

Данная информация носит ознакомительный характер, основана на прямом цитировании официальных источников и анализе автора.

Начнем с терминологии:

Тяжелая утрата — это ситуация, в которой умирает близкий человек (а не реакция на эту потерю).

Горе является естественной реакцией на утрату и включает в себя мысли, чувства, поведение и физиологические реакции. Хотя горе может возникнуть в ответ на другие значимые потери, не связанные с тяжелой утратой (например, потеря работы, развод или миграция), в этой теме основное внимание уделяется горю в ответ на смерть близкого человека.

НЕТ УНИФИЦИРОВАННОГО СПОСОБА ГОРЕВАТЬ. В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ, У КАЖДОГО ИНДИВИДА СВОЙ СПОСОБ, СВОИ СРОКИ И СВОЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ.

Происходит процесс адаптации и интеграции горя. **Сам процесс хаотичен, у него нет стадийности, однако известны сроки, обычно занимаемые 6-12 месяцев.** За этот период при типичном течении происходит адаптация и интеграция.

Траур — это процесс адаптации к утрате и интеграции горя. Адаптация влечет за собой принятие окончательности и последствий утраты и изменения отношений с умершим, восстановление способности к процветанию и переосмысление будущего с возможностью счастья и смысла в мире без умершего.

Расстройство длительного горя — это необычно затяжная, интенсивная и инвалидизирующая форма горя. Расстройство характеризуется неадаптивными мыслями, дисфункциональным поведением, нерегулируемыми эмоциями и/или серьезными психосоциальными проблемами, которые препятствуют адаптации к утрате. Синдром длительного горя — уникальное и узнаваемое состояние, которое можно отличить от других психических расстройств.

Расстройство длительного горя включено в 11-ю редакцию Международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (МКБ-11) и в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации, пятое издание (DSM-5-TR).

Исследования подтверждают, что риск развития расстройства длительного горя повышается в зависимости от того КАК умер близкий человек. Если смерть была ожидаема и произошла естественным путем — человек испытывает так называемое предвкушение горя, подготовку и мог заранее представлять себе смерть и организацию жизни без близкого. Насильственная смерть, внезапная смерть, суицид, потеря родителями детей, потеря супруга — данные события повышают риск развития расстройства длительного горя, а также развития иных расстройств (ПТСР, большое депрессивное расстройство и др).

При потере близкого повышается риск (риск умеренный или небольшой), декомпенсации имеющихся расстройств как соматического так психического профиля, повышается риск самоубийства или смерти от декомпенсации заболеваний. Основными причинами смертности после супружеской утраты являются сердечно-сосудистые заболевания и рак. Смертность от всех причин была выше у родителей, потерявших близких, через 9–18 лет после потери по сравнению с родителями, чьи дети были живы.

Факторы, влияющие на повышенную смертность скорбящих, включают психологический стресс, одиночество, потерю доверенного лица, злоупотребление психоактивными веществами, изменения в социальных отношениях и условиях жизни, а также экономические трудности. Другое возможное объяснение состоит в том, что скорбящие с меньшей вероятностью обращаются за помощью по поводу медицинских проблем. Между количеством неожиданных

смертей, которые переживает человек, и количеством последующих психических расстройств, которыми он страдает, может существовать зависимость «доза-реакция». Сами психические расстройства, которые развиваются, поддаются лечению в такой же степени, что у лиц, не испытывающих траур.

Типичное острое горе НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ. Оно характеризуется интенсивным сосредоточением на мыслях и воспоминаниях об умершем человеке, сопровождающееся грустью и тоской.

При этом, данное сосредоточение сменяется периодами «оттепели», когда мысли, чувства и воспоминания ослабевают на некоторое время и появляется даже «пространство» для иных мыслей и чувств, В ТОМ ЧИСЛЕ РАДОСТНЫХ. Данная «оттепель» предсказывает лучшее течение процесса адаптации и интеграции горя.

Типичные симптомы острого горя:

1. Симптомы дистресса разлуки

- Тоска по умершему и стремление к близости к нему
- Одиночество
- Грусть, плач, вина, стыд, тревога и гнев при столкновении с напоминаниями о потере
- Нарушение аппетита и сна, а также соматические симптомы, такие как учащенное сердцебиение и головокружение
- Настойчивые мысли и воспоминания о потерянном человеке, иногда включая галлюцинации.
- Чувство влечения к вещам, связанным с умершим
- Социальная замкнутость и отсутствие интереса к другим людям и деятельности, не связанной с умершим
- Замешательство относительно своей личности и чувство потерянности или неуверенности без умершего

2. Симптомы травмы/реакции на стресс

- Неверие и трудности с принятием потери
- Шок
- Онемение
- Нарушение внимания, концентрации или памяти.

НАИБОЛЕЕ ТРУДНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ТИПИЧНОГО ГОРЯ:

ДЕПРЕССИЯ

Ожидаемо и предсказуемо, что острое типичное горе повышает риски развития депрессивного эпизода и декомпенсации уже имеющейся депрессии. Перед клиницистом появляется очень непростая задача найти критерии наличия депрессии в условиях развивающегося острого горя, симптомы которого максимально похожи на депрессию. Нам важно уметь это делать с целью определения НУЖНА ЛИ НАША ПОМОЩЬ данному человеку. В том числе крайне важно при любых указаниях на суицидальные мысли оценить суицидальный риск по всем правилам.

Критерии депрессивного эпизода при остром горе совершенно те же, что и были (МКБ-10,11, DSM5). Ключевые критериальные отличия:

- при остром горе симптомы тоски направлены на потерю и мысли о ней, сами чувства характеризуются «оттепелью», волнообразным течением, тогда как чувства при депрессии носят всеобъемлющий характер, они направлены на жизнь в целом, в БОльшей степени эмоции грусти/печали/пустоты, нежели именно тоски
- чувство вины при горе связано с явлением потери, характером этой потери (человек мучается вопросами предотвращения, своей роли в этом событии), тогда как при депрессии чувство вины во многом выводимо из самооценки, идей собственной никчемности и несостоятельности
- суицидальные мысли при потере направлены и выводимы из потери, а не из чувства пустоты, грусти и бессмысленности как при депрессии
- потеря интересов, удовольствия и перспектив в будущем при депрессии носят своего рода беспросветный характер, тогда как при остром горе человек мучается мыслями о том, что «вернув все назад» он снова был бы счастлив
- расстройства сна при потере связаны с мыслями о потере, о том, как жить дальше теперь, что теперь делать, тогда как при депрессии расстройства сна возникают как бы «сами из себя», не сопровождаясь мучительными мыслями

ПТСР

И при ПТСР и при остром горе могут быть навязчивые мысли, эмоциональная дисрегуляция, избегающее поведение. Ключевым отличием будет то, что симптомы ПТСР это вторжение предыдущего травмирующего опыта в сознание и следующее из этого чувство опасности, человек будет испытывать страх, а не тоску и желание «вернуть». Сновидения при ПТСР носят кошмарный характер, повторяющий травмирующие события и опять же провоцирующий чувства ужаса, страха, возвращения назад. ПТСР и острое горе могут быть совместны в том случае, когда, например, утрата была стихийного характера и сопровождалась катастрофой, аварией, насилием.

Расстройство длительного горя

Про данное расстройство я буду писать отдельно. Длительное расстройство горя характеризуется неадаптивными мыслями, чрезмерным избеганием напоминаний о смерти, чрезмерными нерегулируемыми эмоциями и дисфункциональным поведением, которое не возникает как часть острого типичного горя. Кроме того, интенсивные, инвалидизирующие симптомы длительного расстройства горя сохраняются в течение как минимум 12 месяцев после смерти.

Как может помочь врач-психиатр?

Поскольку острое типичное горе не является психическим расстройством, оно не требует лечения.

Но, врач может оказать ПОДДЕРЖКУ разъяснив, что такое утрата и траур, помочь сориентировать лицо на принятие поддержки от близких лиц, которые готовы ее оказать и оказывают. Люди зачастую обращаются к врачу, потому что те эмоции, которые они испытывают, а также когнитивные трудности, пугают их и заставляют думать, что с ними что-то не так и они больны, что есть какое-то унифицированное горе, а они вроде как ему не соответствуют. Здесь, как я и писала выше, достаточно активного слушания и объяснения, чтобы страдающий человек был ознакомлен со своим состоянием и понимал его границы, особенно был ознакомлен с тем, что у горя нет универсального течения, и то КАК именно он испытывает горе – именно так пусть и испытывает, а

также о конечности острой боли. Следует избегать формальностей и сухого «время лечит», «все у вас пройдет и будет хорошо». Если человек хочет поговорить о том, каким был его родственник – следует выслушать. В разговоре можно обращаться к умершему по имени, избегая «ваш муж», «ваш сын». Мягко поощрять на возобновление образа жизни, соблюдение привычных «ритуалов».

Могут обращаться родственники, которые осуществляют уход за тяжелобольным. Согласно исследованиям, разговоры с родственниками, осуществляющими уход за умирающим близким, о смерти, которая ожидаема и должна в скором времени случиться, воспринимается в 90% случаев и не наносит травмы, а помогает развить предчувствие горя и направить процесс в русло адаптации и интеграции, снижая внезапность и тем самым риск развития расстройств.

На что следует обратить внимание и что помогает нам понять, что процесс траура склонен перерасти в расстройство:

- Воображение альтернативных сценариев смерти
- Обвинение себя или других в смерти
- Осуждение своего горя (например: «Мне не следует так сильно горевать» или «Мне нужно продолжать горевать»)
- Катастрофическое представление о будущем (например: «Я не могу жить без этого человека»)
- Избегает напоминаний, которые вызывают сильное горе, например, о предыдущих совместных действиях
- Чрезмерное сосредоточение внимания на попытках почувствовать близость к умершему человеку посредством сенсорной стимуляции, например, нюхая его одежду, слушая записанный голос или рассматривая фотографии
- Трудно контролировать сильные эмоции

Поддержки со стороны семьи, друзей, духовенства и врачей обычно достаточно, чтобы облегчить боль острого горя и способствовать адаптации к утрате.

Рекомендации Всемирной организации здравоохранения для людей, потерявших близких и не страдающих психическими расстройствами, рекомендуют не предлагать структурированные психологические вмешательства на регулярной основе.

Большинство людей, переживших тяжелую утрату, устойчивы, и острое горе трансформируется и интегрируется в ходе естественного адаптивного процесса, который обычно разворачивается при поддержке и поощрении близких родственников и друзей, а также духовенства и сочувствующих клиницистов. Кроме того, переживание и противостояние болезненным эмоциям может не быть необходимым для адаптации к тяжелой утрате. Было показано, что у некоторых людей, переживших тяжелую утрату и не испытывающих особых страданий, течение болезни протекает доброкачественно

С сильным горем может помочь справляться интернет-ресурсы, носящие психообразовательный характер, ведение дневника, занятия «осознанностью».

Для людей, потерявших близких, у которых нет психических расстройств, обычно не используется фармакотерапия, такая как бензодиазепины или антидепрессанты. Этот подход

соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, а также исследованиям, которые показывают, что лекарства бесполезны.

Если развивается депрессия, какое-либо из тревожных расстройств, ПТСР – лечение соответствующее.

При развитии бессонницы – во-первых диагностика именно бессонницы, проведение дифференциального диагноза (синдром апноэ). Назначение психотерапии бессонницы, в случае отсутствия доступности данного метода или его неэффективности - назначение небензодиазепиновых средств.

При развитии общемедицинских проблем со стороны сердца, например, показано медикаментозное вмешательство с целью снижения сердечно-сосудистых рисков.

В МКБ10 потеря кодируется Z63 «Другие проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства» в рубрике «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами».

На этом все, пожалуй. Далее будет разбор расстройства длительного горя.

*Немного личного: тема горя, траура, экзистенциализма мне всегда была близка в связи с моим взрослением в определенных условиях. В раннем возрасте у меня погиб хороший друг, мне было 12 лет. Я помню этот день и все последующие дни до сих пор очень ясно. Особенно, я помню, реакцию моей мачехи, когда я узнала об этом. Папа был рядом и моментально понял, что не все в порядке, я сказала – мой друг умер. Папа не стал ничего говорить дальше, просто сидел молчал, а его жена взялась задавать серию вопросов и утверждений - «а что, он был тебе близок?», «ну и чего теперь – реветь?», «можно подумать, ты доросла до такого уровня, что способна испытывать глубокие эмоции, прекращай», «наверняка это вы и вся ваша компания виноваты в том, что он умер». Когда я собиралась на похороны и автоматически делала ровно все те действия, которые делала всегда, жена отца приговаривала «посмотри, разве так горюют? Она собирается на похороны так, словно бы это очередная тусовка». Я пишу это, потому что помню, как каждый ее вопрос и утверждение что-то разрушало во мне, в силу возраста мне не были доступны знания о горе, о его явлении, и ее слова служили, к сожалению, ориентиром, я слушала ее и усваивала. Не к кому было обратиться за помощью или поговорить об этом, мой кругозор был узок. Мне казалось, я виновата в том, что чувствую и что мое горе, оно действительно какое-то «не такое», не как положено, и что я действительно, может быть даже виновата, внесла свой вклад в его смерть. Сейчас конечно же я так не думаю и вспоминаю Никиту светлым, добрым, классным парнем. Но обращаю внимание на то, как важно врачу любого профиля бережно относиться к людям, переживающим потерю, да и в целом, как важно людям быть бережнее по отношению друг к другу, хоть это и не всегда просто.