

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ГОРЯ

PSYCHOTHERAPY OF LONG-TERM HEAT DISORDER

Кадыров Р. В., кандидат психологических наук, доцент
ТГМУ (г. Владивосток, Россия)

Kadyrov R. V., PhD in Psychology, associate Professor
TSMU (Vladivostok, Russia)

Психотерапия длительного расстройства горя является востребованной сферой практической деятельности, однако в странах СНГ это направление остается мало используемым. Проведен анализ зарубежных источников по методам психотерапии длительного расстройства горя с целью структурирования, создания понятного и удобного понимания существующих методов. В статье кратко описываются основные методы психотерапии длительного расстройства горя: PG-CBT; BEP-TG; CGT; MST-PG; EMDR; TNR. Установлено что психотерапевтические вмешательства при длительном расстройстве горя должны носить комплексный характер.

Psychotherapy of long-term grief disorder is a popular field of practice, but in the CIS countries this direction remains little used. The analysis of foreign sources on methods of psychotherapy of long-term grief disorder is carried out in order to structure, create a clear and convenient understanding of existing methods. The article briefly describes the main methods of psychotherapy for long-term grief disorder: PG-CBT; BEP-TG; CGT; MST-PG; EMDR; TNR. It is established that psychotherapeutic interventions for prolonged grief disorder should be complex.

Ключевые слова: горе, утрата, психотерапия, методы психотерапии, психотерапия длительного расстройства горя.

Keywords: grief, loss, psychotherapy, methods of psychotherapy, psychotherapy of long-term grief disorder

Разработкой проблемы психологической поддержки и сопровождения людей, переживших ситуацию утраты близкого человека, занимались как представители зарубежной (Э. Кюблер-Росс, 1969; Э. Лидерманн, 1984; Д. Боулби, 2004; В. Волкан, 2003; J. Worder, 1992, 2000 и др.), так и отечественной науки, рассматривая горе в контексте психической травмы, как процесса переживания события (Ф. Е. Василюк 1991, 2001; Ю. В. Заманаева, 2004; А. В. Гнездилов, 2001 и др.). Важно отметить, что, несмотря на большое количество исследований, проведенных в этой области, все накопленные знания не систематизированы и есть только

определенные концепции и периодизации, описывающие стадии горевания человека, которые, в свою очередь, имеют существенные различия. Большинство авторов рассматривают проблему переживания утраты близкого человека как системное многоуровневое переживание, затрагивающие все аспекты жизнедеятельности человека и имеющие свои общепсихологические закономерности. Проходя поэтапно все стадии горевания, утративший человек часто «застревает» на определенных этапах, что не позволяет процессу горевания завершиться. Длительное расстройство горя может негативно сказаться на соматическом и психическом здоровье человека. В связи с этим были разработаны программы психотерапии переживания ситуации утраты близкого человека, которые прежде всего, направлены на более продуктивное завершение «работы горя». Они включают в себя техники и упражнения, направленные на расширение представления о роли социального окружения в ситуации утраты, поиск нового смысла жизни, повышение адаптивных стратегий преодоления; выявление и коррекцию иррациональных убеждений; работу с неотреагированными и вытесненными эмоциями, способствующую их выплеску и проработке. Это, в свою очередь, способствует снижению депрессивного фона настроения утративших.

Психотерапия так же направлена и на такие аспекты незавершенного горевания, как чувство вины, патологическая связь с ушедшим, нарушение привычных моделей поведения в повседневной жизни, невозможность выстраивания новых взаимоотношений, искажения в системе ценностей утративших [2]. Она может быть оказана как в рамках проведения групп психологической поддержки, так и в ходе индивидуальной работы.

Для дальнейшего рассмотрения вопроса о психотерапии горя, целесообразно рассмотреть различные подходы к психотерапии длительного расстройства горя (ДРГ).

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) длительного расстройства горя. Психотерапия ДРГ с когнитивно-поведенческой точки зрения обычно направлена на три основные области нарушения: избегание стимулов, связанных с тяжелой утратой (устранение совпадения симптомов посттравматического стрессового расстройства), негативные мысли, возникающие в результате утраты (устранение частичного совпадения как посттравматического стрессового расстройства, так и депрессивных симптомов, например, руминация), а также социальная и эмоциональная отстраненность (устранение частичного совпадения

депрессивных симптомов) [4; 5; 15]. Наиболее широко поддерживаемыми аспектами к решению проблем избегания, отстранения и негативных мыслей являются экспозиция, поведенческая активация и когнитивная реструктуризация. Для сложных переживаний важно помогать скорбящим противостоять и перерабатывать утрату, а не сосредотачиваться исключительно на познании ее проявления в жизни человека. В дальнейшем целесообразно рассмотреть некоторые подходы к КПТ ДРГ.

Интегративная когнитивно-поведенческая терапия ДРГ (Integrative cognitive behavioral therapy for PGD – PG-CBT) [16; 17]. PG-CBT – это интегративный, но преимущественно когнитивно-поведенческий подход к лечению, который сочетает в себе классические поведенческие методы, такие как обучение тому, как проявляются симптомы, домашние задания, когнитивная реструктуризация ориентированная на решение. PG-CBT занимается как задачами, ориентированными на утрату, которые требуют эмоционального совладания с ней (например, уменьшение избегания связанных с утратой чувств и мыслей), так и восстановительными задачами, которые способствуют адаптации к новым обстоятельствам (например, допущение новых ролей). Более того, целью лечения является не разрушение связей, а изменение отношения к умершему с точки зрения «продолжающихся связей».

PG-CBT состоит из 20 сессий которые можно разделить на 3 фазы лечения: (1) стабилизация, исследование, мотивация и постановка целей; (2) переосмысление и переработка; (3) интеграция, преобразование и завершение. Сеансы терапии запланированы на более длительное время, при необходимости до 100 минут, чтобы обеспечить интенсивную эмоциональную переработку. Вторая фаза формирует ядро PG-CBT и позволяет работать с разными рабочими «мишенями», в зависимости от того, какие аспекты больше всего способствуют поддержанию симптомов ДРГ и какие цели лечения были согласованы на этапе 1. Есть 4 возможных рабочие «мишени»: (1) работа с чувством вины, (2) приспособление к изменившимся условиям жизни, (3) функция горя как средство поддержания привязанности к умершему, и (4) объяснение и устранение симптомов избегания. Четыре заключительные сессии посвящены интеграции утраты и будущим перспективам при сохранении здоровой связи с умершим (процедура каждого сеанса подробно описана ниже). При этом необходимо отметить, что помимо 20 сессий возможно проведение до 5 необязательных сессий, посвященных особым случаям (например,

годовщины, праздники или выступления в суде) или включению значимых других (например, семейные конфликты из-за различных способов справиться с тяжелой утратой). По мере необходимости эти сессии интегрируются в курс терапии. Все вышесказанное позволяет в целом говорить, что PG-CBT представляет собой гибкий и эффективный метод психотерапии длительного расстройства горя.

Краткосрочная эклектическая психотерапия при травматическом горе (Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG)) [7, 20]. Модель BEP-TG предполагает, что четыре процесса способствуют сохранению и обострению симптомов травматического горя: утрата и травматический стресс, который включает тоску и муки горя, озабоченность образом утраченного, навязчивые воспоминания и отчаяние. Эти процессы включают в себя:

- неадекватная интеграция памяти о травмирующей утрате;
- отрицательная оценка травмирующей утраты;
- чувствительность к совпадающим с утратой триггерам и новым стрессорам возникающим в жизни человека;
- попытки избежать стресса – могут быть как следствием, так и причиной неприемлемости утраты и навязчивого, нежелательного характера травматических воспоминаний о ней.

На эти четыре процесса влияют: характеристика травмирующей утраты привязанности и развития клиента; когнитивная оценка и реакции привязанности на утрату.

BEP-TG проводится в течении 16 сессий и состоит из 5 компонентов: информация (психологическое просвещение) и мотивация на 1 сессии; сфокусированная на горе экспозиция в воображении: от 2 до 6 сессий; письменные задания и обсуждение памятных вещей об умершем: с 3 по 6 сессии; значение утраты и интеграция ее в жизнь клиента: с 7 по 15 сессии; ритуальное прощание: с 13 по 16 сессии. При этом психологическое просвещение направленно на: объяснение, почему клиенту предлагается эта терапия: метод, его обоснование, количество сессий, роль поддерживающего близкого и т. п.; объяснение цели терапии: интегрировать травматические событие утраты в жизнь клиента и снижение количества симптомов ДРГ; объяснение методик, которые будут использоваться.

Сфокусированная на горе экспозиция в воображении позволяет психотерапевту и клиенту рассмотреть: подробности утраты, заметные триггеры, которые вызывают эмоции? что произошло незадолго

до этого? что произошло потом? реакции клиента, партнера и других людей на утрату? и т. п. Это дает возможность вывести на поверхность негативные эмоции, гнев, чувство вины, скорбь, горе и печаль которые еще не полностью или совсем не ощущаются клиентом и это помогает снизить негативность этих переживаний.

Памятные вещи – это предметы, которые символизируют связь с умершим, например, предметы одежды, музыкальные произведения или фотографии. Эти предметы предназначены для того, чтобы приблизить умершего и, таким образом, вызвать печаль или двойственные чувства. Необходимо выяснить, есть ли у клиента такие особые символы или предметы, избегает ли он их или дорожит ими. Если есть, клиента просят их принести и обсуждают значение этого предмета и чувства, которые он вызывает.

Письменные задания – также полезный инструмент для вывода сильных эмоций на поверхность. Клиента просят писать около получаса в день письмо. На следующих сессиях клиент читает письмо и обсуждается выражение чувств, которые оно вызывает. Психотерапевт может давать разные типы письменных заданий: прощальное письмо; задание из трех писем; письмо товарищу по несчастью и гневное письмо. ВЕР-ТС уделяет много внимания приданию смысла тому, что произошло. Психотерапевт вместе с клиентом изучает, насколько полезны мысли и поведение и есть ли другие полезные мысли и поведение. При этом рассматривается в какой степени утрата привела к изменению деятельности клиента? Какие социальные, развлекательные, образовательные и рабочие мероприятия клиент прекратил или сократил? По каким причинам? Психотерапевт поощряет клиента формулировать позитивные цели в ситуациях, в которых он хочет что-то достичь, а не ситуациях, которые он хочет избежать.

Прощальный ритуал. Клиента побуждают разработать ритуал, который подходит ему и связан с умершим, например, посещение особого места. Частью прощального ритуала также может быть отказ от вещей умершего или вещей, связанных с событием утраты, связанным со смертью. При этом психотерапевт не присутствует на прощальном ритуале.

ВЕР-TG нацелена на интеграцию воспоминаний о утраченном человеке, уменьшение негативного значения утраты и развитие реалистичных чувств к умершему. Это способствует уменьшению количества симптомов, связанных с ДРГ, несмотря на его хронический характер.

Комплексная терапия горя (Complicated Grief Treatment-CGT).

Основано на теории привязанности и объединяет использование межличностной терапии, когнитивно-поведенческой терапии и мотивационного интервью в течение 16 еженедельных занятий (Shear 2005; Shear 2014, 2015). У людей биологически заложен поиск, формирование и поддержание близких отношений. Фигуры привязанности – это люди, с которыми ищут близости и сопротивляются разлуке; они обеспечивают «безопасность» поддержки и уверенности в условиях стресса, а также поддержку автономии и компетентности, которая облегчает исследование окружающего мира. При остром горе после утраты фигуры привязанности, система привязанности нарушается, что часто приводит к чувству неверия, болезненным эмоциям, навязчивым мыслям умершего человека и торможению системы исследования окружающего мира.

При адаптивном переживании горя человек переходит от состояния острого горя к интегрированному горю, в котором признается окончательность утраты, разрешается травма утраты, эмоции становятся более позитивными или горько-сладкими, представление и убеждения пересматриваются, чтобы охватить утрату фигуры привязанности, и исследовательская система реактивируется, с пересмотром жизненных целей для интеграции последствий утраты. Это происходит через «двухпроцессную модель», с деятельностью, ориентированной как на утрату, так и на восстановление. В случае не адаптивного переживания горя, представление фигуры привязанности нарушается, так что утрата признается сознанием, но не на бессознательном уровне. Это приводит к отсутствию признания окончательности утраты. Более того, система исследования окружающего мира не «включается» вновь, так что скорбящий человек может дистанцироваться от других людей и мира в целом. Таким образом, основной принцип, лежащий в основе CGT, заключается в том, что горе является естественным, адаптивным процессом. Это означает, что психотерапия ДРГ включает в себя устранение препятствий для успешного разрешения процесса скорби. С помощью различных техник, ориентированных на утрату и восстановление, психотерапевт работает, чтобы облегчить процесс переживания горя и помочь клиенту смириться со смертью близкого. Индивидуальная терапия методом CGT из 16 сессий, каждая продолжительностью от 45 до 60 минут. Каждая сессия имеет структурированную повестку, которая включает в себя обзор мероприятий предыдущей недели, выполнение работы на сессии и назначение

задач на предстоящую неделю. Психотерапия обычно делится на три фазы. На вводной фазе, которая обычно проходит в течение первых трех сеансов, основными целями являются создание сильного терапевтического альянса, получение истории межличностных отношений клиента, предоставление психообразования о модели сложного горя и описание элементов лечения. Поддерживающий человек обычно посещает третью сессию. На промежуточной фазе, которая обычно включает в себя сессии с 4 по 9, клиент выполняет ряд упражнений внутри и вне сеанса, предназначенных для того, чтобы смириться с утратой и решить проблему восстановления способности к радости и удовлетворению в жизни. На заключительных сеансах (от 10 до 16) психотерапевт и клиент рассматривают прогресс и совместно решают, как использовать оставшиеся сессии для завершения работы и закрепления результатов психотерапии.

Конечной задачей сеансов с 11 по 16 является прекращение работы с психотерапевтом. Для некоторых клиентов это необходимо для рассмотрения «завершения», как позитивного развития, отмечающего прогресс от интенсивного и изнурительного горя к ощущению исцеления и целостности. Для других клиентов требуется обсуждение, для переработки чувства утраты терапевтических отношений.

Метакогнитивная терапия ДРГ (Metacognitive therapy for prolonged grief disorder – MCT-PG) [23]. Метакогнитивная модель терапии ДРГ предполагает, что эффективность лечения можно повысить, сместив акцент с переоценки содержания мыслей на изменение бесполезных метакогнитивных процессов, которые, как предполагается, поддерживают страдание человека. Смерть любимого человека включает в себя множество реалистичных мыслей, связанных со смертью близкого, шоком от того что близкий человек безвозвратно утрачен и столкновение с материальными (финансовыми) стрессорами. Поэтому выяснение того как люди, с утратой, объясняют себе смысл происходящего, может быть более эффективным, чем обращение к тому, что они думают. Некоторые люди, утратившие близких, размышляют над воспоминаниями об умерших, пытаясь «придать смысл» смерти, или «правильно оплакивать» их или поддерживать связь с умершим.

Метакогнитивная модель предполагает, что психические расстройства являются результатом повторяющегося негативного мышления по поводу воспринимаемого убеждения (например, мир опасен), создавая искажение внимания из-за постоянного внимания и мониторинга это-

го убеждения в настоящем. Следовательно, люди с высоким уровнем повторяющегося негативного мышления с меньшей вероятностью разовьют стратегии выживания и с большей вероятностью разовьют синдром когнитивного внимания, включающий беспокойство / размышления, мониторинг угроз и неадаптивное повторяющееся поведение, усиливает и продлевает психологический стресс. Использование этого дисфункционального стиля мышления будет иметь важное значение в лечении ДРГ.

Метакогнитивная терапия (МСТ) изменяет дисфункциональный стиль мышления, помогая людям понять свои «мысли о мыслях» и регулировать неадаптивные мысли и чувства, используя для этого беспристрастную внимательность, чтобы научить людей «быть внимательным» к мыслям, эмоциям, убеждениям и воспоминаниям, не сосредотачиваясь исключительно на них, и помочь пациентам увидеть себя отдельно от своих мыслей. МСТ имеет дело с навязчивыми симптомами, позволяя пациентам отказаться от самообработки, прерывая негативные мысли и получая гибкий неповторяющийся стиль мышления. Эта модель дополняет существующую модель горя, которая предполагает, что перемещение внимания между областями утраты и восстановления позволяет скорбящему человеку постепенно приспосабливаться к утрате. МСТ-PG терапия – это подтвержденное краткосрочное вмешательство, приносящее пользу и приемлемо для людей, понесших тяжелую утрату.

В настоящий момент методы терапии на основе КПТ показали свою эффективность в лечении ДРГ (небольшой размер эффекта-коэффициент 0,5, Rosner et al., 2018; Johannsen et al., 2019).

Десенсибилизация и переработка движением глаз длительного расстройства горя (Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)) [1; 11; 21; 22]. В настоящий момент – это комплексная система психотерапии, включающая элементы других психотерапевтических школ. Метод хорошо интегрируется в терапевтический процесс разных направлений. Его эффективность подтверждена сотнями опубликованных отчетов, а также более чем двадцатью контролируемыми исследованиями. В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы (АИПС). При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения

в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Неспособность выполнить эту переработку может привести к длительному расстройству горя (ДРГ).

С точки зрения АИПС, смерть любимого человека может подавить возможности скорбящего, так что переживания, связанные со смертью, дисфункционально сохраняются в памяти. Об этом свидетельствует то, что выжившего беспокоят негативные образы и сцены смерти или постоянно он вновь переживает бессилие и уязвимость, связанную с худшими моментами утраты. Психические травмы и другие неблагоприятные жизненные события могут усугубить горе. Важным компонентом «здорового» горя и скорби является доступ к воспоминаниям о любимом человеке. Но когда возникают достаточно тревожные обстоятельства, навязчивые симптомы могут блокировать доступ к сети памяти, относящейся к любимому человеку, вмешиваясь в процессы скорби. Поэтому метод EMDR полезен в доступе к тревожному событию, облегчая адаптивную обработку и перемещение через процессы траура.

Основная цель EMDR ДРГ – это идентификация тревожных моментов, ситуаций и воспоминаний (дисфункционально сохраняемая информация), которые необходимо переработать, чтобы дать возможность переживать процессы скорби и примирения с утратой. EMDR ДРГ реализуется через трехкомпонентный протокол:

- переработка прошлых воспоминаний, лежащих в основе текущих болезненных обстоятельств: они могут включать такие случаи, как момент, когда клиент услышал о смерти, воспоминания о больнице или похоронах, или болезненные прошлые воспоминания, связанные с умершим. Могут существовать дисфункционально сохраненные воспоминания о более ранних событиях, которые лежат в основе текущей негативной реакции на утрату (например, предыдущие нерешенные утраты, психические травмы, проблемы с привязанностью), которые необходимо идентифицировать и перерабатывать;
- переработка текущих триггеров (ситуаций), которые продолжают стимулировать боль и неадекватную адаптацию к утрате. Это могут быть и проблемные ситуации, с которыми трудно справиться и / или которые вызывают дистресс;
- создание позитивного образа будущего: это включает в себя адаптивные мысли, образы и стратегии выживания в настоящих и ожидаемых в будущем стрессовых ситуациях. Клиентам может потребоваться сначала освоить новые навыки преодоления трудностей,

которые затем можно будет актуализировать, представив себе использование нового поведения во время будущего события.

Клиент в EMDR ДРГ проходит через процессы скорби, но может делать это более эффективно, потому что препятствия (например, «точки застревания» или, в терминах АИПС, дисфункционально хранимая информация) перерабатываются на пути к успешной интеграции.

EMDR-терапия может быть полезной для переработки травмы и / или других сильных переживаний, горя и скорби. Протокол EMDR-терапии нацелен на болезненные переживания, позволяя интегрировать дисфункционально накопленные переживания, а также текущие ситуации и представления о будущем. После успешного завершения психотерапии скорбящий сможет думать о своем любимом человеке без болезненных воспоминаний и продолжать беспрепятственно двигаться в жизнедеятельности.

Терапия нарративной реконструкции длительного расстройства горя (Narrative Reconstruction Therapy (TNR)) – это ограниченное по времени интегративное вмешательство которое показало эффективность при терапии посттравматического стрессового расстройстве (Peri et al., 2016; Gofman et al., 2020) и в дальнейшем скорректированная и адаптированная для пациентов с ДРГ. TNR включает в себя воздействие воспоминаний об утрате вместе с их смыслом. Этот процесс помогает объединить прошлые воспоминания об утрате и с личной значимостью, для восстановления связного рассказа о себе (Barbosa, Sá, & Carlos Rocha, 2014; Neimeyer, 2019).

TNR проводится в течение 16 недель после первоначальной оценки симптомов ДРГ и психообразования (т. е. 16 еженедельных сеансов продолжительностью 60 минут каждый). После психообразования о нормальных и длительных процессах горя и объяснений причин, лежащих в основе использования TNR, пациентам предлагалось выбрать воспоминания, связанные с утратой, которые постоянно беспокоят их (для многих это может быть воспоминание о моменте смерти, но это может быть и другое воспоминание связанное с умершим). На первой встрече с психотерапевтом обсуждается трудности в выборе одного воспоминания, чтобы совместно определить конкретное воспоминание, которое было наиболее болезненным и тревожным для пациента. В дальнейшем пациент и психотерапевт вместе восстанавливают наиболее тревожное воспоминание, связанное с утратой, или любое другое важное воспоминание

об умершем, которое вызывает навязчивые и болезненные для пациента мысли. Психотерапевт и пациент реконструируют – по временной шкале – подробный, письменный и хорошо организованный рассказ о выбранном навязчивом воспоминании. В процессе этого рассказа раскрывается личный смысл утраты в жизни пациента, а затем воспоминания связываются и активно интегрируются в автобиографическую память пациента. Реконструкция проводится только в присутствии психотерапевта. Пациенты рассказывают о том что они делали, видели, слышали, думали и чувствовали в это время, очень подробно момент за моментом, в то время как психотерапевт слово за словом печатает рассказ на портативном компьютере. На каждом сеансе повествование перечитывается до точки, достигнутой на предыдущем сеансе. Записанные в повествовании пропуски воспоминаний, в процессе терапии, психотерапевтом, через возвращение к этим пропускам пациента, восстанавливаются информацией, которую пациент вспомнил. В процессе терапии, психотерапевт может задавать вопросы или пытаться прояснить факты и раскрыть воспоминания, связанные с этими фактами и их значением. Этот метод дает пациенту больше времени для переработки провоцирующих тревогу частей истории, позволяя ему эмоционально вовлечься и сосредоточиться на себе.

Психотерапевт также замедляет темп воздействия, что помогает улучшить эмоциональную регуляцию (Gofman et al., 2020). Благодаря этому процессу преодолевается избегание, негативные мысли получают более реалистичную оценку и восстанавливается эмоциональный контроль.

TNR позволяет идентифицировать важные моменты воспоминаний утраты и выявить диссоциированные чувства и факты, при этом активно связав воспоминания об утрате с воспоминаниями пациента из более ранней жизни. На заключительном сеансе терапии психотерапевт предоставляет пациенту распечатанную копию окончательной версии их рассказа, которую они затем вместе просматривают в последний раз. Сессия завершается выделением достигнутых изменений и их привязкой к эмоциональному состоянию пациента (Peri et al., 2016). При этом TNR в пилотажном исследовании показала свою незначительную эффективность (Gali Elinger et al., 2021), с необходимостью дальнейших лонгитудных исследований на большой выборке пациентов.

Представленные структурированные подходы к психотерапевтическим воздействиям на реакции горя и утраты понятны и удобны в применении, так как позволяет последовательно оценить клинические проявления длительного расстройства горя и работать с ним. При этом вмешательст-

ва должны носить комплексный характер, сочетать разные виды и методы психотерапии, что увеличивает шанс на успех терапии и вне зависимости от конкретных методов психотерапевтической помощи, используемых при работе с горем и утратой, психотерапевт должен оставаться чувствительным к потребностям своих клиентов, сохранять баланс между признанием страданий клиента и верой в наличие у него ресурсов, помогающих найти верный путь выхода из горя и пережить утрату.

Литература

1. Шапиро, Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (EMDR): основные принципы, протоколы и процедуры.: Пер. с англ. – СПб: ООО «Диалектика», 2021 – С. 482–484
2. Шефов, С. А. Психология горя / С. А. Шефов – СПб.: Речь, 2007
3. Barbosa, V., Sá, M., & Carlos Rocha, J. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health*, 18(3), 354–362. doi:10.1080/13607863.2013.833164.
4. Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277–284.
5. Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A. W., Lancee, J., & Stroebe, M.S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(6), 729–748.
6. Gali Elinger, Ilanit Hasson-Ohayon, Eran Barkalifa, Paul A. Boelen & Tuvia Peri (2021) Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder – a pilot study, *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1, 1896126, DOI: 10.1080/20008198.2021.1896126
7. Geert E. Smid, Rolf J. Kleber, Simone M. de la Rie, Jannetta B. A. Bos, Berthold P. R. Gersons & Paul A. Boelen (2015) Brief Eclectic Psychotherapy for Traumatic Grief (BEP-TG): toward integrated treatment of symptoms related to traumatic loss, *European Journal of Psychotraumatology*, 6:1, 27324, DOI: 10.3402/ejpt.v6.27324
8. Gofman, M., Kivity, Y., Bar-Kalifa, E., Vidan, Z., Hasson Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., & Peri, T. (2020). Narrative reconstruction as an intervention for posttraumatic stress disorder: A Pilot delayed intervention Quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 92–103. doi:10.1002/jts.
9. Gofman, M., Kivity, Y., Bar-Kalifa, E., Vidan, Z., Hasson Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., & Peri, T. (2020). Narrative reconstruction as an intervention for posttraumatic stress disorder: A Pilot delayed intervention Quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 92–103. doi:10.1002/jts.

10. Johannsen, M., Damholdt, M.F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69–86. doi:10.1080/10.1016/j.jad.2019.04.065.
11. Meysner, L., Cotter P., Lee C.W. Evaluating the Efficacy of EMDR With Grieving Individuals: A Randomized Control Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 10, Number 1, 2016. 2-12; Solomon Roger M. EMDR Treatment of Grief and Mourning. *Clinical Neuropsychiatry* (2018) 15, 3, 173-186;
12. Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79–91. doi:10.1080/07481187.2018.1456620.
13. Peri, T., Hasson-Ohayon, I., Garber, S., Tuval-Mashiach, R., & Boelen, P. (2016). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder–Rationale and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(7), 30687. doi:10.3402/ejpt.v7.30687.
14. Peri, T., Hasson-Ohayon, I., Garber, S., Tuval-Mashiach, R., & Boelen, P. (2016). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder–Rationale and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(7), 30687. doi:10.3402/ejpt.v7.30687.
15. Richard, A. Bryant, Lucy Kenny, Amy Joscelyne, Natasha Rawson, Fiona Maccallum, Catherine Cahill & Sally Hopwood (2017) Predictors of treatment response for cognitive behaviour therapy for prolonged grief disorder, *European Journal of Psychotraumatology*, 8:sup6, 1556551, DOI: 10.1080/20008198.2018.1556551
16. Rita Rosner, Eline Rimane, Anna Vogel, Jörn Rau and Maria Hagl (2018). Treating prolonged grief disorder with prolonged grief-specific cognitive behavioral therapy: study protocol for a randomized controlled trial. *Department of Psychology, Catholic University Eichstätt-Ingolstadt, Ostenstr. 26* <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2618-3>
17. Rita Rosner, Gabriele Pfoh, Michaela Kotoučova, Hannah Comtesse (2019). Integrative Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief Disorder: Introduction of a Treatment Manual. *Clinical and Biological Psychology Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt Ostenstraße 25, 85071 Eichstätt, Germany* DOI: 10.1159/000489509
18. Shear K Complicated Grief Treatment: Instruction Manual Used in NIMN Grants (2015). *he Center for Complicated Grief Columbia School of Social Work*
19. Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, Duan N, Mauro C, Ghesquiere A. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomised clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71(11):1287–95. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1242
20. Smid, G. E., Djelantik, A.A.A.M., de Heus, A, Bos, J.B.A., & Bælen, P. A (2018). Beknopte Eclectische Psychotherapie voor Traumatische Rouw (BEP-TG): Therapie bij psychische klachten na traumatisch verlies. In G. Clæs, J. Maes,

- & H. Meijderman (Eds.), Ruimtemaken van verlies en rouw in therapie (pp. 111–116). Leuven: Acco.
21. Solomon Roger M. EMDR Treatment of Grief and Mourning. *Clinical Neuropsychiatry* (2018) 15, 3, 173–186
 22. Solomon Roger M., Rando Therese A. (2012) Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. Elsevier Masson SAS. All rights reserved. 231–239
 23. Wenn J, O'Connor M, Breen LJ, et al. Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2015;5:e007221. doi:10.1136/bmjopen-2014-007221

УДК 159.9

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
PSYCHOLOGICAL SUPPORT
OF SPORTS ACTIVITIES**

Ливенкова Е. А., аспирант Института психологии
БГПУ (г. Минск, Беларусь),

Livenkova E. A., graduate student of the Institute of Psychology
BSPU (Minsk, Belarus)

В статье представлены основные направления психологического сопровождения спортивной деятельности, анализируется опыт психологической помощи спортсменам в нашей стране и за рубежом. Выделены особенности психологической работы с подростками-спортсменами и их родителями. Отмечается, что психологическое сопровождение спортивной деятельности должно иметь научно обоснованный, комплексный и систематический характер.

The article presents the main directions of psychological support for sports activities, analyzes the experience of psychological assistance to athletes in our country and abroad. The features of psychological work with teenage athletes and their parents are highlighted. It is noted that the psychological support of sports activity should be scientifically grounded, complex and systematic.

Ключевые слова: психологическое сопровождение спортивной деятельности, подростки-спортсмены, спортивная психология.

Keywords: psychological support of sports activities, sports psychology, teenage athletes.