Якщо зроблю все і одразу, то доведу, що я ок» - Критика зі сторони батька, відсутність похвал, емоційної підтримки. Постійні сварки між батьками, вважала себе в них винуватою. Скринінг на момент першого звернення виявив соціальну тривогу та субдепресивний стан в минулому у підлітковому віці. Пізніше, через 2 місяці виникли ознаки клінічної депресії.

Тригерами для Вікторії були пам'ятні дати свят та смерті, дні тижня в який дізналась про травму та день в який настала смерть. Судові засідання, що тривали протягом двох років і були часті переноси з різних причин, про які ставало відомим перед самим засіданням. Теми материнства, закохані пари, чиїсь маленькі діти (через переконання, що цього ніколи не буде в її житті). Випадки порушень правил дорожнього руху, на кшталт перехід на червоне світло, необережне керування, нетверезі пішоходи – свідком чого Вікторія періодична ставала перебуваючи біля доріг. Пригадується, коли Вікторія прийшла дуже обурена на нетверезого пішохода, що явно мав віктимну поведінку на проїжджій частині дороги. Причиною такого сильного гніву було що хтось не цінує життя, а проте продовжує жити. Тема несправедливості. Пізніше ми знов повернулись до цієї історії з гнівом, коли Вікторія відкрила мені, що Андрій почав рух ще на червоне світло. Заблокований гнів на нього тепер міг бути інтегрований. Тож, варто пам'ятати про можливі діагностичні знахідки в процесі терапії і бути уважним до сканування перешкод на шляху роботи горя.

Ресурсами були спілкування з братом та його дружиною, велосипедні прогулянки, ігри з маленькою племінницею.

Були сформульовані такі проблеми: ускладнена реакція втрати, дезадаптація, невпевненість у собі.

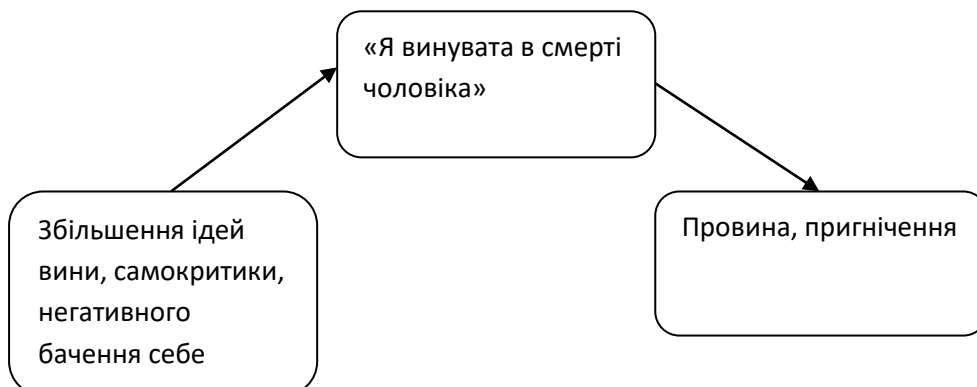
Підтримуючі цикли: невизнання реальності втрати

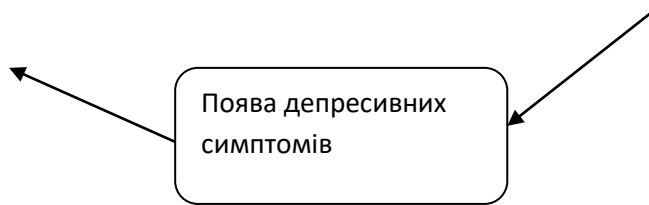


Цикл неможливості оплакувати втрату



Цикл відчуття провини:



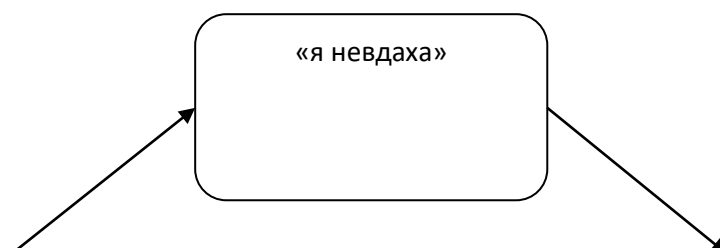


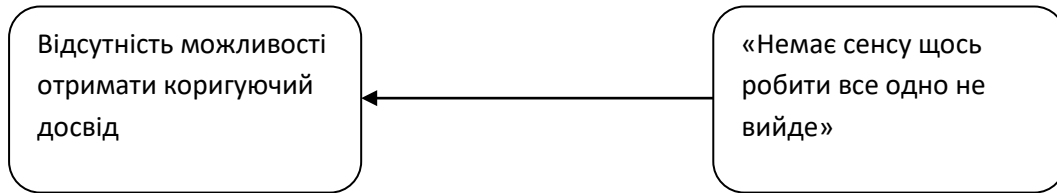
Згодом стали проявлятися типові ознаки депресії, для яких були побудовані свої цикли.

Цикл життєвої дезадаптації:

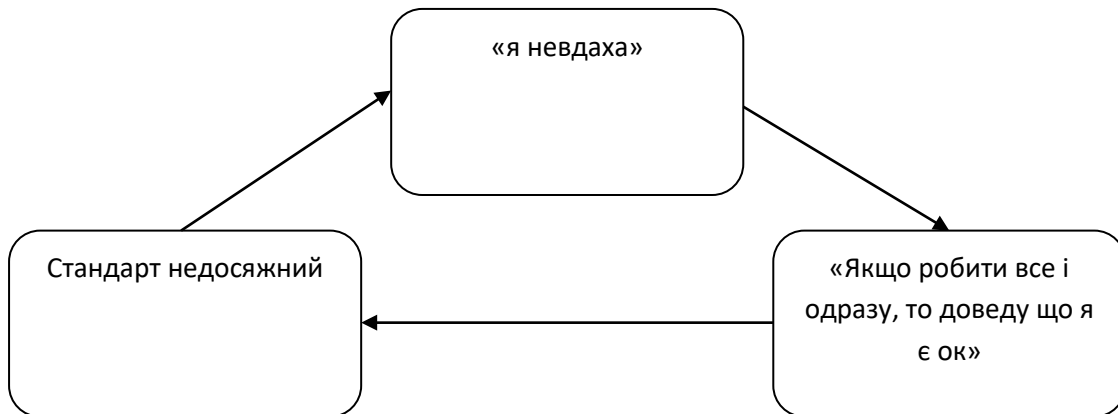


Також був виявлений **цикл дезадаптивного глибинного переконання та правила життя**, що активізувався обставинами смерті та погіршив процес адаптації:





І ще одне правило життя:



ЗАГАЛЬНА СХЕМА ТЕРАПІЇ

Полягає над інтеграцією втрати та поверненням до життя. Подвійна модель Штробе дозволяє відчувати цю схему.

Щоб зрозуміти загальну схему варто звернути увагу на **основні принципи терапії горя**:

1. Виключити наявність фізичного захворювання. Це може бути актуальним принципом коли пацієнт скаржиться на фізичні еквіваленти почуття втрати або терапевт має гіпотезу щодо маскованого/прихованого горя. В таких випадках варто провести ретельне медичне обстеження аби виключити наявність фізичного недугу.
2. Встановити контракт та тримати фокус терапії.
3. Говорити про померлу особу. Важливо поступово досягти балансу в позитивних та неприємних спогадах. Часто є крайнощі: або образ померлої людини надто ідеалізований та наближений до святого або навпаки має тільки негативні риси. Розуміючи, що це певно викривлення мислення впливає таким чином на спогади, варто шукати те, чого зовсім

не було представлено у розповідях. Якщо втрат одразу було декілька, то з кожною ми працюємо тут окремо.

4. Оцінити, яке з чотирьох завдань трауру зазнає перешкод та усувати їх. Якщо це неможливість прийняти реальність втрати (завдання I), то робота скерована на усвідомлення смерті та її невідворотності. Якщо є труднощі з оплакуванням втрати (завдання II), то надається простір і час для цього, пацієнтові допомагають зрозуміти, що можна відчувати позитивні та негативні емоції до померлих і досягти їх рівноваги. Коли є труднощі з зовнішніми, буденними справами в адаптації (завдання III), то підійде техніка вирішення проблем або рольові ігри для відновлення чи здобуття нових соціальних навичок. Прикладом може бути чоловік, що втративши жінку став змушений вирішувати питання, що стосувалися навчання у школі. Дзвонити класному керівнику, домовлятися з тренерами за гуртки. Раніше цим всім займалась його дружина, а його праця не була пов'язана із спілкуванням. Тож нові вимоги були для нього важкими, він потребував певних навичок та підтримки. Завдання III внутрішньої адаптації до особистісних змін, полягає у відновленні самоідентифікації та відновленні духовних, життєвих цінностей та сенсу. Інтеграція пам'яті про померлого, та санкціонування дозволу на продовження життя та будівництва стосунків з іншими відповідатиме завданню IV, основна мета якого усвідомлення пацієнтом, що подальший рух у житті не є зрадою коханої людини, що померла.
5. Дослідити чи має стимуляція спогадами про померлого вплив на появу амбівалентних почуттів, тривожного образу, провини. Амбівалентні почуття можуть ховатися під ідеалізацію або сильним гнівом на померлого. Як приклад, жінка, що згадує свого батька, як найкращого в світі, який помер, коли їй було 12 років. Ці ідеалістичні фантазії придушують злість на батька, через те, що його не було поруч. Важливо в кожному випадку досягти певного балансу позитивних та негативних відчуттів. При провині, наприклад, через появу нових стосунків чи будь-що інше, варто допомогти перевірити її реальністю. Коли хтось має справу з реальною провинною, варто застосовувати техніки пов'язані з уявою, з елементами психодрами, що допоможуть віднайти розуміння і прощення від померлого. (Ворден ст.) При нав'язливому тривожному образі померлого, можуть знадобитись техніки травмафокусованої терапії або EMDR для заміщення лякаючого образу спокійним.

6. Вивчити та дезактивувати об'єкти, що блокують процес горя. Це можуть бути символічні об'єкти, за допомогою яких пацієнт зберігає та забезпечує постійний зв'язок з померлим. Більшість пацієнтів усвідомлює свій мотив. Такими об'єктами можуть бути особисті речі покійного, які можна носити: одяг чи прикрасі; щось пов'язане з почуттями, наприклад фотокамера чи телефон; нагадування – наприклад, фотокартка; Щось, що було під рукою, коли пацієнт дізнався про смерть або побачив тіло. Ці предмети певно використовуються для подолання тривоги від розлуки і слугують для з'єднання, для уяви ніби частин двох осіб зливаються через використання предмету. Схоже явище ми можемо спостерігати в дітей, коли на значній відстані від батьків вони тримають щось про згадку, це заспокоює їх та нагадує про безпечний зв'язок. І це щось, вони полишають, як стають дорослішими. Деколи такі об'єкти слугують для згадки тільки про щасливі моменти, що не дозволяє опрацювати теж й негативні почуття, а це заважатиме інтеграції. Слід все ж відрізнити такі об'єкти, що блокують процес горя від звичайних розповсюджених речей на згадку. Допомогти розрізнити їх може дослідження реакції на перспективу втратити, забути десь на довгий час цю річ. Якщо така перспектива викликає сильну тривогу, відчай, то, певно, це є ознакою того, що предмет існує для підтримки зв'язку із померлим, а не для пам'яті. Як приклад з випадку, що описується в цій роботі: пацієнтка Вікторія 1,5 роки носила одяг покійного чоловіка, на судових засіданнях нервувала більше, якщо була одягнута не в його одяг. Казала, що в них їй спокійніше, вона ніби відчуває його присутність. Такі випадки треба обговорювати в терапії, можна попросити принести цей предмет. Зазвичай, наприкінці терапії горя пацієнти полишають його. Що є також гарною прогностичною ознакою.
7. Допоможіть пацієнтові визнати фіналізм втрати. Є такий термін, введений Волканом «хронічна надія на воз'єднання». Треба допомогти пацієнтам оцінити, чому вони не можуть визнати невідворотність втрати. Для деяких визнати фіналізм, може означати повністю взяти відповідальність за своє життя на себе. У Вікторії ще залишилась куртка чоловіка, в якій його збила машина. Вона довго вирішувала, як з нею бути. Викинути вона не могла «Гарна, дорога річ», «Це ж одяг мого коханого», віддати також «Людина знімає та злякається коли дізнається, що хтось загинув в цій курточці». Виявили, що за неможливістю її викинути стояло небажання визнавати невідворотність втрати, бо це означало визнати, що вона

більше ніколи йому не знадобиться. Це був дуже сумний момент, як терапевт я відчувала, що маю забрати щось, що хоч трішки тамує біль з одного боку, але не дозволяє визволитись від болю. Ніби скалка, коли ти полишаєш її вона болить менше, спроби її вилучити приносять сильний біль. Але в довгостроковій перспективі краще позбутись скалки, щоб уникнути ускладнень. Варто нагадати пацієнту в такі моменти, що пам'ять про дорогу людину зберігатиметься в середині нас назавжди, і ні моль, ні іржа пам'ять не пошкодять. Варто зазначити, що іноді мрії про те, що померлий якимось чином присутній в житті пацієнта можуть допомагати справитись з почуттям тривоги, гніву, вини. Це деколи має гарний вплив на завдання III (вирішення буденних справ, само ідентичність, світогляд) через те, що пацієнт відчуває підтримку і «поради» померлого. Тому в кожному випадку треба завжди ретельно досліджувати допомагають ці фантазії чи блокують завдання II (оплакування втрати).

8. Допомогти розробити, спланувати нове життя без померлого. На певному етапі, починаючи із завдання III (адаптація) зробіть також фокус на особистих цілях, віднайдіть цінності. У випадку з Вікторією це було, як наново відбудувувати місто, що опинилось під руїнами. І минуле, і самоідентичність, і майбутнє – все опинилось під руїнами після звістки про смерть.
9. Допомога у відновленні та розвитку соціальних відносин. Як вже зазначалось, соціальна підтримка є суттєвим допоміжним фактором в процесі горя. З різних причин пацієнти можуть уникати спілкування з іншими. Зазвичай за цим стоять негативні викривлені думки. Когнітивне й поведінкове тестування буде допоміжне. Вікторія казала, що відчуває стигму, їй вважалось ніби усі хто дізнається, що вона вдова відвернуться з острахом від неї, боячись «заразитися» її нещасною долею. Ми розробили анонімне опитування, щоб перевірити цю думку. Ще одна думка була «жінки боятимуться, щоб я не звабила їх чоловіків і не пускатимуть мене у коло своєї сім'ї». Тоді сократівські питання: «Чи ви б так думали про свою подругу?», «Чи такі жінки бояться усіх, хто без пари?», а «Чи є такі, що бояться навіть заміжніх подружок знайомити зі своїм чоловіком? Що це каже про них?»
10. Допомога справитись з фантазією закінчення горя. Варто запропонувати уявити, що б відчував пацієнт якби його горе закінчилось і біль зник майже повністю. Яка значення надає пацієнт завершенню горя? Це може розцінюватись ним як зрада до покійного, байдужість тощо.

Приклад перебігу терапії у представленому вище клінічному випадку

План терапії і відповідно її перебіг відштовхувався від цілей:

- Інтегрувати (визнати, оплакати, прийняти) втрату
- Адаптуватись до змін у житті
- Розвинути адекватну самооцінку

Інтеграція та адаптація йшли більшою мірою паралельно, як і представлено в двокомпонентній моделі Штробе.

Робота над інтеграцією втрати полягала в збільшенні «вікна толерантності» технікою активації ресурсного стану, навчання емоційної регуляції – техніка «заземлення», «сейф», майндфулнес. Надання простору та часу для оплакування втрати, обговорення обставин смерті, з метою усвідомлення її реалістичності. Паралельно з цим працювали техніками когнітивної реструктуризації та сократівським діалогом над наданими значеннями втраті: «Припинити страждати – означає припинити любити», «Більше ніколи не буду щаслива», «Я винувата в його смерті». Обтяжливими факторами була раптовість смерті при якій зазвичай виникають труднощі з прийняттям реальності та почуттям провини «Якби він зі мною не жив, то пішов би в той вечір іншою дорогою і не потрапив би під машину», «Я повинна була раніше схаменутися і почати його шукати, а не спокійно вчити англійську мову». Техніка розподілення відповідальності «Піріг» дещо ослабила вину, але ми часто поверталися знов до цієї теми. Намагаючись відтворити всю картину того трагічного вечора ми дивились на події, їх причинно-наслідковий зв'язок і доходили до висновку, що це збіг обставин, все зійшло в один момент в страшне ДТП. Водій, що їхав на червоне світло, машина, що була припаркована в першому ряду і затуляла огляд, колега Андрія спілкуючись з яким він затримався на роботі, адреса і відповідно маршрут, яким Андрій рухався до Вікторії, бригада швидкої допомоги, черговий лікар, медпрацівник, що даремно заспокоїв Вікторію сказавши, що все нормально, тільки перелом кінцівки. Тоді стає зрозумілим, що вилучивши будь-який об'єкт, трохи посунувши в часі події - трагедії могло не статись. Вікторія бачили тільки себе винною «треба було відмовити йому рік назад у стосунках, тоді він був би живий». Те, що вона не знала, не мала злого наміру не діяло на її переконання. Питання: «Чи тоді можливо, його батькам не варто було народжувати, бо через це він помер?»

стало помічним. Пошук причин, того що можна було б зробити інакше має два наслідки: провину та відчуття певного контролю. Сильна тривога у випадках раптової смерті може бути знижена саме таким чином. Але тоді провина є на першому плані. Переважно вона є ірраціональна, тому її можна здолати. У випадку з Вікторією це було нелегко, відчуття безсилля терапевта перед горем пацієнта я відчувала доволі часто в процесі усієї терапії. Це особливість роботи з горем. Готовність до цього та реалістичні очікування стають допоміжними для терапевта. Особливо варто бути готовим, до пам'ятних дат, в які пацієнту стає гірше – так було і в даному випадку, ми були для цього готові, тому рекомендації подбати про себе в ці дні, побути з людьми, що підтримують, виділити час на скорботу були поміжними. Робота над унікаючою поведінкою, що блокувала оплакування та усвідомлення втрати полягала в експозиції до ситуацій, речей, що уникались. Була розроблена ієрархія: прогулянки в парку, в улюблених місцях, покупки в найближчому супермаркеті, фотографування камерою чоловіка тощо. Поволі вирішували питання з речами покійного. Паралельно з тим створювався колаж, обиралось фото для могили. Вікторія займалась створенням невеличкого фільму про Андрія в якому були зібрані спогади його друзів, колег. Перегляд фільмів на тему втрати, читання літератури та участь в он-лайн групах по втраті – допомагали усвідомлювати втрату та оплакувати її.

З деякими речами було складно вирішити, як вчинити. Ми з'ясовували, який вплив справляє светр на Вікторію – блокує усвідомлення втрати, чи дає підтримку для виконання завдання III. Враховуючи досягнення в завданні I та II, та гарний ефект на завдання III було вирішено залишити цю річ.

Другим етапом, місцями паралельно з першим, була робота над адаптацією до змін життя, відновлення своєї ідентичності, цілей та цінностей.

Багато часу було приділено мотивації до покращення. Небажання жити без чоловіка, депресія, що доєдналась дуже ускладнювала це. Метафора свідомого вибору решти життя в «чорній» зоні або в поступовому переході по градієнту від чорного до білого. Наслідки перебування в «чорній» зоні через 5 років. Вікторія не вірила, що зможе повернутись до білого, але принаймні погодилась виходити в сіру зону.

Помічними в роботі з дезадаптуючими негативними думками «Він не може більше радіти цьому життю, насолоджуватись красою, тому і мені немає сенсу це робити» була тактика запитати: «Що бажав би Ваш чоловік? Якою він хотів

би Вас бачити?» Написання листа побажання від Андрія до дружини. У відповідь було написання листів вдячності за те що було і суму за тим, чого вже не бути разом з ним».

З соціальною ізоляцією, яка була більшою мірою обумовлена страхом майбутніх, нових втрат була помічною вправа «Стіна» (Джудіт Корн ст. 207) направлена на усвідомлення ціни гарантії захисту від можливості розчарування та втрат – відсутності приємних радісних емоцій, що дарує спілкування та прив'язаність. Метафора «куток», в якому можна бачити тільки горе, а решта світу є довкола непоміченою.

Відновлення само ідентифікації, цінностей і цілей замало тривалий час. Вікторія ніби забула якою вона була, що її цікавило. Приносячи свої дитячі фотокартки до знайомства з чоловіком ми відновлювали її само ідентифікацію, пригадували її інтереси, звертаючи увагу на ті риси, яка вона отримала в подружжі та у зв'язку із втратою. Ми були наче археологи на місці руїн, збираючи потроху деталі та вибудовуючи цілісну картину.

Сенс життя не був знайденим, але у Вікторії з'явилося бажання його шукати. Відповідно цінностям було сформовано декілька цілей, які мали призвести до реалізації мети – подорожувати світом. Досягнення кожної цілі були сплановані конкретними кроками.

Глибинні переконання та правила життя переглядалися паралельно з роботою над адаптацією. Через дезадаптивні правила спочатку виникали труднощі в формуванні цілей та виконанню кроків по їх реалізації. По мірі формування й укріплення адаптивного глибинного переконання та поведінки перешкод ставало менше. Нове правило «дорогу осилит идущий» було кредом Андрія, тому Вікторії було приємно з ним погодитись та перейняти собі.

Робота над супутньою депресією була згідно стандартного протоколу, який на жаль не давав через горе належного швидкого ефекту, мислення в певний момент стало дуже ригідним, сповільненим, зацикленим на ідеї вини, що розповсюджувалось на усі сфери життя і стосунки, тому до терапії був доданий антидепресант групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. І працювати над поставленими задачами в терапії стало набагато легше.

Часто на порядку денному виникали певні питання, щодо судового процесу, важких почуттів та думок пов'язаних з цим. Техніка «дерево прийняття рішень» була дуже допоміжною.

Хотілося б додати, що на фінальному судовому засіданні я була присутня і це було дуже помічним для Вікторії під час дебатів та її промови.

Моніторинг ефективності:



Звісно цей результат є не найкращим, проте зниження симптомів на 50% це все ж є добре. Зворотній зв'язок Вікторії мене в цьому переконує. Самооцінка на початку складала 13 балів за тестом Розенберга, вкінці 16.

Вікторії рекомендована схема-терапія, хоч ступінь суб'єктивної віри в ГП та ПЖ знизився на 60-80%, але суттєво на самооцінку це не вплинуло.

Вікторія відновила навчання з англійської мови, відвідує релігійні заходи, знайшла подругу та збирається в подорож по України, де планує виконати ритуал остаточного відпускання Андрія.

Бустерні сесії тривають.

ПРИКІНЦЕВІ КОМЕНТАРІ

Метою цієї праці було розкрити особливості реакції горя та показати, що це є процес, який має важливі для одужання завдання. Визначити основні перешкоди для роботи горя. Варто пам'ятати, що певні види втрат мають деяку специфіку і свої особливості. Розкрити основні принципи при терапії ускладненої втрати.

Кожне горе є дуже індивідуальним, тому підхід до лікування має бути відповідний. Якщо дивитись на КПТ психічних розладів першої осі, то терапія

ускладненого горя побудована по таким же загальним принципам. Проте основною відмінністю є те, на нашу думку, що терапевт відчувається часто слабким перед сильним горем. Метою терапії є не зменшення болю, а допомога пройти цей болісний шлях з мінімальними втратами, під уявний танок двокомпонентної моделі. Терапевту, що працює з втратою варто дбати про свій ресурс, щоб мати сили та любов йти поруч зі своїм пацієнтом.

Дослідження показують, що нормальне горе відрізняється від аномальної печалі різними шляхами, і це ненормальне горе відрізняється від інших психіатричних діагнозів, таких як депресія, ПТСР. Необхідними є дослідження особистого профілю тих, хто піддається ризику аномального горя, включаючи їх уявлення про соціальну та суспільну підтримку. Ефективність терапії ускладненої втрати вимагає подальших досліджень.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Арнольд Панграцці «Допоможи мені сказати прощавай» - Львів: УКУ, 2016
2. Вероника Семёнова «Как пережить утрату и справиться со скорбью «Полезные советы из области когнитивно-поведенческой терапии» - 2015
3. Джудіт Коен, Антоні Маннаріно, Естер Деблінджер «Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату» – Львів: Свічадо, 2016. Ст.183-213
4. Джон Бріер, Кетрін Скотт «Основи травмо-фокусованої психотерапії – Львів 2017 ст. 209-242
5. Емельянова Е.В «Кризис в созависимых отношениях» - Санкт-Петербург 2010 ст 147-158
6. Емельянова Е.В «Женщины в беде» - Санкт-Петербург 2008 ст. 151-175
7. Ману Кірсе «Печать смутку» - Львів: Свічадо, 2010
8. William Worden «Grief counseling and Grief therapy»
9. Олег Романчук Слайди УІКПТ «КПТ робота з втратою», 2016
10. Robert A. Neimeyer «Techniques of Grief Therapy»

<https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/1345/Default.aspx> -

втрата та горе - клінічні дослідження

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556004/> - Смертність та медична допомога після важкої втрати: загальне когортне дослідження

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21058611> - Опыт и скорейшее совладение супругов / партнеров, потерявших близких, во

вмешательстве, основанном на двойной модели процесса

<https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-323/Gore-i-tyazhelaya-utrata-chtounuzhno-znat-psihiatram#gsc.tab=0т> – Керівництво по ускладненій втраті для психіатрів

Додаток 1

Hogan Grief Reactions Checklist Factored Items

HGRC складається з 61 твердження, зарахованого за шкалою Likert-типу з 5-кратним знаком з дескрипторами від "Не описує мене взагалі" до "Описує мене дуже добре" (див. Додаток 1). Підрахунки з кількістю елементів та значенням внутрішньої послідовності альфа-центру Кронбаха від Хогана та ін. (2001 р.):

1. Розпач (13 пунктів, = .89) вимірює емоційні реакції, включаючи смуток, самотність, безнадійність і песимізм.
2. Панічна поведінка (14 пунктів, = .90) вимірює фізіологічні реакції, такі як тривога та панічні атаки, а також психосоматичні симптоми, включаючи головні болі, болі в животі та болі в спині.
3. Особисте зростання (8 пунктів, = .87) вимірює почуття стати більш співчутливим, толерантним до себе та інших, і більш милосердним, оптимістичним та маючим надії на майбутнє.
4. Вина і гнів (7 пунктів, = .79) вимірюють емоційні реакції, такі як провина, гнів, обурення і гіркота.
5. Ізоляція (8 пунктів, = .87) вимірює емоційні реакції відчуття відключення від себе і від інших.
6. Дезорганізація (8 пунктів, = .87) вимірює когнітивні реакції, включаючи труднощі в концентрації, навчання та запам'ятовування інформації.

Внутрішня послідовність для загального інструменту становила 0,90. HGRC оцінюється шляхом підсумовування елементів для кожної шкали. Загальна оцінка для всіх предметів HGRC не може бути обчислено, тому що шкала особистого зростання має негативний зв'язок з іншими п'ятьма

шкалами. П'ять підрахунків, відчай, поведінка паніки, звинувачення і гнів, ізоляція і дезорганізація, представляють багатовимірний характер процесу горя. Підклас особистого зростання являє собою характеристику екзистенційної стійкості одного з результатів процесу скорботи.

Hogan Grief Reactions Checklist Factored Items

Factor 1—*Despair*

Фактор 1- розпач

1. Мої надії розбиті
3. Я мало контролюю свій смуток
6. Я відчуваю, що в шоці
11. Я вважаю, що повинен був померти, а він повинен жити
14. Я відчуваю тяжкість у моєму серці
17. Я хочу померти, щоб бути з ним/з нею
25. Я не вірю, що я знову буду щасливим
29. Я боюся померти
33. Я відчуваю, наче я ходячий небіжчик
40. Мені важко визнати безперервність смерті
47. Я відчуваю себе безнадійним
55. Я часто плачу
59. Я страждаю самотністю

Factor 2—*Panic Behavior*

Фактор 2- тривога, паніка

4. Я надмірно турбуюся
7. Іноді моє серце б'ється швидше, ніж звичайно без причини
13. Я часто страждаю на головний біль
16. Я відчуваю печію в животі
18. Я часто маю м'язову напругу
21. Я відчуваю хиткість
27. Я часто переляканий
31. У мене безпричинні панічні напади
34. У мене задишка
38. Я відчуваю періоди запаморочення
44. Я часто стомлений
50. Я частіше хворію
52. У мене часто виникають болі в спині
56. Я легко надихаюся (відчуваю натхнення)

Factor 3—*Personal Growth*

Фактор 3-особистий ріст

- 2. Я навчився краще справлятися з життям
- 10. Мені здається, що я краща людина
- 12. У мене кращий погляд на життя
- 19. Я більше співчуваю іншим
- 24. Я сильніший через горе, яке я пережив
- 30. Я більше прощаю людям
- 36. Я більш толерантний до себе
- 41. Я більш толерантний до інших
- 45. У мене є надія на майбутнє
- 51. Я досяг переломного моменту, коли я почав відпускати деяку частину мого горя
- 60. Мені більше доброго дня, ніж поганого
- 61. Мені важливіше глибше для інших

Factor 4—*Blame and Anger*

Фактор 4 - провина та гнів

- 5. Я часто відчуваю горювання
- 8. Я роздратований
- 15. Я відчуваю себе мстивим
- 37. У мене ворожі почуття
- 42. Я звинувачую інших
- 48. Я хочу шкодити іншим
- 58. Я нервую, злюсь часто

Factor 5—*Detachment*

Фактор 5 - ізоляція

- 9. Я занепокоєний відчуттям нікчемності
- 22. Я плутаю, хто я є
- 23. Я втратив довіру
- 28. Я відчуваю себе не в змозі впоратися
- 35. Я уникаю ніжності
- 43. Я відчуваю, що не знаю самого себе
- 53. Боюся, що я втрачу контроль
- 54. Я відчуваю себе віддаленим від інших

Factor 6—*Disorganization*

Фактор 6-Дезорганізація

- 20. Я легко забуваю різні речі, наприклад, імена, номери телефонів
- 26. Мені важко згадати речі з минулого
- 32. Мені важко зосередитись
- 39. Мені важко навчитися новим речам

46. У мене є труднощі з абстрактним мисленням
 49. Мені важко пам'ятати нову інформацію
 57. Завдання здаються нездоланими

Інструкція: Ця анкета складається з переліку думок і почуттів, які ви можливо маєте після смерті близької людини. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть номер, який найкраще описує, як ви чуетесь протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогодні. Обведіть у коло номер поруч з твердженням, яке найкраще описує вас. Будь ласка, не пропускайте жодних пунктів.

1. Не описує мене взагалі
2. Не зовсім описує мене
3. Описує мене досить добре
4. Описує мене добре
5. Описує мене дуже добре

1. Мої надії зруйновані	1	2	3	4	5
2. Я навчився краще справлятися з життям	1	2	3	4	5
3. Я мало контролюю свій сум	1	2	3	4	5
4. Я надто хвилююся	1	2	3	4	5
5. Я часто відчуваю горе	1	2	3	4	5
6. Я відчуваю, що я в шоці	1	2	3	4	5
7. Іноді моє серце б'ється швидше, ніж звичайно без причини	1	2	3	4	5
8. Я роздратований	1	2	3	4	5
9. Я занепокоєний відчуттям нікчемності	1	2	3	4	5
10. Мені здається, що я хороша людина	1	2	3	4	5
11. Я вважаю, що повинен був померти, а він повинен жити	1	2	3	4	5
12. У мене кращий погляд на життя	1	2	3	4	5
13. Я часто страждаю на головний біль	1	2	3	4	5
14. Я відчуваю тяжкість в моєму серці	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю себе мстивим (жадаю помсти)	1	2	3	4	5
16. Я відчуваю печію в животі	1	2	3	4	5
17. Я хочу померти, щоб бути з ним/з нею	1	2	3	4	5
18. Я м'язи часто напружені	1	2	3	4	5
19. Я більше співчуваю іншим	1	2	3	4	5

20.Я легко забуваю різні речі, наприклад, імена, номери телефонів	1	2	3	4	5
21.Я відчуваю хиткість	1	2	3	4	5
22.Я плутаю, хто я є	1	2	3	4	5
23.Я втратив довіру	1	2	3	4	5
24.Я став сильніший через горе	1	2	3	4	5
25. Я не вірю, що буду знову щасливим	1	2	3	4	5
26.Мені важко згадати речі з минулого	1	2	3	4	5
27.Я часто лякаюся	1	2	3	4	5
28.Я відчуваю себе безпорадним	1	2	3	4	5
29.Я боюся померти	1	2	3	4	5
30.Я більш пробачаю	1	2	3	4	5
31.У мене безпричинні панічні напади	1	2	3	4	5
32.Мені важко зосередитись	1	2	3	4	5
33.Я відчуваю, наче я ходячий небіжчик	1	2	3	4	5
34.У мене задишка	1	2	3	4	5
35.Я уникаю ніжності	1	2	3	4	5
36.Я більш толерантний до себе	1	2	3	4	5
37.У мене ворожі почуття	1	2	3	4	5
38.Я відчуваю періоди запаморочення	1	2	3	4	5
39.Мені важко навчитися новим речам	1	2	3	4	5
40.Мені важко визнати безперервність смерті	1	2	3	4	5
41.Я більш толерантний до інших	1	2	3	4	5
42.Я звинувачую інших	1	2	3	4	5
43.Я відчуваю, що не знаю самого себе	1	2	3	4	5
44.Я часто стомлений	1	2	3	4	5
45.У мене є надія на майбутнє	1	2	3	4	5
46.У мене є труднощі з абстрактним мисленням	1	2	3	4	5
47.Я відчуваю себе безнадійним	1	2	3	4	5
48.Я хочу шкодити іншим	1	2	3	4	5
49.Мені важко пам'ятати нову інформацію	1	2	3	4	5
50.Я частіше хворію	1	2	3	4	5
51.Я досяг переломного моменту, коли я почав відпускати деяку частину мого горя	1	2	3	4	5
52.У мене часто виникають болі в спині	1	2	3	4	5
53.Боюся, що я втрачу контроль	1	2	3	4	5
54.Я відчуваю себе віддаленим від інших	1	2	3	4	5
55.Я часто плачу	1	2	3	4	5
56.Я легко відчуваю натхнення	1	2	3	4	5
57.Завдання здаються нездоланими	1	2	3	4	5
58.Я нервую, злюсь часто	1	2	3	4	5
59.Я страждаю самотністю	1	2	3	4	5

60.В мене більше добрих днів, ніж поганого	1	2	3	4	5
61.Я більше дбаю про інших	1	2	3	4	5

© Nancy S. Hogan 1987

Джерело: Robert A. Neimeyer «Techniques of Grief Therapy»