

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ
кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії

“Психічні розлади при втраті та горюванні. Актуальність для сьогодення України”

ВИЗНАЧЕННЯ ТА ЗМІСТ ПОНЯТТЯ ПРГ, ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

- **ПРОЛОНГОВАНИЙ РОЗЛАД ГОРЯ (ПРГ)** — НОВА НОЗОЛОГІЧНА ОДИНИЦЯ, ЯКА УВІЙШЛА ДО ОСТАННІХ ВИДАНЬ МКХ-11 ТА DSM-5-TR.

Діагностичні критерії ПРГ за МКХ-11 : наявність тяжкої втрати (смерті значимої близької людини), постійна та всеосяжна реакція горя, що характеризується смутком за померлим або постійною сконцентрованою на ньому та супроводжується сильним емоційним болем. ПРГ може проявлятися переживанням суму, провини, гніву, заперечення, звинувачення, важкістю прийняття смерті, відчуттям втрати частини себе, неспроможністю відчувати позитивні емоції, а також емоційним заціпенінням та проблемами у спілкуванні з іншими, важкістю переключення на нові заняття

(G.M. Reed, M.B. First, J. Billieux, S.W. Kraus, R.A. Bryant, 2022)

Мета горювання - опрацювання та інтеграція травматичного досвіду в історію життя індивіда. Прояви ПРГ подібні до проявів неускладненого процесу горювання, проте вони більш виражені, триваліші та дестабілізуючі, пов'язані з дезадаптацією та неможливістю повернутися до нормального функціонування.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

- БІЛЬШІСТЬ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВТРАТУ, АДАПТУЮТЬСЯ ДО НОВИХ УМОВ ЖИТТЯ, ОДНАК **ДЛЯ 10% ОСІБ З ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ ЗДОРОВЕ ГОРЮВАННЯ ТРАНСФОРМУЄТЬСЯ У ПАТОЛОГІЧНЕ** (M. LUNDORFF, H. HOLMGREN, R. ZACHARIAE, I. FARVER-VESTERGAARD, M. O'CONNOR, 2017).

- КРИТЕРІЙ ЧАСУ:**

всеохоплююча реакція горя *зберігається протягом нетипово тривалого періоду часу після втрати, *помітно перевищує очікувані соціальні, культуральні або релігійні норми, *значно порушує особисте, сімейне, освітнє чи професійне функціонування та триває

за МКХ-11 - більше 6 міс.

за DSM-5-TR - більше 12 міс.

ФАКТОРИ РИЗИКУ

До **факторів ризику розвитку ПРГ** належать ***інтенсивність симптомів раннього горювання, *наявність вираженого депресивного та тривожного дистресу** (F.-H. Wen, W.-C. Chou, C.-C. Huang, L.-P. Chuang, S.T. Tang, 2022), ***втрата дитини або партнера, *раптовість та неочікуваність втрати пов'язані з вираженістю симптомів горювання** (B.K. Doering, A. Barke, A. Vogel, H. Comtesse, R. Rosner, 2022)

На процес горювання впливає ***підтримка соціуму** як у межах медичного закладу, де відбулася смерть близької людини, так і поза ним. Не завжди медичні працівники володіли достатнім рівнем навичок та можливістю надати потрібний об'єм допомоги горюючим після втрати близької людини (E. Takeuchi, M. Kato, T. Akechi, 2022).
Особи з ПРГ також відчують на собі **стигматизацію**, що обумовлена дискомфортом споглядаючих горювання та бажанням дистанціюватися (H. Dennis, M.C. Eisma, L.J.Breen, 2022).

що набуває особливого значення у контексті війни в Україні та пандемії COVID-19, що триває в світі (S.Kapoor, J. Thakkar, 2022).

ФАКТОРИ РИЗИКУ, КОМОРБІДНІСТЬ, НАСЛІДКИ

Наявність проблем з ментальним здоров'ям до перенесеної втрати (тривожні, депресивні розлади, розлади, пов'язані з травмою) підвищує ризик переходу нормального горювання у

патологічне (M.K. Nielsen, M.A. Neergaard, A.B. Jensen, 2017; M.K. Lenger, M.A. Neergaard, M.B. Guldin, 2020; C. Heeke, C. Kampisiou, H. Niemeyer, 2019).

Поширеність коморбідності сформованого ПРГ з психічними розладами сягає 75% (з депресією — 55%, посттравматичним стресовим розладом — 48%, тривожними розладами — 62%) (N.M. Simon, K.M. Shear, E.H. Thorpe, 2007).

Тривале горювання пов'язане з наявністю суїцидальних ідецій та ризиком суїцидальної поведінки (A.E. Latham, H.G. Prigerson, 2004) навіть при контролі депресії та посттравматичного стресового розладу, з вживанням психоактивних речовин та порушенням соматичного здоров'я (L. Marques, E. Bui, N. LeBlanc, 2013), порушеннями сну (M. Lancel, M. Stroebe, M.C. Eisma, 2020).

ПРГ пов'язаний з негативними наслідками, що підвищують рівень смертності від багатьох причин

СЬОГОДЕННЯ УКРАЇНИ: ПАНДЕМІЯ ТА ВІЙНА

Пандемія COVID-19 також робить внесок у розвиток патологічного горя: особи, які втратили рідних через коронавірусну хворобу мають більш виражені симптоми горювання, порівняно з більш очікуваними втратами у той самий період (M.C. Eisma, A. Tamminga, G.E. Smid, 2021), збільшення розповсюдженості психічних розладів за час пандемії (у тому числі й ПРГ) дослідники назвали «другою хвилею пандемії» (N.M. Simon, G.N. Saxe, C.R. Marmar, 2020).

Війна супроводжується значною кількістю неочікуваних втрат за особливо жорстоких обставин, одночасною дією багатьох факторів, що можуть спричинити дистрес та які пов'язані безпосередньо з питанням виживання, що може виступати додатковим травматичним компонентом.

За результатом досліджень, проведених щодо впливу втрат в ході війни у Косово на психічне здоров'я родичів загиблих, виявлено відтерміновані наслідки психічного неблагополуччя у формі тривожних розладів, великого депресивного розладу, посттравматичного стресового розладу, зниження оцінки якості життя, порівняно з особами, що у цей час переживали втрату, не пов'язану з контекстом війни (N. Morina, K. RESCHKE, S.G. Hofmann, 2011)

ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА СУПРОВОДУ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ВТРАТУ

Не дивлячись на включення патологічного горя до МКХ-11 та DSM-5-TR як ПРГ, продовжується дискусія щодо вичерпної діагностики та точного розпізнавання процесу нормального горювання, власне ПРГ та коморбідних станів, таких як депресія та посттравматичний стресовий розлад (S.J. Cozza, M.K. Shear, C.F. Reynolds, J.E. Fisher, J. Zhou, A. Maercker, 2020).

Ефективним **діагностичним інструментом** моніторингу інтенсивності проявів горювання, що дозволяє виявити ПРГ відповідно до критеріїв як МКХ-11 так і DSM-5-TR є шкала **TGI-SR+** (L.I.M. Lenfernik, M.C.Eisma, G.E.Smid, J.de Keiser, P.A. Boelen 2022), яка вже валідизована у Туреччині (S. Baş, Ö Yüksel, S. Ülbe, D. Güngör, 2020), Канаді та Франції (J. Cherblanc, C. Gagnon, I. Côté, C. Bergeron-Leclerc, S. Cadell, G. Gauthier, P.A. Boelen, 2022). Валідизації в Україні дана шкала не проходила.

Особи, які переживають неускладнене горювання та мають достатню соціальну підтримку не потребуватимуть психотерапевтичної підтримки або фармакотерапії. КПТ була ефективною у роботі з патологічним горюванням, знижуючи інтенсивність травматичних симптомів, супутніх депресивних симптомів, порушень сну. Антидепресанти були ефективними щодо депресивних симптомів, але не впливали на інтенсивність симптомів горювання (K. L. Szuhany, M. Malgaroli, C.D. Miron, N.M. Simon, 2021)

Для визначення оптимальних **стратегій допомоги** необхідно чітко розуміти об'єм та зміст надання медичної та психологічної допомоги на різних етапах, а особливо — на етапах раннього горювання для попередження розвитку ускладнень (P.A.Boelen, L.I.M. Lenfernik, 2022). Так особи, які *переживають неускладнене горювання, особи, які втратили близьку людину менше року тому, але *знаходяться в групі ризику розвитку ПРГ, або *мають коморбідні психічні розлади, особи, що *вже сформували ПРГ з супутніми психічними розладами або *без них потребуватимуть різного об'єму допомоги, що буде надаватися різними спеціалістами

ВИСНОВКИ

ВРАХОВУЮЧИ ПОТОЧНУ СИТУАЦІЮ ТРИВАЮЧОЇ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВІЙНИ В УКРАЇНІ, ЯКА СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ВЕЛИКОЮ КІЛЬКІСТЮ ВТРАТ ТА СУПУТНІХ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ, ПОСТАЄ ПИТАННЯ ТОЧНОЇ ТА СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ НОРМАЛЬНОГО ТА ПАТОЛОГІЧНОГО ГОРЮВАННЯ ТА СУПУТНІХ СИМПТОМІВ МЕНТАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ.

ПРОГНОЗОВАНИМИ НАПРЯМИ РОБОТИ МОЖУТЬ БУТИ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ УКРАЇНЦЯМИ У ПОТОЧНІЙ СИТУАЦІЇ, ВИРОБЛЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ (ВАЛІДІЗАЦІЯ ШКАЛ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ З УКРАЇНОМОВНИМИ ПАЦІЄНТАМИ), ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО ГОРЮВАННЯ ДЛЯ НАДАННЯ СВОЄЧАСНОЇ ДОПОМОГИ НА РАННІХ ЕТАПАХ ГОРЮВАННЯ, РОЗРОБЛЕННЯ АЛГОРИТМУ ДІАГНОСТИКИ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ВТРАТУ, НА РІЗНИХ ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.