

ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 616.01/099:159.942.5:159.972

ПСИХІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ ПІСЛЯ РАПТОВОЇ СМЕРТІ РОДИЧА ТА ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯ-ПСИХОЛОГА ДАНІЙ ГРУПІ ПАЦІЄНТІВ

Ассонов Д.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

У статті проаналізовані дані наукової літератури останніх років, що стосуються психічного стану людини після раптової смерті родича. Була висунута гіпотеза, що психічний стан знаходиться під впливом різних факторів, кожен з яких зумовлює притаманні тільки йому особливості стану. Такими факторами є причини та умови смерті, соціоекономічне становище сім'ї, статус та роль померлого в сім'ї, його вік тощо. Інформація, наявна в науковій літературі, хоча й підтверджує висунуту гіпотезу, адже є достатньо досліджень, результати яких свідчать про те, що психічний стан відрізняється в усіх випадках раптової смерті та сильно залежить від впливу різних факторів, однак є достатньою мірою несистематичною та неповною. Також, можливо, через недостатню кількість теоретичних знань, мало розроблені методи роботи лікаря-психолога з пацієнтами, що раптово втратили родича. Тому в даній статті наявна спроба систематизувати інформацію про вплив факторів на психічний стан, класифікувати їх та на основі цього розробити рекомендації щодо надання лікарем-психологом допомоги даній групі пацієнтів. Зокрема, був розглянутий типовий психічний стан людини після раптової смерті родича – горе, та найбільш поширені психопатологічні реакції, які є проявами порушеної адаптації до смерті – посттравматичний стресовий розлад, тяжкий депресивний епізод, пролонгована реакція горя. Далі в роботі були розглянуті особливості психічного стану та психопатологічних реакцій, що з'являються під впливом того чи іншого фактора. В результаті після аналізу літератури були розроблені рекомендації щодо роботи у різних випадках раптової смерті: з вдовцями та вдовами раптово померлих, з дітьми, які раптово втратили батьків, з людьми, чий родич помер внаслідок суїциду, вбивства, воєнних дій, нещасних випадків, запропоновано найбільш ефективні тактики терапії, що враховують особливості впливу різних факторів на психічний стан.

Ключові слова: раптова смерть, психічний стан, горе, ПРГ, ПТСР, фактори впливу, медична психологія

Вступ. Під поняттям «раптова смерть» тут і далі ми розумітимемо таку смерть, яка, вже виходячи з її назви, є несподіваною та неочікуваною для родичів померлого; такою, яку складно було передбачити та якій передували швидкоплинний та гострий перебіг основного захворювання. Смерть внаслідок інфаркту міокарда без попередньо діагностованої хронічної серцево-судинної патології з вираженим клінічним перебігом; смерть внаслідок повітряної, жирової, тромбемболії тощо (яким, знову-таки, не передувала тривалий час клінічно виражена хвороба, наприклад, атеросклероз в термінальній стадії), смерть від гострої крововтрати, поранення, несумісного з життям, є типовими прикладами раптової смерті.

Поняттям, протилежним до раптової смерті, є «очікувана (прогнозована) смерть». В науковій літературі, зокрема закордонній, наявно достатньо досліджень, які описують психічний стан родичів та його динаміку після повідомлення їм про невиліковну хворобу, під час процесу помирання та після очікуваної смерті близької людини. [4, 5, 12]. Достатньо описані й методи психологічної допомоги такій групі людей. В той же час раптова смерть та її

вплив на психічний стан сім'ї померлого розглянуті недостатньо. Carr et al. відмічають, що наявні дослідження, які доводять те, що родині (зокрема, вдовцям та вдовам) набагато складніше впоратись із раптовою смертю та тяжче пристосуватись до неї. Разом із тим автори вказують, що наявні (правда, меншою кількістю) дослідження, які описують протилежне – що очікувана смерть супроводжується гіршою психологічною адаптацією, а також дослідження, що не знайшли взаємозв'язку між тяжкістю психічного стану родини померлого та характером смерті [13]. Carr et al. пояснюють це тим, що недостатньо уваги приділено особливостям впливу раптової смерті на психічний стан залежно від різних факторів (наприклад, віку родичів та померлого, хто помер – чоловік/дружина, один з батьків, дитина тощо, причини смерті).

Таким чином, існує недостатня кількість теоретичних знань про психічний стан та його динаміку у родичів раптово померлого. Відповідно, й практична складова – робота лікаря-психолога в Україні з даною категорією людей – вимагає перегляду й вдосконалення методологічної складової згідно сучасних доробок в досліджуваному

полі, зокрема урахування факторів, які впливають на динаміку та особливості психічного стану, а також корекція роботи відповідно до особливостей їх впливу.

Мета. Розробити рекомендації щодо допомоги лікаря-психолога сім'ї померлого з урахуванням всіх особливостей психічного стану людини після раптової смерті родича залежно від різних факторів, проаналізувавши наукову літературу, яка містить інформацію по даній темі.

Гіпотеза. Психічний стан людини після раптової смерті родича відрізняється в усіх її випадках, бо знаходиться під впливом численних факторів, кожен з яких зумовлює притаманні тільки йому особливості стану.

Завдання. Задля досягнення мети та перевірки гіпотези необхідним є розв'язання наступних завдань:

1. Проаналізувати наукову літературу, в якій описані актуальні дослідження раптової смерті та її впливу на психічний стан родичів.

2. Систематизувати інформацію, наведену в літературних джерелах, порівняти психічний стан під впливом різних факторів, у різних обставинах раптової смерті, виділити спільні риси психічного стану після раптової смерті в цілому та його особливості під впливом кожного окремого фактора.

3. Розробити уточнення та рекомендації щодо роботи лікаря-психолога з родичами раптово померлої людини, урахувавши всю знайдену та проаналізовану інформацію.

4. Визначити проблемні питання, які не були висвітлені в роботі, однак потенційно можуть доповнити отримані результати.

Матеріали та методи. Було проаналізовано українську та зарубіжну наукову літературу останніх 5 років, присвячену психічним станам та психічним розладам, які виникають після раптової смерті родича. Публікації попередніх років бралися до уваги за умови відсутності нових досліджень у даній сфері або їх автори є визнаними експертами з даного питання і висновки не втратили актуальності. При пошуку використовувались науковометричні та бібліографічні бази даних Google Scholar, PubMed, SpringerLink, APA PsychNET, Wiley Online Library.

Результати. В дослідженнях, що стосуються питання психічного стану людини після смерті родича, розглядаються такі поняття як «горе (grief)», «втрата (bereavement, loss)» [8], «стійкість (resilience)» [8]. Горе є найголовнішим та найбільш розповсюдженим психічним станом після втрати близької людини. Причому терміни «горе» та «втрата» раніше використовувались і певною мірою продовжують використовуватись досить суперечливо, непослідовно, часто як синоніми. Але в останні роки загальноприйнятим є розрізняти ці поняття [28]. Nadine Melhem et al. визначають горе (grief) як суб'єктивне переживання втрати, а власне втрату (bereavement) як певне становище, об'єктивний статус відносно померлої людини (мовою оригіналу «bereavement refers to status with respect to loss, regardless of subjective experience»). Таким чином, так як «bereavement» і «loss» англійською означають майже те саме, задля уникнення повторення терміну «втрата», поняття «loss» було перекладено як «померла

людина») [34]. Отже, автори дають різне тлумачення горю та втраті, не вважаючи ці терміни однозначними, а, скоріше, вважаючи суб'єктивним та об'єктивним станом відповідно. Щоб уникнути термінологічної суперечливості, тут і далі в даній роботі ми також будемо розрізняти ці два поняття.

Горе є цілком нормальною та очікуваною емоційною відповіддю людини на втрату. Зазвичай воно триває від 2 до 6 місяців і не потребує лікування [22]. Стийкість – патерн, що виникає в результаті впливу потенційно травматичної події та характеризується збереженням здорового психологічного та фізіологічного функціонування – грає важливу роль в перебігу горя, адже стійкі люди демонструють більшу здатність швидкого повернення до нормального функціонування, продовжуючи рухатись вперед, не зважаючи на незгоди [9, 15]. У випадках, коли людина є недостатньо стійкою до втрати родича (як очікуваної, так і раптової) порушується адаптація до смерті, що проявляється психопатологічними реакціями, серед яких найчастіше діагностуються тяжкий депресивний епізод та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [9].

Тяжкий депресивний епізод характеризується погіршенням настрою, зниженням енергії і зменшенням активності. Знижений настрій, мало мінливий кожного дня, не залежить від обставин і може супроводжуватись так званими соматичними симптомами, такими, як втрата інтересу до оточення і втрата відчуттів, що приносять задоволення, пробудження раніше на кілька годин раніше звичайного часу, посилення депресії вранці, виражена психомоторна загальмованість, тривожність, втрата апетиту, схуднення і зниження лібідо. При значному депресивному розладі всі ці симптоми дуже яскраво виражені [2].

Посттравматичний стресовий розлад – важкий психічний стан, що виникає в результаті одиначної або повторюваних психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, участь у військових діях, важкої фізичної травми, сексуального насилля, або загрози смерті [20]. ПТСР також може виникнути через певний проміжок часу після втрати родича. Характерні симптоми включають повторне переживання події у вигляді нічних кошмарів, постійних тривожних думок стосовно події, намагання уникати розмов або нагадувань про травматичну подію, почуття відчуження від інших людей, розладів сну, підвищеної дратівливості та підозрливості [6].

Цікавим є також те, що численними дослідниками був запропонований ще один пов'язаний з горем та втратою розлад для внесення в найновіші редакції Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) та Міжнародного Класифікатору Хвороб (МКХ) – це пролонгована реакція горя (Prolonged grief disorder, в літературі також зустрічається варіант Complicated grief – ускладнена реакція горя, або травматичне горе – traumatic grief) [7, 9, 16, 25, 26, 37, 39]. У останній, п'ятій, редакції DSM, пролонгована реакція горя наявна під назвою Persistent Complex Bereavement Disorder у розділі «Стани, що потребують подальшого дослідження» [20]. Робоча група МКХ також пропонує додати діагноз «Пролонгована реакція горя» в МКХ-11 [31].

Пролонгована реакція горя (ПРГ) – неефективний паєтер, що визначається як нездатність прийняти реальність смерті близької людини [17]. Характеризується наявністю у особи стійкого заперечення втрати, зниженої самооцінки, складності адаптації до життя без померлого та нездатності формувати нові стосунки або зв'язки з іншими після 6 місяців з моменту втрати. Було показано, що ПРГ відрізняється як від нормального горя, так і від ПТСР та депресії [17, 24]. На відміну від нормального перебігу горя, ПРГ зумовлює наростання складнощів, пов'язаних з втратою, а не навпаки, їх зменшення з перебігом часу. Головна різниця між ПТСР та ПРГ полягає в емоціях, що домінують в кожному випадку [24]. У пацієнтів з ПТСР домінують почуття страху або жаху, злості, провини або сорому, поєднані з тривожною гіперзбудливістю. При ПРГ психічний стан здебільшого характеризується наявністю туги, почуттям беззмістовності всього, що відбувається. А. Jordan et al. вказують, що при ПТСР нав'язливі думки фіксовані на події смерті як такої та змушують пацієнтів уникати будь-яких нагадувань про смерть рідного, а при ПРГ особа може мати думки стосовно різних аспектів стосунків з померлим, включаючи й позитивні [24]. Від депресії ПРГ відрізняється відсутністю глобального почуття провини або власної нікчемності, хоча можливе самозвинувачення щодо смерті родича. Симптоми у пацієнтів з ПРГ стосуються виключно смерті, а не генералізовані, як при депресії.

Однак, при розробці методів психотерапії та психокорекції даних станів та розладів, пов'язаних з втратою, не враховується два аспекти. По-перше, не уточнюється, яка саме смерть передувала такому психічному стану – раптова чи очікувана, а, по-друге, майже усюди в літературних джерелах не розглянуті фактори та умови, які можуть впливати на психічний стан, зумовлюючи в кожному конкретному випадку принципово різне лікування. Таким чином, психічний стан розглядається певною мірою абстрактно, наче він має однакові особливості і закономірності в усіх випадках і немає ніякої різниці, чи помер родич, наприклад, внаслідок суїциду, або ж якщо смерть настала внаслідок раптової, проте природної смерті. Таке абстрагування та спрощення призводить до того, що дані фактори та різниця в стані, зумовлена цими факторами, залишаються поза увагою лікаря-психолога при роботі з пацієнтами, що раптово втратили близьку людину.

Про те, що на психічний стан людини після смерті родича можуть впливати численні фактори, такі як обставини смерті, вік померлого, демографічні та соціоекономічні особливості, вказують Carr et al. [13]. Kersting et al. додають, що певними факторами впливу можуть виступати також стосунки з померлим, доступ до соціальної підтримки, стан психічного здоров'я [26]. Але відсутність достатньої кількості досліджень даного питання унеможливує аналіз всіх факторів та розробку рекомендацій щодо роботи-лікаря психолога в усіх випадках раптової смерті. Однак, найважливішими на найбільш широко розглянутими в світовій літературі факторами є: 1.) сімейний статус померлого; 2.) причина смерті родича, 3.) умови (в першу чергу, демографічні та соціоекономічні) смерті.

Під сімейним статусом розуміється, ким приходився померлий родичу. Залежно від того, кого було втрачено, психічний стан людини може мати певні особливості. Найбільш повно в науковій літературі описано стан при раптовій втраті чоловіка/дружини, одного або обох батьків.

Зокрема, при раптовій втраті чоловіка/дружини у пізньому періоді життя, люди, що переживають втрату, мають підвищений рівень нав'язливих думок. Такі думки присутні протягом 6 місяців після раптової смерті, потім поступово зникають до 18 місяця. Окрім цього, інші далекосяжні негативні наслідки відсутні. Також було встановлено, що при раптовій смерті жінки мають трохи вищий рівень туги за померлим, ніж при очікуваній смерті, а в чоловіків, навпаки, туга проявляється менше [13]. Прояви пов'язаних з втратою депресії, горя, розпачу, тривоги посилюються у місяці, в яких був День Народження померлого чоловіка/дружини, а також у дні Різдва та Нового Року. Однак це триває лише впродовж перших 12 місяців після втрати [14]. Хоча наразі немає емпіричних даних, які б вказували, чи є при раптовій смерті якісь особливості у стані вдовців та вдів під час вказаних дат, можна припустити, що нав'язливі думки будуть з'являтися особливо сильно. Таким чином, лікарю-психологу при роботі з даною категорією пацієнтів слід приділяти більше уваги корекції нав'язливих думок та, по можливості, проводити сеанси напередодні дат, які були важливими у сімейному житті пацієнта, під час яких сконцентруватись на психологічній підготовці пацієнта та наданню рекомендацій щодо того, як в такі дні боротись з тривожністю, розпачем та нав'язливими думками.

Переходячи до розгляду психічного стану дитини після раптової смерті одного або обох батьків, слід зауважити, що він почав досліджуватись тільки в останні роки, тому інформації про перебіг дитячого горя наявно небагато [34]. Однак наразі вже відомо, що у всіх випадках раптової втрати батьків у дітей спостерігається підвищений ризик виникнення ПТСР та депресії. Причому тип смерті не є значущим фактором для виникнення ПТСР, більше значення має наявність в минулому сім'ї випадків даного розладу та чи споглядала дитина смерть батьків [33]. ПРГ виникає приблизно у 10% дітей після раптової втрати та може тривати до 3 років після батьківської смерті [34]. Також встановлено, що раптова втрата матері для дитини є більш травматичною, ніж втрата батька [10].

Особливу увагу слід приділяти в роботі дітям та підліткам, чий батьки померли внаслідок суїциду, так як симптоми депресії в них можуть проявляються довше [10]. Діагностика стану та робота з такими дітьми, відповідно, має бути тривалішою. Також дана група дітей та підлітків більш схильна до зловживання алкоголем або використання наркотиків [10]. Тому задля корекції неадекватних емоцій і реакцій, підвищення стійкості та зменшення ризику появи суїцидальної поведінки у дітей та підлітків можливе виконання психокорекційних програм, що складаються з психотерапії та фармакотерапії, адже наявні докази високої ефективності саме комбінованих заходів [1, 3].

Важливу роль для психічного благополуччя дитини грає нормалізація психічного стану опікуна. Так, Melhem et al. встановили, що симптоми депресії, тривожності, ПТСР, ПРГ у дітей взаємокорелюють із симптомами даних розладів у опікунів, які доглядають за дітьми після смерті одного чи обох батьків [33]. Таким чином, лікар-психолог по можливості має продіагностувати стан не тільки дитини, а й опікуна, і, при необхідності, працювати з ним також задля зменшення впливу негативних факторів на психіку дитини та прискорення адаптації до смерті батьків. Індивідуальна психотерапія замінюється при цьому на сімейну.

Причина раптової смерті родича як ще один з найважливіших факторів, що впливають на перебіг горя та появу психічних розладів у людини після втрати, має особливе значення, адже залежно від того, як помер родич, лікар-психолог може спостерігати у пацієнта кардинально різні психічні стани. Найбільш розповсюдженими причинами раптової смерті є природні, які представлені різноманітними хворобами із швидкоплинним та гострим перебігом, і неприродні, які можуть бути представлені передозуванням ліками або наркотиками, суїцидом, вбивством та нещасними випадками.

Щодо природних причин, то, хоча дана група є чи не найбільш різноманітною, про їх вплив на психічний стан родичів померлого наявно надзвичайно мало інформації. Наявне джерело, в якому згадується раптова смерть як фактор впливу – це робота Kersting et al. де вказується, що раптова та неочікувана втрата родича внаслідок природної смерті асоціюється з меншим ризиком розвитку ПРГ, ніж втрата внаслідок раку, суїциду або жорстокої смерті [26]. Однак через малу вибірку (27 осіб) і ця, невелика за об'ємом інформація, потребує додаткових перевірок. Такий стан речей може бути пов'язаний з тим, що смерті від хвороб зараз не розподіляють за принципом раптової/очікуваної. Наявна лише дуже невелика кількість досліджень, які б акцентували увагу саме на раптовості смерті в перебігу захворювання [19, 21, 23, 30, 35, 36]. В свою чергу, це призводить до відсутності на даний момент чіткого списку хвороб, які відносяться до категорії раптової природної смерті і, відповідно, неможливості зараз дослідження впливу раптової природної смерті на психічний стан родичів померлого. Детальне теоретичне опрацювання даної категорії дозволить в подальшому створити і рекомендації для роботи лікаря-психолога, які в даній статті через перелічені вище обставини будуть відсутні.

Що стосується неприродних причин, то суїцид, вбивство і нещасний випадок можна об'єднати у групу під назвою «жорстока смерть». Ризик розвитку ПТСР, ПРГ або тяжкого депресивного епізоду у людини після втрати родича внаслідок жорстокої смерті вищий, ніж після природної смерті родича, а розлади, що виникають, є складнішими [13, 27]. Причиною цього є ряд стресорів. В одних випадках під час очікування моменту, коли смерть родича може бути остаточно підтверджена, думки та уява людини можуть підвищувати тривожність. Тіло померлого може бути сильно понівеченим, що унеможливає його адекватне сприймання, а в деяких випадках навіть не

може бути відновлено, що залишає сім'ю без справжньої церемонії поховання. Також у жорстокій смерті більш складно знайти сенс [27]. Витрачається більше часу на розмови про втрату.

Окрім спільного для групи жорстоких смертей впливу, наявна також різниця у психічному стані людини залежно від того, що саме з даної групи є причиною смерті. Відповідно, тактика роботи лікаря-психолога, хоча і буде базуватись на загальних для всієї групи жорстоких смертей закономірностях, все ж має враховувати особливості стану залежно від кожної з причин групи. Наприклад, при втраті родича внаслідок вбивства прояви ПРГ та ПТСР у людини є сильнішими, ніж якщо причиною смерті був би нещасний випадок або суїцид. Через це робота лікаря-психолога з пацієнтами даної групи не буває швидкою. Потрібно уникати в розмовах з пацієнтом обіцянок швидкого відновлення після втрати, адже постановка цілей, які неможливо досягнути, може лише деморалізувати та знизити самооцінку пацієнта [38]. Першочергово потрібно допомогти пацієнтові заспокоїтись, відновити власну стійкість та повернути почуття «Я». Далі є сенс переходити до групової терапії, у якій пацієнт долучається до спілкування з іншими людьми, що мають подібні проблеми з відновлення. У групі лікар-психолог має акцентувати увагу на неблагополучному впливі вбивства та на розвитку стійкості до нього [38]. Однак потрібно пам'ятати, що, по-перше, дана терапія буде тривалою (від 6 до 9 місяців в середньому), а, по-друге, не завжди може призводити до повного відновлення пацієнта, адже вбивство є одним з факторів, що завдають надзвичайно сильної шкоди психіці [38].

У випадках, якщо причиною втрати є самогубство родича, у психічному стані людини більш виразними є заперечення смерті, почуття сорому, провини, можлива схильність до приховування причини смерті [27]. Також підвищується ризик самовбивства інших членів сім'ї [18]. Можливий шлях зменшення даного ризику є наступним: De Groot et al. вказують, що сімейна когнітивно-біхевіоральна терапія (СКБТ) (Family-Based Cognitive-Behavior Grief Therapy) є особливо ефективною в роботі з пацієнтами, чий родич помер внаслідок самогубства, і які також мають суїцидальні ідеї [18]. СКБТ в даному випадку полягає у роботі з сім'єю в цілому (а не з окремими членами) у неї вдома протягом від 3 до 6 місяців після втрати. Після ознайомлення пацієнтів з інформацією про горе, суїцидальну поведінку, типові для цього думки, почуття, патерни поведінки, фізичні реакції, що супроводжують горе по втраті, лікар-психолог в роботі має вирішити з сім'єю наступні задачі: 1. запропонувати нову точку зору на реакції, що супроводжують горе після суїциду (offering a frame of reference for grief reactions following suicide); 2. залучити пацієнтів до емоційної обробки; (engaging emotional processing); 3. Збільшити ефективність сімейної комунікації (enhancing effective family communication); 4. покращити навички вирішення проблем (improving problem solving skills); 5. Консолідувати ресурси підтримки (consolidating resources of support) [18].

Останній фактор, який буде розглянутий – це умови смерті родича. До однієї з найважливіших умов відно-

ситься можливість доступу до соціальної підтримки. Відсутність або нестача її посилюють горе. А більша соціальна підтримка протягом першого півріччя після втрати зменшує прояви ПРГ в наступні 6 місяців [11]. Таким чином, стимуляція пацієнта до контактів з сім'єю, друзями, знайомими, а з часом – і до утворення нових контактів, є необхідним додатком до загальних терапевтичних засобів лікаря-психолога, адже значно прискорює процес адаптації до смерті, повернення до повноцінного життя. Однак існують випадки, коли пацієнт самотній, відсутні будь-які дружні або товариські зв'язки, а з сім'ї живим залишився тільки пацієнт. Такі умови сприяють погіршенню стану, посилюють дезадаптацію. Якщо казати про державний рівень вирішення даного питання, то цікавою є ідея створення спеціалізованих сайтів для соціальної підтримки, таких як *Besupp*, де люди, що пережили горе та адаптувалися до смерті родича, допомагали б тим, чия втрата відбулася нещодавно [32].

Цікавим видається також дослідження демографічних та соціоекономічних умов – впливу класового становища, населення території проживання пацієнта. Корисною була б інформація про те, які особливості перенесення горя у біженців з Криму та зони АТО. Однак на даний момент інформації про вплив даних умов наявно небагато.

Враховуючи ситуацію на Сході України, надзвичайно актуальним також є знання про особливості психічного стану людини після втрати родича в воєнних умовах. Однак досліджень, присвячених горю та втраті під час війни, в українській науковій літературі досі наявно надзвичайно мало. Більшим є досвід закордонних дослідників. Так, *Kristensen et al.* вказують, що при втраті синів під час військової служби 44% батьків страждають від депресії протягом двох років після втрати. Також встановлено, що матір має більш інтенсивні реакції горя, ніж батько [29]. Втрата бойових товаришів та друзів під час війни пов'язана з підвищеним ризиком виникнення ПРГ, депресії, злості, почуття провини [27]. Можна припустити, що втрата родичів викликає більш сильне самозвинувачення та злість, однак дане припущення потребує підтвердження. Отже, лікар-психолог при роботі з родичами померлого під час військової служби має враховувати тривалість й інтенсивність туги, та, окрім роботи з горем, також спрямовувати свої сили на зменшення в пацієнта почуття власної провини й пошуку інших винуватців втрати серед друзів, товаришів по службі померлого.

Висновки. Таким чином, інформація, отримана з проаналізованої наукової літератури, підтверджує нашу гіпотезу – психічний стан людини після раптової смерті родича відрізняється в усіх її випадках, бо знаходиться під впливом численних факторів, кожен з яких зумовлює притаманні тільки йому особливості стану.

Так як інформація про фактори та їх вплив на психічний стан, наведена в джерелах, є досить несистематичною, була спроба розробити класифікацію факторів, яка максимально повно враховувала би все їх різноманіття та полегшила би в подальшому дослідження їхнього впливу. На даний момент вона включає в себе наступні фактори, що впливають на психічний стан людини після раптової смерті родича:

1) сімейний статус померлого (ким приходився померлий родич людині – чоловіком/дружиною, дитиною, одним з батьків);

2) причина смерті родича (що включає в себе підгрупи природних та неприродних причин);

3) умови смерті (демографічні, соціальні, економічні).

На основі даної класифікації були розроблені уточнення та рекомендації щодо роботи лікаря-психолога з родичами раптово померлого, описані підходи до лікування, які б враховували особливості психічного стану залежно від впливу різних факторів.

Однак, не зважаючи на спробу комплексно та глобально дослідити вплив раптової смерті, все ще залишаються певні проблемні питання. Наприклад, деякі фактори в даній роботі були розглянуті недостатньо, а вплив інших зовсім не був описаний. Зокрема, в статті не було описано особливостей психічного стану людини після втрати дитини, а також були недостатньо розглянуті природні причини як фактори впливу через невелику кількість інформації в проаналізованій літературі. Це можна пояснити тим, що на даний момент вплив раптової смерті на психічний стан та його відмінності в різних випадках досліджені дуже мало. Таким чином, подальші дослідження теми дозволять отримати нову інформацію про вплив на психічний стан різноманітних факторів, доповнити надану в статті їх класифікацію (яка не претендує зараз на звання повної) та розширити список рекомендацій щодо роботи-лікаря психолога з людьми, чий родич раптово помер.

Конфлікт інтересів. Автор стверджує, що відсутній будь-який конфлікт інтересів, який може сприйматися як такий, що може нашкодити неупередженості статті.

Джерела фінансування. Це дослідження не отримало ніякої фінансової підтримки від державної, громадської чи комерційної організації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кожина А.М. Психогенные депрессии и суицидальное поведение у лиц молодого возраста [Текст] / А.М. Кожина, В.И. Коростий, Е.А. Зеленская, С. Хмаин // *Медицина психология*. – 2013. – №4 – С. 42-45.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем [Текст] // *Каталогизация публикаций*. – Библиотечная служба ВОЗ. – 10-й пересмотр. – 1992. – F32.2.
3. Погорелко О.В. Комплексна багаторівнева програма корекції та психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків із розладами емоцій і поведінки [Текст] // *Медицина психология*. – 2014. – № 2. – С. 63-68.
4. Benkel I. Loved ones within palliative care – understanding, strategies and need for support [Text] / I. Benkel // *Intellecta Infolog AB*. – Gothenburg. – 2011. – ISBN 978-91-628-8258-7.
5. Benkel I. Using coping strategies is not denial: helping loved ones adjust to living with a patient with a palliative diagnosis [Text] / I. Benkel, H. Wijk, and U. Molander // *Journal of Palliative Medicine*. – 2010. – № 13(9). – p. 1119-1123.
6. Bisson J. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) [Text] / J. Bisson, M. Andrew // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. – Issue 3.
7. Boelen, P.A. Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes [Text] /

- P.A. Boelen, R. van de Schoot, M. van den Hout. et al. // *J. Affect. Disord.* – 2010. – p. 374-378.
8. Bonanno G.A. *Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?* [Text] / G. A. Bonanno // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* – 2008. – Vol. 5, No. 1. – p. 101–113.
9. Bonanno G.A. *Resilience to loss and potential trauma* [Text] / G.A. Bonanno, M. Westphal, A.D. Mancini // *Annual Review of Clinical Psychology.* – 2011. – № 7. – p. 1.1–1.25.
10. Brent D. *The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death* [Text] / D. Brent, N. Melhem, M. Bertille Donohoe, M. Walker // *Am J Psychiatry.* – 2009. – № 166(7). – p. 786–794.
11. Burke L.A. *Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature* [Text] / L.A. Burke, R.A. Neimeyer // *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals* / – N.Y., Routledge. – 2013. – p. 145-161.
12. Carr D. *Death and Dying in the Contemporary United States: What are the Psychological Implications of Anticipated Death?* [Text] / D. Carr // *Social and Personality Psychology Compass.* – 2012. – № 6/2. – p. 184–195.
13. Carr D. *Psychological Adjustment to Sudden and Anticipated Spousal Loss Among Older Widowed Persons* [Text] / D. Carr et al. // *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* – 2001. – Vol 56B (4). – p. 237-248.
14. Carr, D. *Do special occasions trigger psychological distress among older bereaved spouses? An empirical assessment of clinical wisdom* [Text] / D. Carr, J. Sonnega, R.M. Nesse & J.S. House // *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* – 2014. – №69 (1). – p. 113–122.
15. Clements J.A. *The Relationship between Resilience and Grief Symptomatology* [Text]: A Thesis submitted for the degree of master of science, BS. / J.A. Clements // *Georgia College and State University.* – 2014-12.
16. Cohen J.A. *Supporting children with traumatic grief: What educators need to know* / J.A. Cohen, A.P. Mannarino // *School Psychology International.* – 2011. – № 32(2). – p. 117–131.
17. Craig L. *Prolonged Grief Disorder* [Text] / L. Craig // *Oncology Nursing Forum.* – 2010. – Vol. 37. – No. 4. – p. 401-407.
18. De Groot M. *The Effectiveness of FamilyBased CognitiveBehavior Grief Therapy to Prevent Complicated Grief in Relatives of Suicide Victims: The Mediating Role of Suicide Ideation* [Text] / M. De Groot, J. Neeleman, K. van der Meer, H. Burger // *Suicide and Life-Threatening Behavior.* – 2010. – № 40(5). – p. 425-437.
19. Devinsky O. *Sudden, Unexpected Death in Epilepsy* [Text] / O. Devinsky // *New England Journal of Medicine.* – 2011. – №365. – p. 1801-1811.
20. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth (DSM-V)* [Text] / American Psychiatric Association // Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – ISBN 978-0-89042-555-8.
21. Dyregrov A. *Long-term impact of sudden infant death: a 12-to 15-year follow-up* [Text] / A. Dyregrov, K. Dyregrov // *Death Studies.* – 1999. – №23. – C. 635–661.
22. Friedman R.A. *Grief, Depression, and the DSM-5* [Text] / R.A. Friedman // *New England Journal of Medicine.* – 2012. – №366. – p. 1855-1857.
23. Green D. *Sudden Cardiac Death in Hemodialysis Patients: An In-Depth Review* [Text] / D. Green, P.R. Roberts, D.I. New, P.A. Kalra // *American Journal of Kidney Diseases.* – 2011. – № 57(6). – p. 921-929.
24. Jordan A.H. *Prolonged Grief Disorder: Diagnostic, Assessment, and Treatment Considerations* [Text] / A.H. Jordan, B. T. Litz // *Professional Psychology: Research and Practice.* – 2014. – Vol. 45. – № 3. – p. 180–187.
25. Kaplow J.B. *DSM-V Diagnostic Criteria for Bereavement-Related Disorders in Children and Adolescents: Developmental Considerations* [Text] / J.B. Kaplow, C.M. Layne, R.S. Pynoos, J.A. Cohen, and A. Lieberman // *Psychiatry.* – 2012. – № 75(3). – p. 243-265.
26. Kersting A. *Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample* [Text] / A. Kersting, E. Bröhler, H. Glaesmer, B. Wagner // *Journal of Affective Disorders* – 2001. – № 131. – p. 339–343.
27. Kristensen P. *Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review* [Text] / P. Kristensen, L. Weisjøth, T. Heir // *Psychiatry interpersonal & biological processes.* – 2012. – №75 (1). – p. 76-96.
28. Kristensen P. *Disaster-related bereavement: A study of long-term mental health effects and interventions* [Text]: Thesis submitted for the Degree of Dr. philos. / Pel Kristensen // *Faculty of Medicine, University of Oslo.* – 2012. – 164 p.
29. Kristensen P. *Parental Mental Health After the Accidental Death of a Son During Military Service: 23-Year Follow-Up Study* [Text] / P. Kristensen, T. Heir, P. Herlofson, Ill. Langsrud, L. Weisjøth // *Journal of Nervous & Mental Disease.* – 2012. – Vol. 200. – Issue 1. – p. 63–68.
30. Lamberts R.J. *Sudden unexpected death in epilepsy: People with nocturnal seizures may be at highest risk* / R.J. Lamberts, R.D. Thijs, A. Laffan et al. // *Epilepsia.* – 2012. – №53 (2). – p. 253–257.
31. Maercker A. *Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11* [Text] / A. Maercker, C.R. Brewin, R.A. Bryant et al. // *The Lancet.* – 2013. – № 381. – p. 1683–1685.
32. Massimi M. *Exploring remembrance and social support behavior in an online bereavement support group* [Text] / M. Massimi // *CSCW '13 Proceedings of the 2013 conference on Computer supported cooperative work.* – 2013. – p. 1169-1180.
33. Melhem N.M. *Antecedents and Sequelae of Sudden Parental Death in Offspring and Surviving Caregivers* [Text] / N.M. Melhem, M. Walker, G. Moritz, D.A. Brent // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* – 2008. – №162 (5). – p. 403–410.
34. Melhem N.M. *The Course of Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death* [Text] / N.M. Melhem, G. Porta, W. Shamseddeen al. // *Archives of General Psychiatry.* – 2011. – №68 (9). – p. 911–919.
35. Naranjo M. *Sudden Death of a Young Adult Associated with Bacillus cereus Food Poisoning* [Text] / M. Naranjo, S. Denayer, N. Boteldoorn et al. // *Journal of clinical microbiology.* – 2011. – Vol. 49, No. 12. – p. 4379–4381.
36. Nei M. *Sudden Unexpected Death in Epilepsy* [Text] / M. Nei, R. Hays // *Current Neurology and Neuroscience Reports.* – 2010. – №10. – p. 319–326.
37. Newson R.S. *The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults* [Text] / R.S. Newson, P.A. Boelen, K. Hek et al. // *Journal of Affective Disorders.* – 2011. – №132. – p. 231–238.
38. Rynearson T. *Psychotherapy of Bereavement After Homicide* / T. Rynearson // *The Journal of Psychotherapy Practice and Research.* – 1994. – №3. – p. 341-347.
39. Shear M.K. *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5* / M.K. Shear, N. Simon, M. Wall et al. // *Depression and Anxiety.* – 2011. – № 28(2). – p. 103–117.

**ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ
ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ РОДСТВЕННОГО И
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ВРАЧА
ПСИХОЛОГА ДАННОЙ ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ***Ассонов Д.А.**Национальный медицинский университет имени
А.А. Богомольца, г.Киев, Украина*

В статье проанализированы данные научной литературы последних лет, касающиеся психического состояния человека после внезапной смерти родственника. Была выдвинута гипотеза, что психическое состояние находится под влиянием разных факторов, каждый из которых обуславливает присутствие лишь ему особенности состояния. Такими факторами есть причины и условия смерти, социоэкономическое положение семьи, статус и роль умершего в семье, его возраст и т.п. Информация, которая присутствует в научной литературе, хотя и подтверждает выдвинутую гипотезу, так как есть достаточно исследований, результаты которых свидетельствуют о том, что психическое состояние отличается во всех случаях внезапной смерти и сильно зависит от влияния разных факторов, однако является достаточно несистематической и неполной. Также, возможно, через недостаточное количество теоретических знаний, мало разработаны методы работы врача-психолога с пациентами, внезапно утратившими родственника. Поэтому в данной статье присутствует попытка систематизировать информацию про влияние факторов на психическое состояние, классифицировать их и на основе этого разработать рекомендации касательно оказания врачом-психологом помощи данной группе пациентов. В частности, было рассмотрено типичное психическое состояние человека после внезапной смерти родственника – горе, и наиболее распространённые психопатологические реакции, которые являются проявлениями нарушенной адаптации к смерти – посттравматическое стрессовое расстройство, тяжёлый депрессивный эпизод, пролонгированная реакция горя. Далее в работе были рассмотрены особенности психического состояния и психопатологических реакций, которые появляются под влиянием того или иного фактора. В результате после анализа литературы были разработаны рекомендации касательно работы в разных случаях внезапной смерти: с вдовцами и вдовами внезапно умерших, с детьми, которые внезапно потеряли родителей, с людьми, чей родственник умер вследствие суицида, убийства, военных действий, несчастных случаев, предложены наиболее эффективные тактики терапии, которые учитывают особенности влияния различных факторов на психическое состояние.

Ключевые слова: внезапная смерть, психическое состояние, горе, ПРГ, ПТСР, факторы влияния, медицинская психология

**MENTAL STATE OF A PERSON AFTER THE
SUDDEN DEATH OF A RELATIVE AND FEATURES
OF A DOCTOR-PSYCHOLOGIST'S ASSISTANCE
FOR THIS GROUP OF PATIENTS***D. Assonov**Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

In the article it is analyzed the data of the scientific literature of recent years, concerning the mental state of a person after the sudden death of a relative. It has been hypothesized that the mental condition is influenced by different factors, each of them makes it only the inherent features of the state. These factors are causes and conditions of death, socioeconomic status of the family, the status and role in the family of the deceased, age, etc. The information that is present in the scientific literature, although confirms the hypothesis, as there are enough studies that suggest that the mental state is different in all cases of sudden death and strongly dependent on the influence of different factors, but is rather patchy and incomplete. Also, perhaps through lack of theoretical knowledge, methods of work of the doctor-psychologist with the patients with the sudden loss of a relative are badly developed. Therefore, in this article there is an attempt to systematize the information about the influence of factors on the mental state, to classify them and to develop based on this information recommendations relating to the provision of doctor-psychologist assistance to this group of patients. Particularly, it was overviewed the typical person's mental state after the sudden death of a relative – the grief, and the most common psychopathological reactions, which is manifestations of maladjustment to death – post-traumatic stress disorder, major depressive disorder, prolonged grief. Further work was concentrated especially on the mental state and psychopathological reactions that occur under the influence of a factor. As a result, after the analysis of the literature, there were developed the recommendations about the work in different cases of a sudden death: with the widowers and widows of suddenly died, with children who suddenly lost their parents, with people whose relatives died due to suicide, homicide, military operations, accidents, there were proposed the most effective tactics of therapy that take into account the peculiarities of the influence of various factors on the mental state.

Key words: sudden death, mental state, grief, PGD, PTSD, impact factors, medical psychology