

Terapia poznawczo-behawioralna przedłużonej reakcji żałoby

Barnaba Danieluk¹

*Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,
Instytut Psychologii*

<https://orcid.org/0000-0001-5006-3649>

Streszczenie

Cel: Celem artykułu jest zaprezentowanie bazujących na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej modeli przedłużonej reakcji żałoby (*Prolonged Grief Disorder*), porównanie mechanizmów będących zdaniem poszczególnych autorów źródłem utrzymywania się objawów, jak również zbudowanych na ich bazie protokołów terapeutycznych, ich elementów składowych i wykorzystanych technik terapeutycznych

Metoda: Wprowadzenie obejmuje krótką historię rozumienia przedłużonej reakcji żałoby w kontekście jej specyfiki i odrębności jako jednostki nozologicznej uwzględnionej obecnie w kryteriach DSM-V-TR oraz ICD-11. Główną część tekstu stanowi opis trzech modeli poznawczych i bazujących na nich protokołów terapeutycznych przeznaczonych do indywidualnej pracy z pacjentem: autorstwa Boelena, van den Houta i van den Bouta, PGDT (*Prolonged Grief Disorder Therapy*) autorstwa Shear i jej współpracowników oraz CG-CBT (*Complicated Grief – Cognitive Behavioral Treatment*) Pfoh, Rosner i Kotoučovej oraz przedstawienie wyników badań nad ich skutecznością.

Konkluzja: Wszystkie trzy modele poznawcze wywodzą źródło nieadaptacyjnej, przedłużonej żałoby z braku zintegrowania doświadczenia straty ukochanego bliskiego z systemem poznawczo-emocjonalnym pacjenta. Autorzy poszczególnych modeli podkreślają jednak odmienne aspekty owego braku integracji: Boelen brak aktualizacji schematu Ja pacjenta, Shear brak rewizji modelu przywiązania, a Rosner dysfunkcyjny wzorzec reakcji na samo doświadczenie straty. Skuteczność opisanych protokołów została sprawdzona w procedurze randomizowanych prób z grupą kontrolną (RCT), a wyniki tych badań świadczą o ich satysfakcjonującej skuteczności.

Słowa kluczowe: psychoterapia, poznawczo-behawioralna, żałoba, przedłużona reakcja żałoby

¹ Adres do korespondencji: barnaba@umcs.edu.pl.

Dojmujący żal po śmierci bliskiej osoby jest naturalnym, chociaż bolesnym procesem. Mimo tego, że żałoba jest zjawiskiem nieuniknionym, badania pokazują, że ludzie reagują na nią w bardzo różny sposób. Niektóre osoby wydają się być bardzo odporne, doświadczając tylko niewielkiego psychologicznego dystresu, inni doświadczają dotkliwej, chociaż znośnej żałoby przez okres 1–2 lat. Są jednak również tacy, którzy doświadczają poważnej, wyniszczającej, a czasami wręcz zagrażającej życiu żałoby (ze względu na podwyższone ryzyko samobójcze), co obecnie nazywane jest przedłużoną reakcją żałoby (Boelen i Prigerson, 2013). Psychologowie oraz psychoterapeuci napotykali poważne trudności przy próbach zdefiniowania, czym jest tzw. „normalna żałoba”. Wynikało to z faktu, że ludzie doświadczają i wyrażają żałobę w różny sposób, i jest to dodatkowo modyfikowane przez takie czynniki, jak kultura, płeć, osobowość oraz warunki życiowe (Rosner i in., 2011).

Kryteria diagnostyczne przedłużonej reakcji żałoby (PGD)

Przez wiele lat w żadnym z powszechnie stosowanych systemów klasyfikacji zaburzeń i chorób psychicznych (ICD oraz DSM) nie było jednostki chorobowej powiązanej z przeżywaniem żałoby. Od połowy lat 90. badacze i klinicyści coraz częściej apelowali o uwzględnienie syndromu żałoby w systemach klasyfikacji zaburzeń, odnosząc się do zjawiska patologicznej, powikłanej (*complicated*) a w końcu przedłużonej (*prolonged*) żałoby. Horowitz wraz ze współpracownikami proponowali w 1993 roku kryteria diagnostyczne dla „patologicznej żałoby” oraz ich poprawioną wersję dla „zaburzenia powikłanej żałoby” w roku 1997 (Horowitz i in., 1993; Horowitz i in., 1997). Podobnie jak przy PTSD, były one opisywane jako złożone z zespołu intruzywnych symptomów, unikania oraz trudności adaptacyjnych. W tym samym czasie Prigerson i jej współpracownicy opublikowali dwa ważne badania dotyczące tego obszaru. W pierwszym z nich (Prigerson, Frank i in., 1995) odróżniali symptomy powikłanej żałoby od powiązanej z żałobą depresji i ustalili, że wiąże się ona z upośledzeniem zdrowia psychicznego innym, niż to związane z depresją. W drugim artykule zaproponowali *Inwentarz żałoby powikłanej* (ICG – *Inventory of Complicated Grief*) – 19-itemową miarę występowania objawów tego zaburzenia razem z danymi świadczącymi o wartości psychometrycznej narzędzia (Prigerson, Maciejewski i in., 1995). Warto wspomnieć, że inwentarz ICG został zaadaptowany w wielu krajach i doczekał się również polskiej adaptacji (Ludwikowska-Świeboda i Lachowska, 2019).

Od 1995 roku i pierwszego artykułu Prigerson wiele innych badań zreplikowało uzyskane przez nią wyniki (przegląd badań w: Prigerson i Jacobs, 2001; Shear i in., 2011). Opracowana skala ICG dostarczyła badaczom narzędzia do badania trafności tego konstruktów oraz mierzenia jego korelatów.

Te badania zaowocowały opracowaniem w 1999 roku wstępnych kryteriów powikłanej żałoby (Prigerson, Shear i in., 1999). Zgodnie z nimi powikłana żałoba obejmuje objawy stresu separacyjnego (np. tęsknoty) i stresu pourazowego (objawy reprezentujące poczucie traumy spowodowanej stratą) występujące w takim nasileniu, że utrudniają codzienne funkcjonowanie przez co najmniej

2 miesiące (kryterium czasowe). Nieco później rozszerzono kryterium czasowe do 6 miesięcy, a symptomy stresu pourazowego nie były już odróżniane od objawów stresu separacyjnego, ponieważ stwierdzono, że łądzą one wspólnie jeden czynnik.

W oparciu o powstające narzędzia mierzące występowanie symptomów przedłużającej się reakcji żałoby oraz proponowane kryteria diagnostyczne, zaczęto prowadzić pierwsze badania epidemiologiczne dotyczące skali występowania tego zaburzenia. Powszechność jego występowania jest różnie szacowana w zależności od przyjętego kryterium i waha się od 2,4% w Japonii (Fujisawa i in., 2010), 3,7% w Niemczech (Kersting i in., 2011) do 4,2% w Szwajcarii (Maercker i in., 2008). Shear i in. (2011) szacują, że około 10% osób, które straciły kogoś bliskiego rozwijają patologiczną formę żałoby.

W rezultacie, w piątej rewizji klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM, opublikowanej w 2013 roku, pojawiły się proponowane kryteria dla „Utrwalonego złożonego zaburzenia żałobnego”. Natomiast w ostatniej, 11 rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 z 2019 roku, uwzględniono już pełnoprawne kryteria diagnostyczne dla „Przedłużonej reakcji żałoby” (*Prolonged Grief Disorder* – PGD), opatrując je kodem 6B42. Jako cechy istotne (wymagane) tego zaburzenia uznane zostały: (1) historia żałoby po śmierci bliskiej osoby (najczęściej partnera, rodzica lub dziecka); (2) silna, trwała i wszechogarniająca tęsknota za zmarłym lub uporczywa koncentracja na zmarłym, której towarzyszy intensywny ból emocjonalny objawiający się silnymi emocjami: smutek, poczucie winy, złość, ale też zaprzeczanie, obwinianie i trudności z zaakceptowaniem faktu śmierci; poczucie utraty części siebie; niezdolność do przeżywania pozytywnych emocji; emocjonalne odrętwienie oraz trudnościami w angażowaniu się aktywności (społeczne i inne). Trzecie kryterium ma charakter czasowy, żałoba ma utrzymywać się przez nietypowo długi okres po stracie, znacznie przekraczając oczekiwane normy społeczne, kulturowe lub religijne typowe dla kultury i kontekstu danej osoby. Przyjmuje się, że żałobę trwającą krócej niż 6 miesięcy nie powinno się traktować jako spełniającą to kryterium, chociaż w niektórych kontekstach społeczno-kulturowych okres traktowany jako żałoba „normatywna” może być dłuższy niż wspomniane 6 miesięcy. Ostatnią, czwartą z istotnych cech tego zaburzenia, jest znaczne upośledzenie funkcjonowania w sferze osobistej, rodzinnej, społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub w innych ważnych obszarach. Jeśli owo funkcjonowanie jest przez osobę utrzymywane, należy zwrócić uwagę na to, czy nie dzieje się to wyłącznie dzięki dużemu wysiłkowi z jej strony.

Dodatkowymi cechami klinicznymi tego zaburzenia może być uporczywe zaabsorbowanie okolicznościami śmierci oraz zachowanie wszystkich rzeczy zmarłej osoby dokładnie w takim stanie, w jakim były przed śmiercią. Pacjent może oscylować pomiędzy nadmiernym zaabsorbowaniem osobą zmarłego oraz unikaniem wszelkich wspomnień i bodźców związanych ze stratą. Co więcej, mogą się pojawić kłopoty z radzeniem sobie w codziennym życiu bez ukochanej osoby, trudności w przywoływaniu pozytywnych wspomnień o zmarłym, ograniczone zaufanie wobec innych osób, wycofanie społeczne i poczucie, że życie utraciło sens. Może wystąpić zwiększone używanie tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, jak również istnieje ryzyko wystąpienia myśli i zachowań samobójczych.

Protokoły leczenia przedłużonej reakcji żałoby bazujące na terapii poznawczo-behawioralnej

Prace nad stworzeniem terapii ukierunkowanej na leczenie przedłużonej reakcji żałoby w oparciu o założenia terapii poznawczo-behawioralnej rozpoczęły się w połowie lat 90., równolegle w kilku zespołach badaczy i praktyków. Impulsem stało się sformułowanie przez Horowitza pierwszych propozycji kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia, a przede wszystkim stworzenie przez Prigerson pierwszych narzędzi psychometrycznych pozwalających ocenić siłę występowania objawów u konkretnych pacjentów. Z uwagi na istotne zapotrzebowanie na protokół terapeutyczny przedłużonej reakcji żałoby powstały niezależnie przynajmniej trzy protokoły przeznaczone do indywidualnej pracy z pacjentem (autorstwa Boelena, Shear oraz Rosner), protokół przeznaczony do pracy grupowej (Bryant i in., 2014) a nawet protokół internetowy, w którym pacjent komunikuje się z terapeutą za pośrednictwem wiadomości e-mail (Wagner i in., 2006). W dalszej części artykułu zostaną przedstawione trzy wymienione wyżej protokoły terapeutyczne przeznaczone do pracy z pacjentem indywidualnym w warunkach ambulatoryjnych (gabinetowych).

Poznawczo-behawioralny protokół leczenia przedłużonej reakcji żałoby autorstwa Boelena, van den Houta i van den Bouta

Punktem wyjścia dociekań Paula A. Boelena, Marcela van den Houta oraz Jana van den Bouta stała się obserwacja, że osoby cierpiące na PGD czują tak silną tęsknotę za zmarłą osobą, że wręcz mają problemy w codziennym funkcjonowaniu, a jednocześnie towarzyszy im poczucie nierealności straty. Mimo tego, że pamiętają pogrzeb ukochanego zmarłego i codziennie konfrontują się z brakiem jego obecności, często nie są w pełni przekonani, że strata jest bezpowrotna i zachowują się tak, jakby utracony bliski mógł w każdej chwili powrócić. W konsekwencji niedowierzanie, ból straty i rozłąki z ukochaną osobą, który normalnie występuje wkrótce po śmierci, raczej się nasila niż stopniowo zanika. Próbując wyjaśnić, dlaczego u niektórych osób silne reakcje żałoby trwają niezmiennie, a czasami nawet się nasilają, badacze stworzyli model poznawczo-behawioralny inspirowany poznawczym modelem PTSD zaproponowanym przez Ehlers i Clarka (2000). Model Boelena, van den Houta i van den Bouta (2006, 2013) zakłada, że za rozwinięcie przedłużonej reakcji żałoby odpowiadają trzy powiązane ze sobą procesy: (1) niewystarczające opracowanie i zintegrowanie zdarzenia straty w pamięci autobiograficznej; (2) negatywne myślenie; (3) lękowe oraz depresyjne zachowania unikowe.

Niewystarczające opracowanie i zintegrowanie zdarzenia straty

Prototypowo, w niepowikłanej (normatywnej) żałobie świadoma wiedza, że rozłąka z bliskim jest nieodwracalna, zostaje zintegrowana z dotychczasowymi zasobami wiedzy podmiotu na temat samego siebie oraz utraconej osoby i stanowi

bazę tej części zasobów pamięci autobiograficznej. Ten proces jest wspierany przez aktywne przetwarzanie konsekwencji straty dla siebie w przeszłości, teraźniejszości oraz przyszłości a także poprzez konfrontację ze zmianami wewnętrznymi wywołanymi stratą. Dlatego też, poprzez proces aktywnego opracowywania wspomnień jawna wiedza na temat straty stopniowo zostaje powiązana z wewnętrzną wiedzą na temat Ja oraz relacji ze zmarłą osobą. Efektem tego procesu jest to, że strata staje się elementem indywidualnej historii życia osoby w żałobie i stopniowo przestaje być destrukcyjna a bardziej znormalizowana (choć w dalszym ciągu bolesna).

Zdaniem autorów modelu w przypadku PGD proces przetwarzania i integracji został zawieszony lub jest niedokończony. Ma to swoje skutki. Pierwszy z nich polega na tym, że ponieważ pamięciowa wiedza na temat rozłąki nie jest połączona z pozostałymi zasobami pamięci, śmierć bliskiego pozostaje cały czas bardzo szokującym, niewiarygodnym wydarzeniem. Brak połączenia pomiędzy wspomnieniami związanymi ze stratą a pozostałą wiedzą zgromadzoną w pamięci powoduje, że owe wspomnienia są cały czas aktywne w polu świadomości, skutkując podobnymi do występujących w PTSD objawami intruzji oraz przedłużającym się poczuciem szoku.

Drugą konsekwencją jest to, że wiedza na temat Ja jest aktualizowana w niewystarczającym stopniu, co powoduje, że człowiek posiada zmniejszone poczucie jasności, co do własnej tożsamości. Zintegrowanie realności faktu straty z wiedzą na temat Ja jest warunkiem niezbędnym, aby osoba w żałobie była w stanie zredefiniować to, kim jest bez ukochanej osoby. Owa ograniczona jasność co do własnego Ja prowadzi do chęci powrotu do okresu sprzed straty, problemów z zaakceptowaniem straty, izolacji oraz poczucia utraty sensu życia – symptomów stanowiących charakterystyczne cechy PGD.

Kolejną konsekwencją jest brak aktualizacji wewnętrznej reprezentacji relacji z ukochaną zmarłą osobą, a więc cierpienie związane z rozłąką się nie zmniejsza. Ludzie tworzą reprezentacje umysłowe relacji z bliskimi osobami jako część swojej pamięci autobiograficznej. Gdy umiera bliska osoba, normalnie przebiegający proces polega na połączeniu faktu nieodwracalności straty z umysłową reprezentacją relacji. Związana jest z tym stopniowa redukcja dystresu separacyjnego. To, na ile brak jest integracji faktu straty z reprezentacją relacji decyduje o tym, na ile brak bliskiej osoby będzie w dalszym ciągu generował symptom dystresu separacyjnego, co jest osiowym objawem PGD.

Uogólnione negatywne przekonania oraz nieadaptacyjne interpretacje żałoby

Jako drugi kluczowy proces decydujący o utrzymywaniu i zaostrzaniu objawów PGD, Boelen i jego współpracownicy włączyli do swego modelu sztywne, negatywne i dysfunkcyjne przekonania i interpretacje. Dwie kategorie owych przekonań są szczególnie znaczące. Pierwsza obejmuje negatywne, uogólnione przekonania o sobie (np. „Jestem osobą bezwartościową bez mojego męża”), dotyczące życia (np. „Życie nie ma już dla mnie żadnego sensu”), oraz przyszłości (np. „Z pewnością nigdy już nie odnajdę szczęścia”). Te uogólnione negatywne myśli mogą rozwinąć się, kiedy zdarzenie straty niweczy wcześniejsze pozytywne przekonania

(np. wizję siebie i swojej przyszłości jako rodzica), lub wtedy, gdy strata reaktywuje poprzednie, ukryte negatywne założenia (np. o tym, że jest się osobą bezwartościową).

Druga kategoria dysfunkcyjnych przekonań obejmuje błędy katastroficznej interpretacji własnej reakcji na stratę. Osoby doświadczające straty muszą poradzić sobie z bolesnymi emocjami, myślami i wspomnieniami. Zdolność zaakceptowania ich ułatwia przetwarzanie emocjonalne. Problem pojawia się, gdy ludzie interpretują własne reakcje na stratę w katastroficzny sposób. Żałobnicy mogą interpretować intensywność swojego doświadczania emocji smutku jako dowód na utratę kontroli, postrzegać swoje odrętwienie jako zwiastun depresji oraz interpretować żywe i intensywne intruzje jako objaw obłądu.

Lękowe i depresyjne unikanie

Trzeci, behawioralny element modelu Boelena i współpracowników dotyczy dwóch rodzajów unikania: lękowego i depresyjnego. Unikanie lękowe dotyczy niechęci konfrontacji z rzeczywistością straty, jej konsekwencjami oraz bólem z nią związanym, napędzane lękiem, że taka konfrontacja byłaby niemożliwa do wytrzymania. Lękowe unikanie może przejawiać się sytuacyjnym unikaniem miejsc, obrazów oraz osób powiązanych w jakiś sposób ze stratą. Może również przyjąć formę unikania poznawczego, włączając w to blokowanie niechcianych myśli i wspomnień poprzez ruminację zdarzeń związanych ze śmiercią bliskiej osoby („Dlaczego tak się stało”; „Jak można było temu zapobiec?”) jako sposób utrzymania bardziej bolesnych myśli i wspomnień poza obszarem świadomości.

Lękowe unikanie należy odróżnić od depresyjnego unikania, które odnosi się do wycofywania ze społecznych, zawodowych czy rekreacyjnych aktywności, które mogłyby się okazać nagradzające i nadawałyby sens życiu. W żałobie depresyjne unikanie może pojawić się, gdy strata ogranicza dostęp do aktywności podtrzymujących zdrowie psychiczne. Dodatkowo, może się to zdarzyć, kiedy żałobnikom brakuje umiejętności niezbędnych do osiągania wartościowych celów, gdy nie ma przy nich ukochanej osoby lub gdy myślą oni, że angażowanie się w tego rodzaju aktywności bez ukochanego bliskiego jest przejawem braku szacunku dla niego lub faktu jego śmierci.

Obie formy unikania są dysfunkcyjne. Przykładowo, lękowe unikanie szkodzi, gdyż powoduje dystres i przeszkadza w przetworzeniu oraz zintegrowaniu faktu nieodwracalności doznanej straty i związanych z nią konsekwencji. Unikanie depresyjne jest szkodliwe, gdyż przeszkadza w doświadczaniu pozytywnych emocji i podtrzymuje negatywne postrzeganie siebie, życia oraz przyszłości.

Trzy opisane przez Boelena procesy nie tylko bezpośrednio przyczyniają się do wystąpienia objawów PGD, lecz także wpływają na siebie nawzajem. Przykładowo, przetwarzanie zdarzenia straty i następująca po nim integracja tego faktu z wiedzą zawartą w pamięci podmiotu na temat Ja oraz relacji z ukochaną osobą będzie najprawdopodobniej blokowana, gdy uświadamianie sobie konsekwencji straty przywołuje negatywne myśli na temat Ja, życia oraz przyszłości. Podobnie, tendencja do lękowego unikania również będzie blokować ową integrację. Negatywne myślenie i zachowania unikowe także wzajemnie na siebie

oddziałują. Dysfunkcjonalne myśli na temat Ja oraz życia podtrzymują depresyjny cykl wycofania i bierności. Katastroficzne interpretacje reakcji żałoby przyczyniają się do zachowań lękowo-unikowych, które w rezultacie uniemożliwiają korektę owych interpretacji.

Protokół terapeutyczny zaproponowany przez Boelena i współpracowników ukierunkowany jest na złagodzenie utrzymujących się ostrych objawów żałoby oraz pomoc pacjentowi w osiągnięciu ważnych dla niego celów (Boelen i in., 2013). Autorzy uznali, że aby to osiągnąć, niezbędne jest zastosowanie interwencji ukierunkowanych na opisane wcześniej trzy procesy. Dlatego za decydujące uznali: (1) zintegrowanie zdarzenia straty z istniejącym systemem wiedzy podmiotu, (2) zidentyfikowanie i zmianę dezadaptacyjnych wzorców myślenia oraz (3) zastąpienie nieadaptacyjnych strategii unikowych bardziej adaptacyjnymi.

Weryfikacja skuteczności protokołu terapeutycznego Boelena, van den Houta i van den Bouta

Autorzy protokołu w celu weryfikacji jego skuteczności w leczeniu przedłużonej reakcji żałoby przeprowadzili randomizowane badanie z grupą kontrolną (Boelen i wsp., 2007). Do badania kwalifikowano osoby, które doświadczyły straty bliskiej osoby na minimum dwa miesiące przed rozpoczęciem badania, uzyskały wynik nie mniejszy niż 25 punktów w skali ICG oraz spełniały kryteria diagnostyczne dla proponowanego konstruktu powikłanej żałoby (CG). Kryteriami wykluczenia było nadużywanie substancji psychoaktywnych, objawy psychotyczne, ciężka depresja z ryzykiem samobójczym oraz udział w równoległym procesie terapeutycznym. W sposób losowy przydzielono 54 osoby z rozpoznaniem PGD do jednego z trzech warunków: dwóch grup w których zastosowano procedury CBT ($n = 23$ i $n = 20$) oraz jednej grupy polegającej na zastosowaniu niedyrektywnego wsparcia psychologicznego ($n = 11$). Dwa warunki CBT składały się łącznie z dwunastu 45-minutowych sesji terapeutycznych. Sześć z nich obejmowało restrukturyzację poznawczą (CR) a sześć innych terapię ekspozycyjną (ET) zastosowaną w dwóch porządkach czasowych (CR+ET vs. ET+CR). Sesje CR skupione były na wyjaśnieniu znaczenia restrukturyzacji poznawczej oraz nauce identyfikacji, analizowania oraz zmieniania negatywnych przekonań. Sesje ET obejmowały opowiadanie o doświadczeniu straty ze szczegółami, identyfikację wewnętrznych i zewnętrznych bodźców przypominających o stracie, których pacjent unikał, oraz stopniową konfrontację z owymi bodźcami. Stosowano różne formy ekspozycji (ekspozycję in vivo, gdy pacjenci unikali konkretnych wspomnień, powstrzymanie reakcji, gdy pacjenci angażowali się w kompulsywne zachowania polegające na poszukiwaniu bliskości).

Wskaźnik utrzymania się terapii wynosił 70% i 80% w grupach CBT oraz 64% w grupie wsparcia psychologicznego. Wyniki pokazały, że symptomy PGD oraz inne symptomy psychopatologiczne obniżyły się znacząco u osób poddanych terapii CBT w porównaniu do tych poddanych wsparciu psychologicznemu. Użytkano siłę efektów dla różnicy między pre i post testem w *Inwentarzu powikłanej żałoby* na poziomie $d = 0,87$ dla warunku CR+ET oraz $d = 1,29$ dla warunku ET+CR w porównaniu z $d = 0,42$ dla wsparcia psychologicznego. W końcowych

analizach okazało się, że spadek objawów PGD był silnie związany z obniżeniem negatywnych przekonań oraz unikania. Mniej optymistycznym wynikiem badania był fakt, że tylko 32,6% pacjentów z grup eksperymentalnych uzyskało klinicznie znaczące obniżenie nasilenia objawów PGD.

Terapia przedłużonej reakcji żałoby według Katherine Shear (PGDT)

Katherine Shear wspólnie ze współpracownikami oparła swój protokół terapii przedłużonej żałoby na stworzonym przez siebie modelu biobehawioralnym (Shear i Shair, 2005). Biorąc pod uwagę to, że badany syndrom pojawia się w reakcji na śmierć kogoś bardzo bliskiego, skierowali uwagę na teorię przywiązania, aby zrozumieć jego korzenie. Uznali, że patologiczne objawy żałoby można rozumieć jako nadaktywację systemu przywiązania w reakcji na oddzielenie od ukochanej, bliskiej osoby. Odwołali się w tym miejscu do prac Bowlby'ego (1980), który twierdził, że stres związany z taką stratą zazwyczaj wywołuje reakcję obronną obejmującą typowe defensywne strategie radzenia sobie. Takie strategie są często pomocne w perspektywie krótkoterminowej, lecz stają się problematyczne, gdy zaczynają być utrwaloną, standardową reakcją. Bowlby opisał proces skutecznego radzenia sobie z żałobą jako wymagający akceptacji jej nieodwołalności oraz rewizji modelu przywiązania, redefinicji życiowych celów oraz planów. Dlatego zdaniem Shear kluczowa w terapii PGD jest adaptacja do straty, rozumiana przez autorów jako proces uczenia się, który jeśli zostanie zakończony, redukuje częstość, intensywność oraz czas trwania objawów żałoby. Ułatwia to zrozumienie i zintegrowanie konsekwencji straty oraz jej ostateczności w nowym wzorcu psychicznego funkcjonowania. Chociaż proces ten jest unikalny dla każdej osoby i każdej straty, proces adaptacji obejmuje generalnie akceptację realności straty oraz odbudowę dobrostanu psychicznego. Gdy adaptacja zostaje wypaczona, objawy żałoby pozostają silne i uporczywe.

Bazując na takim rozumieniu PGD, autorzy zaprojektowali terapię przedłużonej reakcji żałoby (*Prolonged Grief Disorder Therapy* – PGDT) jako ukierunkowaną na adaptację oraz radzenie sobie z czynnikami, które ją zniekształcają. Zbudowali ją na podstawie elementów protokołu przedłużonej ekspozycji Edny Foa stosowanego w terapii PTSD (Foa i in., 2020), włączając w nią codzienne monitorowanie objawów (monitorowanie żałoby), ekspozycje wyobrażeniowe (ponowne przeżywanie historii straty oraz wyobrażony dialog ze zmarłym) oraz ekspozycje in vivo (konfrontacja z sytuacjami przypominającymi stratę). Zoperacjonalizowali proces adaptacji w siedem kluczowych kroków, oraz zaplanowali protokół leczenia tak, aby sobie z nimi poradzić, co dało siedem głównych procedur i obszarów leczenia. Owymi krokami w adaptacji do straty są: (1) Zrozumienie żałoby, (2) Radzenie sobie z silnymi emocjami, (3) Dostrzeżenie obiecującej przyszłości, (4) Wzmacnianie relacji społecznych, (5) Opowiedzenie spójnej historii śmierci, (6) Nauka życia w obecności bodźców przypominających stratę, (7) Budowanie nowych połączeń w pamięci. Ustrukturalizowali je w 16 sesji integratywnych interwencji o zaplanowanej sekwencji i serii specyficznych procedur (Skritskaya i in., 2023).

Weryfikacja skuteczności protokołu terapeutycznego PGDT

Shear weryfikowała skuteczność swojego protokołu terapeutycznego przedłużonej reakcji żałoby jeszcze zanim włączono formalne kryteria diagnostyczne tego zaburzenia do klasyfikacji DSM oraz ICD. Pierwsze badanie (pilotażowe) objęło 21 uczestników (Shear i in., 2001). Zaklasyfikowano do niego osoby, których bliscy zmarli co najmniej 3 miesiące przed rozpoczęciem projektu badawczego oraz które uzyskiwały w ICG wyniki wyższe lub równe 25 punktom. Wyniki pokazały istotny spadek objawów mierzony skalą ICG, o co najmniej połowę w porównaniu z wynikami z pretestu. Badanie pilotażowe nie uwzględniało jednak grupy kontrolnej, dlatego następne przeprowadzono już w procedurze randomizowanego badania z grupą kontrolną. Objęło ono 95 pacjentów, których losowo przydzielono do warunków PGDT oraz psychoterapii interpersonalnej (IPT) obejmujących po 16 sesji terapeutycznych (Shear i in., 2005). Uwzględniono również pacjentów korzystających z farmakoterapii. Wyniki pokazały statystycznie istotną różnicę na korzyść PGDT, gdzie na terapię PGDT pozytywnie zareagowało prawie dwukrotnie więcej pacjentów niż na terapię IPT. Pacjenci poddani leczeniu farmakologicznemu z użyciem leków przeciwdepresyjnych wykazali marginalnie lepszą reakcję na leczenie, zarówno w warunkach CGT, jaki i IPT.

Drugie duże badanie w procedurze randomizowanego badania z grupą kontrolną (Shear i in., 2014) zostało przeprowadzone na starszych pacjentach (średnia wieku 66 lat). Przeprowadzono je w innym ośrodku, z udziałem innych terapeutów i na próbie średnio o 10 lat starszej niż w pierwszym badaniu. Zakwalifikowano pacjentów uzyskujących wyniki równe lub wyższe 30 punktom w ICG oraz przyznających w wywiadzie klinicznym, że żałoba jest ich głównym problemem. Wykluczono osoby z zaburzeniami psychicznymi w wywiadzie, nadużywające substancji, z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym I rodzaju, myślami samobójczymi wymagającymi hospitalizacji, uzyskującymi w teście Mini-Mental wyniki niższe niż 24 punkty, w toku rozpraw sądowych powiązanych ze śmiercią bliskiego oraz uczestniczących w innej formie psychoterapii. Ostatecznie 151 starszych pacjentów losowo przydzielono do warunków 16-sesyjnej terapii PGDT lub IPT. Procent zakończonych terapii był wysoki w obu grupach (odpowiednio 82% i 81%). Wyniki pokazały bardzo wyraźne różnice na korzyść PGDT (70,5% z klinicznie istotną poprawą) wobec IPT (32% z klinicznie istotną poprawą). W badaniu uwzględniono pacjentów korzystających z farmakoterapii, okazało się jednak, że nie wpłynęło to na efektywność terapii.

W trzecim badaniu wzięło udział 395 dorosłych osób z czterech różnych miast w USA (wcześniejsze badania prowadzone były w obrębie jednej aglomeracji), głównym celem było określenie skuteczności terapii PGDT łącznie lub bez farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi (Shear i in., 2016). Zakwalifikowano ponownie osoby, które w pierwszym pomiarze ICG uzyskiwały wynik 30 lub więcej. Wyniki dotyczące skutecznej odpowiedzi na terapię były następujące: grupa PGDT + placebo: 83%; grupa bez terapii + placebo: 55%; grupa PGDT + citalopram: 84%; grupa bez terapii + citalopram: 70%.

Terapia poznawczo-behawioralna powikłanej żałoby (CG-CBT) według Rosner, Pfoh i Kotoučovej

Ostatnim z prezentowanych w tym przeglądzie poznawczo-behawioralnych protokołów terapeutycznych opracowanych dla pacjentów cierpiących na przedłużoną reakcję żałoby jest protokół autorstwa Rity Rosner, Gabriele Pfoh oraz Michaeli Kotoučovej (Rosner i in., 2011) nazwany przez nie Terapią Poznawczo-Behawioralną Powikłanej Żałoby (CG-CBT).

Model poznawczo-behawioralny opracowany przez autorki obejmuje główne symptomy przedłużonej reakcji żałoby, tj. intensywnie odczuwaną tęsknotę i samotność, niemożność zaakceptowania faktu śmierci bliskiego, przytłaczający i wszechogarniający ból fizyczny i emocjonalny, jak również utratę tożsamości. Osoba w żałobie reaguje na te objawy albo unikaniem myślenia (unikanie poznawcze) o zmarłym lub wszelkich kojarzących się z nim sytuacji (unikanie behawioralne), albo nadmiernym zaabsorbowaniem osobą zmarłego. W krótkiej perspektywie czasowej prowadzi to do redukcji symptomów (mniejszej tęsknoty i samotności, zmniejszenia bólu, większej akceptacji nowej sytuacji). Jednakże w dłuższej perspektywie prowadzi do upośledzenia emocjonalnego, poznawczego oraz funkcjonalnego, które w rezultacie pełni funkcję bodźca przypominającego o stracie (bodziec wewnętrzny) i skutkuje poczuciem beznadziei i bezradności, co wtórnie wzmacnia objawy. Owo poczucie beznadziejności i bezradności uruchamiają również bodźce zewnętrzne, czyli wszystko to, co przypomina pacjentowi stratę bliskiego.

Proponowany protokół zawiera typowe elementy terapii poznawczej: psychoedukację, budowanie motywacji do zmiany, ekspozycję, poznawczą restrukturyzację oraz integrację wypracowanych treści poznawczych w nową całość. Celem autorek było dostarczenie efektywnej terapii powikłanej żałoby dla pacjentów z współwystępującymi zaburzeniami z I Osi według DSM-IV, u których zgodnie z ich wstępną analizą występuje duży odsetek rezygnacji z terapii (Rosner i in., 2011). Autorki zapożyczyły część technik z innych modeli terapeutycznych: terapii Gestalt, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, multigeneracyjnej terapii systemowej, określając charakter swojego protokołu jako integratywny. Przykładowo, aby uważnie straż i zwiększyć sojusz terapeutyczny, protokół zakłada korzystanie z genogramów. Genogramy zostały dodane do protokołu po fazie pilotażowej, kiedy autorki zorientowały się, że niektórzy pacjenci potrzebują reprezentacji tego, w jaki sposób ich rodzina przekazuje tradycję żałoby następnym pokoleniom. Zdaniem autorek protokołu wiedza o przekazie rodzinnym w tym obszarze służy nie tylko budowaniu zaufania do leczenia, ale także wzbogaca psychoedukację.

Protokół terapeutyczny został zaplanowany na 20 sesji, które podzielone są na trzy części: (1) sojusz terapeutyczny, stabilizacja, eksploracja i motywacja; (2) ekspozycja i restrukturyzacja poznawcza; (3) integracja i transformacja. Z pominięciem sesji pierwszej, każda kolejna zaczyna się od pytania: „Co się zmieniło?”. Kontrakt terapeutyczny jest ukierunkowany na oczekiwanie zmiany u pacjenta. Jednocześnie, to powtarzające się pytanie buduje strukturę kolejnych sesji.

Weryfikacja skuteczności protokołu terapeutycznego CG-CBT

Niedługo po opublikowaniu samego protokołu terapeutycznego autorki przeprowadziły weryfikację jego skuteczności w procedurze randomizowanych prób klinicznych z grupą kontrolną (Rosner i in., 2014). Rekrutując pacjentów do badania zastosowano metodę losowania warstwowego, uwzględniającą dwie ważne zmienne: rodzaj relacji ze zmarłą osobą (dziecko lub inna forma pokrewieństwa) oraz rodzaj śmierci: naturalna vs niespodziewana (nienaturalna). Do projektu zakwalifikowano osoby, które ukończyły 18 rok życia oraz spełniały kryteria diagnostyczne PGD. Kryteriami wykluczenia z badania była ostra psychoza, nadużywanie substancji, ryzyko samobójcze, niestabilny wzorzec stosowania farmakoterapii oraz jednocześnie uczestniczenie w innej psychoterapii. Warunkiem kontrolnym była lista oczekujących na terapię, czas oczekiwania wynosił cztery miesiące lub więcej. Ostatecznie do badania zakwalifikowano 51 osób, 24 osoby przydzielono losowo do warunku terapeutycznego, 27 do warunku kontrolnego (listy oczekujących). Ogromna większość pacjentów (86%) spełniała również kryterium co najmniej jednego dodatkowego zaburzenia oprócz PGD (w ciągu ostatnich 12 miesięcy). Tymi zaburzeniami były: depresja, PTSD, GAD, zaburzenie paniczne, zaburzenia pod postacią somatyczną. Miarą objawów PGD były wyniki wywiadu ustrukturalizowanego PG-13 mierzącego 11 symptomów PGD. Mierzono również ogólną poprawę w odniesieniu do różnych objawów psychopatologicznych za pomocą SCL-90-R oraz GSI (*Global Severity Index*) oraz objawy zaburzeń współwystępujących za pomocą skomputeryzowanego ustrukturalizowanego wywiadu dla DSM-IV.

Pięciu pacjentów z grupy CG-CBT wypadło podczas terapii – nie zidentyfikowano jednak zmiennej, która różnicowałaby tych, których ukończyli terapię od tych, którzy z niej wypadli. Analiza kowariancji (wartość z pretestu jako kowariant) uwzględniająca również tych pacjentów, którzy wypadli z terapii (analiza *intent to treat* – ITT) pokazała silny efekt CG-CBT w porównaniu do grupy kontrolnej (grupy osób oczekujących na leczenie) w oparciu o główną miarę objawów PGD czyli wywiad PG-13 (siła efektu $d = 1,32$). Dla osób, które utrzymały się w terapii siła efektu wyniosła $d = 1,61$. Silne efekty ujawniło również porównanie pretestów z posttestami ($d = 1,26$) w grupie CG-CBT, podczas gdy w grupie kontrolnej różnice nie były istotne statystycznie. Miary ogólnych objawów psychopatologicznych nie dały już tak silnych efektów. Dla SCL-90-R ogólny poziom dobrostanu wzrósł w sposób istotny $d = 0,64$, natomiast analogicznego wzrostu nie zaobserwowano w grupie kontrolnej. Z kolei analiza kowariancji nie pokazała istotnych różnic międzygrupowych. Zaobserwowana poprawa dotyczyła głównie objawów depresji oraz somatyzacji.

Biorąc pod uwagę miarę skuteczności terapii, jaką jest poprawa stanu klinicznego, 42% osób z grupy CG-CBT można było uznać za wyleczone z symptomów PGD (nie spełniały już kryteriów diagnostycznych), a jeśli uwzględniono kryterium klinicznie istotnej zmiany, u 53% uczestników nastąpiło znaczące obniżenie występowania symptomów.

Po zakończeniu pierwszego badania osoby z grupy kontrolnej (lista oczekujących) poddane zostały terapii z wykorzystaniem protokołu CG-CBT, a następnie

po 1,5 roku od rozpoczęcia pierwszego badania pacjenci z obu grup (pierwotnej grupy eksperymentalnej oraz pierwotnej grupy kontrolnej, którą poddano potem odroczonej terapii z użyciem tego samego protokołu) zostali przebadani pod kątem symptomów przedłużonej reakcji żałoby, co pozwoliło określić trwałość efektów terapii protokołem CG-CBT (Rosner i in., 2015). W grupie „odroczonej” również uzyskano istotny spadek objawów PGD między momentem pretestu i posttestu, lecz siła efektu była nieco słabsza ($d = 0,80$ dla analizy ITT, $d = 1,30$ dla osób, które ukończyły terapię) niż dla pierwotnej grupy eksperymentalnej. Po 1,5 roku od rozpoczęcia projektu (dla pierwotnej grupy eksperymentalnej oznaczało to, że minął ponad rok od zakończenia terapii, dla grupy „odroczonej” że minęło minimum 8 miesięcy), 76% uczestników utrzymało rezultaty terapii zmierzone bezpośrednio po jej zakończeniu. U dwóch osób nastąpił nawrót objawów, ale u sześciu innych zaobserwowano istotny spadek objawów w stosunku do posttestu (stanu bezpośrednio po zakończeniu terapii).

Dyskusja

Wszystkie trzy omówione protokoły terapeutyczne bazowały na opracowanym przez ich autorów modelu poznawczo-behawioralnym przedłużonej reakcji żałoby. Pomimo różnego aparatu pojęciowego oraz mniejszego lub większego rozbudowania modeli pod względem elementów składowych, wszystkie trzy są do siebie zbliżone pod względem koncepcyjnym. Dwa z nich źródło nieadaptacyjnej, przedłużonej żałoby wywodzą wprost z braku zintegrowania doświadczenia straty ukochanego bliskiego z systemem poznawczo-emocjonalnym pacjenta. Boelen podkreśla problem braku aktualizacji schematu Ja pacjenta oraz reprezentacji poznawczej relacji pacjenta z jego bliskim o fakt jego nieodwołalnej śmierci. Shear, mimo odwołania się do mniej poznawczych źródeł swojego modelu (teoria przywiązania Bowlby’ego), ów brak adaptacji do faktu śmierci bliskiego rozumie jako brak rewizji modelu przywiązania pacjenta oraz brak redefinicji życiowych celów i planów, co skutkuje dysfunkcjonalną nadaktywacją systemu przywiązania. Rosner z kolei, źródeł przedłużonej reakcji żałoby upatruje we wzorcu reakcji pacjenta na samo doświadczenie straty. Jej zdaniem to właśnie zachowania unikowe z jednej strony, lub nadmierne zaabsorbowanie zmarłym z drugiej strony, doprowadzają do upośledzenia funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego oraz społecznego, a jednocześnie uniemożliwiają zaakceptowanie faktu śmierci bliskiej osoby i podjęcie wysiłku odbudowania swojego życia w nowej rzeczywistości. We wszystkich trzech protokołach ich autorzy za kluczowe w podtrzymywaniu objawów przedłużonej reakcji żałoby uznali dysfunkcjonalne przekonania i interpretacje oraz poznawcze i behawioralne unikanie.

W tym kontekście nie będzie zaskakujące, że w każdym z omówionych protokołów podstawowymi interwencjami terapeutycznymi są ekspozycje. Są to przede wszystkim ekspozycje wyobrażeniowe dotyczące okoliczności śmierci ukochanego bliskiego oraz przeżywania przez pacjenta straty, szczególnie w pierwszych godzinach i dniach po skonfrontowaniu się z wiadomością o śmierci.

Towarzyszą im również ekspozycje in vivo dotyczące bieżących sytuacji, osób i miejsc kojarzonych z osobą zmarłego (protokoły Boelena i Shear). Bardzo charakterystyczną formą ekspozycji występującą w protokołach Shear i Rosner jest wyobrażona rozmowa ze zmarłym w obecności terapeuty, uważana przez nie wręcz za finalną i najważniejszą interwencję całego protokołu. Pewną formą tej ekspozycji w protokole Boelena jest napisanie listu do ukochanego zmarłego. Stanowi ona element pracy własnej pacjenta, a autorzy protokołu nie traktują jej jako kluczowego elementu terapii. Wszystkie trzy protokoły zawierają również element psychoedukacji na temat żałoby oraz modelu przedłużonej reakcji żałoby, elementy aktywizacji behawioralnej oraz restrukturyzację poznawczą. Różnią się one jednak co do tego, jak dużą wagę twórcy przykładają do restrukturyzacji poznawczej oraz do tego, na jakiego rodzaju treści poznawcze jest ona ukierunkowana przede wszystkim. Najbardziej rozbudowane procedury restrukturyzacji poznawczej zawarte zostały w protokole Boelena i dotyczą one uogólnionych negatywnych przekonań na temat Ja, przyszłości, sensu życia oraz katastroficznych interpretacji przejawianych reakcji żałoby. Dużą część protokołu Boelena stanowią również eksperymenty behawioralne bazujące na wypracowanych alternatywnych interpretacjach i obejmują one również powstrzymywanie reakcji (np. ograniczenie wizyt na cmentarzu). W protokole Rosner restrukturyzacja poznawcza ukierunkowana jest głównie na wyeliminowanie nadinterpretacji pacjenta związanych z okolicznościami śmierci bliskiej osoby.

Ogólnie protokół Boelena złożony jest ze standardowych interwencji poznawczo-behawioralnych (restrukturyzacja poznawcza, ekspozycje, eksperymenty behawioralne, aktywizacja behawioralna) zaadaptowanych do specyfiki przedłużonej reakcji żałoby. Ma on również najwięcej wspólnych elementów z protokołem przedłużonej ekspozycji w terapii PTSD (Foa i in., 2020). Obejmują one przede wszystkim techniki ekspozycyjne: ekspozycję wyobrażeniową oraz ekspozycję in vivo. Oba rodzaje ekspozycji występują również w protokołach Shear i Rosner (np. w protokole Rosner ekspozycja wyobrażeniowa skupiona jest na najtrudniejszych wspomnieniach związanych ze zmarłą osobą – tzw. *hot spotach*). Jednocześnie, protokoły Shear i Rosner mają z kolei bardziej integracyjny charakter niż protokół Boelena, wykorzystując elementy dialogu motywującego, terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach, terapii systemowej oraz terapii Gestalt. Są również w większym stopniu nasycone różnorodnymi interwencjami, takimi jak udział bliskiej osoby w sesji, praca nad celami osobistymi czy praca ze wspomnieniami i zdjęciami w protokole Shear oraz tworzeniem procedury bezpieczeństwa, treningiem rozwiązywania problemów, genogramami i psychodramą w protokole Rosner. Efekt jest taki, że protokół Boelena jest bardziej spójny teoretycznie i wewnętrznie zintegrowany, natomiast protokoły Shear i Rosner są mniej spójne wewnętrznie, wręcz eklektyczne (szczególnie protokół Rosner), chociaż ich zaletą jest bardziej doświadczeniowy charakter i większe dostosowanie do specyfiki problemów pacjentów cierpiących na przedłużoną reakcję żałoby (np. redefinicja ról życiowych w protokole Rosner). Zestawienie głównych elementów składowych omawianych protokołów oraz wykorzystanych technik terapeutycznych znajduje się w tabeli 1 (s. 88).

Tabela 1

Porównanie podstawowych elementów składowych poznawczo-behawioralnych protokołów terapeutycznych przedłużonej reakcji żałoby dla pacjentów ambulatoryjnych

Protokół terapeutyczny	Liczba sesji	Główne elementy terapii	Wykorzystane techniki terapeutyczne
Poznawczo behawioralny protokół autorstwa Boelena, van den Houta i van den Bouta (2013)	12	(1) Poznawczo-emocjonalne przetworzenie zdarzenia straty i zintegrowanie go z systemem poznawczym pacjenta. (2) Identyfikacja i zmiana dezadaptacyjnych wzorców myślenia. (3) Redukcja lękowego i depresyjnego unikania.	– ekspozycja wyobrażeniowa; – ekspozycja in vivo; – ekspozycja z powstrzymaniem reakcji; – restrukturyzacja poznawcza; – eksperymenty behawioralne; – aktywizacja behawioralna; – praca własna: zadania pisemne (pisanie listów, tabela myśli automatycznych);
Terapia przedłużonej reakcji żałoby (PGDT) Shear i współpracowników (Skritskaya i in., 2023)	16	(1) Zrozumienie żałoby. (2) Radzenie sobie z silnymi emocjami. (3) Dostrzeżenie obiecującej przyszłości. (4) Wzmocnienie relacji społecznych. (5) Opowiedzenie spójnej historii śmierci. (6) Nauka życia w obecności bodźców przypominających stratę. (7) Budowanie nowych połączeń w pamięci.	– psychoedukacja; – ekspozycja wyobrażeniowa; – ekspozycja in vivo; – aktywizacja behawioralna; – techniki doświadczeniowe (sesja z udziałem bliskiej osoby pacjenta, praca z fotografiami, wyobrażona rozmowa za zmarłym); – praca własna: monitorowanie objawów żałoby, kwestionariusz wspomnień o bliskim zmarłym;
Terapia poznawczo-behawioralna powiklanej żałoby (OG-CBT) według Rosner, Pfoh i Kottoučovej (2011)	20	(1) Sojusz terapeutyczny, stabilizacja, eksploracja i motywacja. (2) Ekspozycja i restrukturyzacja poznawcza – restrukturyzacja poznawcza i konfrontacja z dysfunkcjonalnymi myślami; – doświadczanie sytuacji: ekspozycja – pogodzenie się: uzyskanie przebaczenia. (3) Integracja i transformacja.	– psychoedukacja; – procedura bezpieczeństwa; – trening rozwiązywania problemów; – ekspozycja wyobrażeniowa; – restrukturyzacja poznawcza; – techniki relaksacyjne; – techniki doświadczeniowe; (wyobrażeniowe uzyskanie przebaczenia) – genogram; – praca własna: formularze, pisanie listów, relaksacja.

Wszystkie trzy opisane protokoły terapeutyczne zostały poddane procedurze empirycznej weryfikacji skuteczności. Skuteczność każdej z nich była testowana w badaniach eksperymentalnych w procedurze grup randomizowanych z grupą kontrolną (RCT), uzyskując satysfakcjonujące miary siły efektów (różnice między grupami klinicznymi a kontrolnymi), wskaźniki klinicznie znaczącego obniżenia objawów oraz wskaźniki utrzymania się w terapii. Jednocześnie procedury weryfikacji skuteczności nie są porównywalne pomiędzy poszczególnymi badaniami. Przykładowo, grupy kontrolne dla poszczególnych badań nie były takie same. W badaniach Boelena w grupie kontrolnej stosowano niedyrektywne wsparcie psychologiczne (Boelen i in., 2007), w badaniach Shear stosowano terapię interpersonalną (Shear i in., 2005), z kolei grupa kontrolna w badaniach Rosner pozbawiona była oddziaływania psychologicznego i obejmowała grupę oczekujących na terapię (Rosner i in., 2014). Różnice dotyczyły również statystycznych procedur będących podstawą szacowania skuteczności (procedura test-retest vs. porównania międzygrupowe, analizy stworzone na podstawie danych interwałowych np. analiza kowariancji vs analizy bazujące na danych nominalnych np. analizy przeżycia). Podsumowując, autorzy wszystkich trzech protokołów mogą pochwalić się wynikami badań świadczącymi o ich skuteczności, jednakże na obecny moment bez przeprowadzenia systematycznej metaanalizy nie jest możliwe rzetelne porównanie ich pod tym względem.

Bibliografia

- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 109–128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- 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, 277–284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277>
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., van den Bout, J. (2013). Prolonged Grief Disorder. Cognitive-behavioral theory and therapy. W: M. Stroebe, H. Schut, J. van den Bout (red.), *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals* (s. 221–234). Routledge.
- Boelen, P. A., Prigerson, H. D. (2013). Prolonged grief disorder as a new diagnostic category in DSM-5. W: M. Stroebe, H. Schut, J. van den Bout (red.), *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals* (s. 85–98). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203105115>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (t. III). Basic Books.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1332–1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>

- Ehlers, A., Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., Kimet, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. (2020). *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD. Emocjonalne przetwarzanie traumatycznych doświadczeń. Podręcznik terapeutyczny*. GWP.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260–273. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00004>
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904–910. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.904>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Ludwikowska-Świeboda, K., Lachowska, B. (2019). Polska wersja Inwentarza Żałoby Powiklanej – wstępna walidacja. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1069–1086. <https://doi.org/10.12740/PP/91729>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C., Ehler, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder and depressive disorders in old age: Findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.07.002>
- Prigerson, H. G., Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. W: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., Schut, H. (red.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (s. 613–647). APA Press. <https://doi.org/10.1037/10436-000>
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Rosner, R., Pföh, G., Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995>

- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 167, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Rosner, R., Bartl, H., Pfoh, G., Kotoučová, M., Hagl, M. (2015). Efficacy of integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 183, 106–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.051>
- Shear, K., Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267. <https://doi.org/10.1002/dev.20091>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorsack, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D., Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, Ch., Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1287–1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, Ch., Duan, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685–694. <https://doi.org/10.1001/jama.psychiatry.2016.0892>
- Skritskaya, N., Charney, M., Simon, N. M., Shear, M. K. (2023). Treatment of prolonged grief disorder. W: C. F. Reynolds, S. J. Cozza, P. K. Maciejewski, H. G. Prigerson, M. K. Shear, N. M. Simon, S. Zisook (red.), *Grief and Prolonged Grief Disorder* (s. 141–177). APA Publishing.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429–453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>