

*Данная информация носит ознакомительный характер и не может использоваться лицами без высшего образования по профилю «Психиатрия», основана на цитировании официальных источников и анализе автора.*

### **Расстройство длительного горя**

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. Другие названия, которые исторически использовались для обозначения длительного расстройства горя, включают хроническое горе, сложное горе, сложное горе, патологическое горе, стойкое комплексное расстройство тяжелой утраты, травматическое горе и неразрешенное горе.

Данное расстройство чаще встречается у лиц, которые пережили потерю по «неестественным» причинам – убийство, суицид, катастрофа, миграция, военные события.

#### **Есть исследованные факторы риска развития расстройства:**

*Пожилый возраст (например, >61 года)*

*Женский пол*

*Низкий социально-экономический статус*

*Расизм, неравенство и различия*

*Наличие в анамнезе других р-в (например, тревожные и депрессивные расстройства)*

*Потеря ребенка или супруга*

*Смерть молодого человека*

*Смерть насильственным путем (например, в результате несчастного случая, убийства, стихийного бедствия или самоубийства)*

*Человек, который уже терял и ранее испытывал горе*

*Тревожный тип привязанности*

*Ятрогения*

*Неизвестность причины смерти*

**Длительное расстройство горя не диагностируется до тех пор, пока не пройдет как минимум 6–12 месяцев после утраты**

**Клинические признаки, которые включают в себя эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции на потерю, дающие нам основания для рассмотрения расстройства длительного горя у человека:**

1. Сильное и стойкое горе, которое длится не менее 6–12 месяцев после утраты и сопровождается признаками постоянной психической боли:

Дистресс разлуки – тоска по умершему и «озабоченность» им, а также чувство печали, разочарования, тревоги и вины.

Заторможенное исследование мира – потеря интереса к текущей жизни, трудности с представлением осмысленной жизни без умершего и чувство оторванности от других.

Травматический дистресс – неверие и трудности с принятием смерти; чувство ошеломления, потерянности, рассеянности или эмоционального онемения; и навязчивые мысли или образы смерти

2. Сохранение ранних защитных процессов от горя, таких как:

Неверие и/или протест

Воображение и размышление об альтернативных сценариях смерти (контрфактическое мышление)

Самообвинение или гнев лица, осуществляющего уход, которые могут принимать форму размышлений (например: «Я мог бы предотвратить смерть», «Я мог бы облегчить его жизнь» или «Я должен был сказать ей, что люблю ее»)

Интенсивные эмоциональные и/или физиологические реакции (например, усиление соматических симптомов и/или бессонница) на напоминания о потере.

3. Неадаптивное поведение, характеризующееся одним из следующих признаков:

Чрезмерное избегание напоминаний об утрате

Попытка уйти от реальности утраты, чрезмерно стремясь к близости с умершим посредством сенсорной стимуляции (например, рассматривая фотографии или сувениры, слушая голос человека в записи или нюхая его одежду) или часто посещая места, где проживал близкий человек.

Трудности с регулированием эмоций, которые проявляются в таких проблемах, как трудности с выражением эмоций и их откладыванием в сторону, а также трудности с переживанием и оценкой положительных эмоций.

4. Нарушение функционирования, например, нарушение концентрации, неспособность выполнять повседневную деятельность или трудности с доверием или заботой о других.

**Среди людей с длительным расстройством горя суицидальные мысли присутствуют примерно у 40–60 процентов, причем небольшое меньшинство этих пациентов также демонстрирует суицидальное поведение**

Исследования позволяют предположить независимый характер суицидальности от коморбидной психопатологии (депрессии, тревожных расстройств и др), т.е. оценивая суицидальный риск важно помнить, что он может быть НЕ в структуре депрессии, например. Для нас это означает, что суицидальность не равно наличие депрессии (или других р-в), когда мы работаем с пациентом.

**Исследование лечения пациентов с длительным расстройством горя (n = 149) показало, что исходно суицидальные мысли отмечались у 65 процентов, а попытки самоубийства имели место у 9 процентов**

**Суицидальный риск выше у лиц, испытывающих горе после самоубийства близкого**

**Расстройство длительного горя может длиться вплоть до 30 лет.**

Лица, обращавшиеся за помощью, имели следующий процент коморбидности:

- Униполярная большая депрессия – 50 процентов
- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – от 30 до 50 процентов
- Тревожные расстройства:
  - А) Генерализованное тревожное расстройство – 20 процентов.
  - Б) Паническое расстройство – от 10 до 20 процентов.
- Острый коронарный синдром

#### **КРИТЕРИИ DSM5tr расстройства длительного горя**

**Данные критерии описывают расстройство после смерти близкого человека, однако, они также могут быть применены к потерям иного характера**

1. Смерть близкого человека по крайней мере 12 месяцев назад.

А) С момента смерти по крайней мере один из следующих симптомов клинически значимой степени наблюдался в течение большинства дней и почти каждый день в течение по крайней мере последнего месяца:

- Сильная тоска по умершему человеку
- Постоянность и вовлеченность в мысли или воспоминания об умершем человеке

Б) С момента смерти по крайней мере три из следующих симптомов клинически значимой степени наблюдались в течение большинства дней и почти каждый день в течение по крайней мере последнего месяца:

- Нарушение идентичности (например, ощущение, что часть себя умерла)
- Неверие в смерть
- Избегание напоминаний о смерти
- Эмоциональная боль (например, печаль, гнев или горечь), связанная со смертью
- Эмоциональное онемение (например, заметное снижение интенсивности эмоций) в связи со смертью.
- Ощущение, что жизнь бессмысленна из-за смерти
- Одиночество из-за смерти

-Проблемы с возобновлением отношений и деятельности (например, трудности с восстановлением связи с друзьями, реализацией интересов и составлением планов)

2. Клинически значимый дистресс или нарушение функционирования (например, личного, семейного, социального, образовательного или профессионального).

3. Продолжительность и интенсивность реакции горя превышает ожидаемые социальные, культурные или религиозные нормы для социального контекста и культуры человека, пережившего тяжелую утрату.

4. Симптомы не являются результатом другого психического расстройства (например, большой униполярной депрессии или посттравматического стрессового расстройства), психоактивного вещества (например, приема лекарств или алкоголя) или общего медицинского расстройства.

### **КРИТЕРИИ МКБ-11**

**В МКБ-11 расстройство длительного горя находится в рубрике расстройств, связанных со стрессом и называется «затяжная патологическая реакция горя», имеет следующее определение и критерии**

Затяжная патологическая реакция горя – это нарушение, при котором после смерти супруга, родителя, ребенка или другого близкого человека возникает стойкая и всепоглощающая реакция горя, которая характеризуется:

- тоской по умершему или постоянным переживанием в связи с его кончиной
- сопровождается сильной эмоциональной болью (напр., грусть, вина, гнев, отрицание, обвинение)
- невозможность принятия смерти, чувство утраты как будто части себя
- неспособность ощущать позитивные эмоции
- эмоциональное оцепенение
- затруднение вовлечения в социальную или иную деятельность
- продолжается в течение необычно длительного периода времени после потери (как минимум более 6 месяцев) *что отличается от DSM5, где расстройство ставится только спустя 1 год*
- реакция явно превышает принятые социальные, культурные или религиозные нормы
- расстройство вызывает значительные нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования

### **Расстройство длительного горя В МКБ-10**

Внимательно изучая рубрику F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации можно найти следующие сведения:

Данная категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов:

- исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию (*её критерии описаны отдельно в МКБ-10 и нам они не подходят в данном контексте*)

- значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. *(вот это уже ближе)*

Расстройства, рассматриваемые в данной рубрике, видимо, всегда возникают как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы *(обратите на это внимание и вспомните, что такое горе и траур)*. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором, и расстройство не возникло бы без их влияния. В эту категорию включаются реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации во всех возрастных группах, включая детей и подростков.

Расстройства в этой секции могут таким образом, рассматриваться как нарушенные адаптационные реакции на тяжелый пролонгированный стресс, в том смысле, что они препятствуют действию механизма успешной адаптации и поэтому ведут к нарушенному социальному функционированию. *(важное замечание в МКБ10, однако, нам уже известно, что горе является естественной реакцией на утрату и включает в себя мысли, чувства, поведение и физиологические реакции, и не определяется как тяжелый пролонгированный стресс, а расстройство длительного горя — это необычно затяжная, интенсивная и инвалидизирующая форма горя)*

*Отдельно остановлюсь на таком расстройстве как F43.2 Расстройство приспособительных реакций:*

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности, и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию

**Стрессовый фактор** может поражать интегральность социальной сети больного (**потеря близких, переживание разлуки**), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). *(потерю объясняют, как стрессовый фактор)*

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев

**Контакты с медицинской и психиатрической службами вследствие нормальных реакций горя, которые соответствуют культуральному уровню данного лица и, обычно, не превышают 6 месяцев, не должны обозначаться кодами этого Класса (F), а должны квалифицироваться с помощью кодов Класса XXI МКБ-10, такими как, Z71.(консультирование) или Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках).**

**Реакции горя любой длительности, оцениваемые, как аномальные вследствие их формы или содержания, должны кодироваться как F43.22 (Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), F43.23 (Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций), F43.24 (Расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения) или F43.25 (Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации), а те, которые остаются интенсивными и продолжаются более 6 месяцев, F43.21 (продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).**

Фуух, давайте разбираться, и так:

- хорошо, что в МКБ10 сказано про горе как про естественный процесс, который не должен кодироваться расстройством.

- запутанно и неясно то, что реакцию горя можно перевести в разряд патологии, исходя из «формы и содержания» (на данный момент в этом нам помогут критерии DSM5 и МКБ11, без них не совсем ясно, исходя из чего клиницист будет оценивать ЗДЕСЬ и СЕЙЧАС, буквально на приеме длительностью дай бог 30мин, форму и содержание, которые помогут ему отграничить реакцию горя от «нормальной» и «анормальной»).

- МКБ-10 позволяет диагностировать реакцию горя как патологическую ранее 6 месяцев, опять же, на основании «формы и содержания», и кодировать (см.выше) . А то, что длится более 6 месяцев – кодировать F43.11, ДЕПРЕССИВНОЙ реакцией (причем легкой), длительность которой кстати, по критериям, не более 2-х лет (а почему именно депрессивная реакция? горе это уже реакция, получается депрессивное горе, а другие типы горя есть? Агрессивное горе, например, или суицидальное горе, тогда надо типизировать 1001 разновидность горя, либо, искать некое усредненное горе по типу и отвечать на такие вопросы как – зачем нам это было нужно? Какую ценность это имело? вопросы дифф.диагностики..и много много чего еще..).

- на данный момент нам уже известно, что реакция горя, ее патологическая форма и депрессия/тревожные расстройства два разных состояния, которые могут быть коморбидны

- критерии мкб10 ограничивают расстройство длительного горя в виде депрессивной реакции в пределах 2-х лет, мол, спустя 2 года оно должно пройти, а если не прошло – что это тогда такое? Что-то мне подсказывает, что многие будут думать в сторону расстройств личности.

- такие рубрики как смешанная тревожная и депрессивная реакция, нарушения поведения и эмоций вообще ничего не дают, кроме как «подпороговых» значений депрессии и тревоги, не достигающие до критериев тревожных расстройств и депрессивного эпизода.

В совокупности данный раздел настолько размыт, неясен и отдает в руки клиницисту полное право самостоятельно решать «что норма, а что нет» ВНЕ зависимости от длительности состояния (а это во многом зависит от уровня образованности, грамотности, эрудированности врача как личности и профессионала, а еще и от мировоззрения, приверженности к религии и проч), что по сути, психиатр может максимально субъективно оценивать состояние человека, а горе и траур переводить в расстройство адаптации и начать медикаментозные вмешательства, потому что «страшно, очень страшно, мы не знаем, что это такое, если бы мы знали, что это такое, но мы не знаем, что это такое» . Это в свою очередь может нанести вред естественной интеграции горя, человек будет воспринимать процесс траура как «ненормальный» просто потому, что на взгляд психиатра, он слишком «драматично» (по содержанию) реагирует на потерю, которая случилась, допустим, месяц назад.

С другой стороны, у нас есть какой-никакой инструмент кодирования, пусть устаревший, но тем не менее, он есть, а для нас это означает возможность определения дальнейшей тактики ведения пациента, с учетом того, что вы теперь, как и я, знаете критерии расстройства длительного горя по МКБ11 и DSM5, дающие нам основания оценить и форму, и содержание на основании имеющихся исследований)).

**Дифф.диагностика такая же как при горе.**

## ЛЕЧЕНИЕ

**Целью лечения длительного расстройства горя является содействие интеграции утраты путем устранения препятствий на пути адаптации**

По сути, все то, что указано в критериях расстройства является препятствием, которое надо устранять. При этом, речь не идет о становлении полной какой-то ремиссии, достаточно облегчения, уменьшения степени выраженности и интенсивности. Важно провести психообразовательную беседу на тему того, что такое интегрированное горе и патологическое.

Согласно рандомизированным исследованиям, лучшим лечением длительного расстройства горя является психотерапия, разработанная специально для этого расстройства, а не методы лечения, эффективные при униполярной большой депрессии, связанной с тяжелой утратой (например, межличностная психотерапия или антидепрессанты).

Ни одно рандомизированное исследование не продемонстрировало, что фармакотерапия сама по себе полезна при длительном расстройстве горя.

Для пациентов с длительным расстройством горя, которые отказываются, не реагируют или не имеют доступа к психотерапии, помочь адаптироваться к тяжелой утрате можно следующими способами:

- информирование на тему расстройства длительного горя
- эмпатичное выслушивание
- поощрять снижение избегающего поведения
- работа с неадаптивными мыслями (изучение этих мыслей, нахождение им альтернативы)
- поощрять временные улучшения настроения, появление интересов, радостей и досуга
- назначение антидепрессантов при наличии депрессии и других р-в