

Status poremećaja produžene ožalošćenosti u međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-11)

The status of prolonged grief disorder in the international classification of diseases (ICD-11)

Radomir Belopavlović, Filozofski fakultet, Novi Sad

Zdenka Novović, Filozofski fakultet, Novi Sad

SAŽETAK

Ključne reči:
poremećaj
produžene
ožalošćenosti,
MKB-11,
klinička korisnost

Ožalošćenost posle gubitka značajne osobe je univerzalno iskustvo. Međutim, kod malog, ali značajnog dela ožalošćenih, taj proces može da traje duže od kulturalno očekivanog perioda i može biti povezan sa intenzivnim distresom, disfunkcionalnošću, kao i povišenim mortalitetom i morbiditetom. Ožalošćenost je dugo u naučnoj literaturi posmatrana kao adaptivna reakcija na gubitak, ali kod nekih i kao faktor povezan sa, najčešće, velikom depresivnom epizodom, generalizovanim anksioznim poremećajem i post-traumatskim stresnim poremećajem. U prošlim verzijama dijagnostičkih sistema, DSM-IV i MKB-10, fenomen produžene ožalošćenosti je smešten u kategorije koje podrazumevaju dalja istraživanja, odnosno stanja koja zahtevaju negu, ali predlagana je i preporuka da se u tom slučaju ne uspostavlja dijagnoza velike depresivne epizode, upravo zbog normativne prirode reakcije na gubitak. U novoj iteraciji Međunarodne Klasifikacije Bolesti – 11 (MKB-11), ovo stanje se klasifikuje kao poremećaj produžene ožalošćenosti. Racionalu za ovu promenu predstavljaju istraživanja koja ukazuju na to da je ovaj poremećaj fenomenološki različit od sličnih stanja, podrazumeva specifične faktore rizika i posledice, kao i različita tretmanska rešenja. Ovaj rad će se fokusirati na same kriterijume u prostoru MKB-11, istraživanja koja govore u prilog validnosti dijagnoze, implikacije, kao i na širi okvir konceptualne i kliničke korisnosti ovog poremećaja.

ABSTRACT

Keywords:
Prolonged grief
disorder, ICD-11,
Clinical utility

Grief due to loss of a significant other is a universal experience. However, within a small, but a significant group of individuals, this process can last longer than the culturally expected period, and it can be associated with the intense distress, dysfunction, and higher rates of mortality and morbidity. Grief has been observed in the scientific literature as an adaptive reaction to loss, but also as a factor associated with major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and post-traumatic stress disorder. Previous versions of diagnostic systems, namely DSM-IV and ICD-10, have allocated the phenomenon of prolonged grief as a condition that

requires further research, or the condition that requires care. There is a recommendation not to give a diagnosis of a depressive episode because of the normative nature of the reaction to loss. In the new iterations of classification manuals, the ICD-11, this condition is classified as the Prolonged grief disorder. The rationale for change is found in the studies which suggest that this disorder is phenomenologically different from similar states. It aggregates different risk factors and consequences, as well as different treatment solutions. This paper will focus on the criteria of the disorder in the ICD-11 space, researches which mention diagnosis validity, implications, and a broader frame for conceptual and clinical utility of this disorder.

TIMS Acta (2020) 14, 109 –116

Uvod

Ožalošćenost je univerzalno, očekivano i normativno iskustvo za većinu osoba koje dožive gubitak bliske osobe. Istorijski gledano, od antičkih vremena, preko Krepelina i Frojda, ožalošćenost usled gubitka osobe se tretirala kao normalna, i adaptivna reakcija organizma (McDonald, 1985). Iako se ožalošćenost smatra univerzalnim fenomenom, postoje različite reakcije na gubitak koje su uslovljene kvalitetom vezanosti za preminulu osobu, religioznim opredeljenjem, kulturološkim kontekstom, etnicitetom, percepcijom dostupne socijalne podrške, uzrokom smrti i drugim faktorima (Cacciatore, Lacasse, Lietz, & McPherson, 2014). U odnosu na osobe koje su pretrpele druge stresne životne događaje, kod ožalošćenih se može registrovati viši nivo mortaliteta, morbiditeta, disfunkcionalnosti i upotrebe psihotropnih medikamenata. (Parkes & Prigerson, 2013; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007). Prema nekim istraživanjima, kao i meta-analitičkim studijama u oblasti ožalošćenosti, kod određenog procenta ožalošćenih, moguće je registrovati „klinički značajan bihejvioralni ili psihološki sindrom, odnosno obrazac tegoba kod osoba koji je povezan sa povišenim distresom i disfunkcionalnošću“ (Prigerson et al., 2009; Killikelly & Maercker, 2017; Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017).

U pretposlednjoj iteraciji Dijagnostičkog i Statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM – IV), komplikovana ožalošćenost je svrstana u kategoriju „V“, kao „stanje koje može biti klinički relevantno“ (APA, 1994), a u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD – 10) u kategoriju „Z“, odnosno pod „faktore koji utiču na zdravstveni status i na kontakt sa zdravstvenim sistemom“ (WHO, 2004). Prisustvo ožalošćenosti predstavljalo je isključujući faktor za uspostavljanje dijagnoze velike depresivne epizode u određenom vremenskom periodu posle gubitka. Argument za ovu zabranu predstavljala je opasnost od patologizacije normalne ožalošćenosti, medikalizacije normalnih stanja, produkcije velikog broja lažno pozitivnih rezultata,

što ima uticaj na epidemiološke podatke, a kada se uzmu u obzir kulturalne razlike, postojala bi opasnost od interferencije psihijatrije sa religioznim uverenjima u društvu, i promene percepcije ožalošćenosti u opštoj populaciji (Bryant, 2012).

Na inicijativu radne grupe za afektivne poremećaje (APA, 2013) javlja se predlog odbacivanja isključivanja dijagnoze velike depresivne epizode u prisustvu ožalošćenosti u DSM-5. Argument predstavljaju rezultati istraživanja koja sugerišu da depresivni sindrom koji podrazumeva ožalošćenost usled gubitka nije konceptualno različit od depresivne epizode koja ima neku drugu konfiguraciju uzročnika (Zisook, Shear & Kendler, 2007). Uključivanjem težih oblika ožalošćenosti, prema autorima, bila bi omogućena bolja mentalno-zdravstvena zaštita osoba putem prevencije, ranog skrininga, te posledično boljeg tretmana, kao i boljih ishoda u prospektivnom smislu (Bryant, 2012). Očekivano, javljale su se kontroverze i debate o odbacivanju isključenja ožalošćenosti pri dijagnostifikovanju dijagnoze velike depresivne epizode, posebno u svetlu rezultata koji govore u prilog odbacivanja isključenja (na primer, Zisook & Kendler, 2007; Pies, 2009), i protiv njega (Horwitz & Wakefield, 2007). Zanimljivo, jedan od autora iz grupe koja je zagovarala ideju isključivanja ožalošćenosti iz dijagnoze velike depresivne epizode, je autor modela prema kojem su poremećaji biološke disfunkcije (Wakefield, 1992b). S druge strane, autori koji su zagovarali dijagnostičku fleksibilnost (Kendler, Zachar, & Craver, 2011), i koji su ujedno bili, članovi radne grupe za formiranje kriterijuma afektivnih poremećaja, zagovaraju mehanicističko stanovište razvoja i održanja mentalnih poremećaja, prema kome stresni životni događaji, kao i biopsihosocijalni faktori vulnerabilnosti imaju nužnu generativnu ulogu u razvoju i održanju mentalnih poremećaja.

Ožalošćenost u klasifikacionom sistemu MKB-11

U prostoru MKB-11 sistema, produžena (traumatična ili komplikovana) ožalošćenost predstavlja posebnu

dijagnostičku kategoriju – poremećaj produžene ožalošćenosti. U nekoliko psihometrijskih studija operacionalizovan je koncept problematične ožalošćenosti, na primer konstruisani su Inventar komplikovane ožalošćenosti (ICG, Prigerson et al., 1995) i Skala komplikovane ožalošćenosti (CG, Horowitz et al., 2003). Značajan doprinos razumevanju produžene ožalošćenosti dala je studija Prigersona i saradnika (Prigerson et al., 2009). U ovoj studiji korišćeni su podaci iz Jejl studije o ožalošćenosti (Yale Bereavement Study, Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016) koju je organizovao Nacionalni institut za mentalno zdravlje. Od ukupnog broja ispitanika iz inicijalne studije (575), 317 pojedinaca je stupilo u kontakt sa istraživačima za svrhe formiranja kriterijuma poremećaja produžene ožalošćenosti. Istraživanje je rađeno u nekoliko faza, a ispitanici su dominantno bili ženskog pola i bele rase. U istraživanju je korišćen upitnik ICG-R koji sadrži 22 ajtema. Od inicijalnog broja ajtema, 6 ajtema je

izbačeno zbog niske informativnosti i dodatnih 4 zbog potencijalnih pristrasnosti u odnosu na vreme gubitka, pol i odnos sa preminulim. Ostalih 12 ajtema predstavljalo je jednodimenzionalnu skalu, PGD₂₀₀₉, koja dobrim delom predstavlja osnovu dijagnostičkih kriterijuma za dijagnozu Poremećaja produžene ožalošćenosti u prostoru MKB-11 (Tabela 1). Poremećaj produžene ožalošćenosti u ICD-11 je poštovao Prigersonov naglasak na separacionom distresu, ali u konceptualizaciji novog poremećaja značajnije su doprinele konceptualizacije ovog poremećaja kao vrste depresije (Clayton, 1990), zatim kao poremećaja afektivne vezanosti (attachment) (Rubin et al., 2008; Shear et al., 2007) i kao podtipa reakcije na gubitak (Stroebe et al., 2000). Neophodan, A kriterijum za uspostavljanje dijagnoze je preokupiranost ili čežnja za pokojnikom, čime se u prvi plan stavlja sam gubitak, odnosno stresni događaj, slično kao kod post-traumatskog stresnog događaja.

Tabela 1. Dijagnostički kriterijumi poremećaja produžene ožalošćenosti u prostoru MKB-11

Kategorija kriterijuma	Definicija
Barem jedan od sledećih	Perzistentna i pervazivna čežnja za preminulim Perzistentna i pervazivna preokupacija preminulim
Primeri intenzivnog emocionalnog bola	Intenzivni emocionalni bol, na primer: tuga, krivica, bes, poricanje, okrivljavanje Poteškoće prihvatanja smrti Osećaj da je osoba izgubila deo sebe Odsustvo pozitivnog raspoloženja Emocionalna utrnulost Poteškoće učestvovanja u socijalnim i drugim aktivnostima
Kriterijum vremenske udaljenosti od gubitka i disfunkcionalnosti	Ožalošćenost traje neočekivano dugo (više od minimalno šest meseci) posle gubitka, jasno vremenski premašujući očekivane socijalne, kulturalne ili religijske norme kulturalnog konteksta u kojem osoba živi. Ožalošćenost koja je prisutna duži period od normativnog u odnosu na kulturalni i religijski kontekst, ali se smatra normalnom reakcijom nije podložna dijagnozi. Tegobe dovode do značajne disfunkcionalnosti u ličnom, porodičnom, socijalnom, obrazovnom, profesionalnom ili drugom važnom domenu funkcionisanja.

(Izvor: Autori)

Validacija dijagnoze poremećaja produžene ožalošćenosti

Koncept je validiran pomoću više statističkih metoda i procedura, konfirmativnom faktorskom analizom (Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2008), analizom latentnih klasa (Boelen, Reijntjes, Djelantik, & Smid, 2016) i mrežnim analizama (Robinaugh, LeBlanc, Vuletich, & McNally, 2014). Dodatno, ovi kriterijumi su testirani kako na opštoj populaciji (Prigerson et al., 2009), tako i na kliničkim (Mauro et al., 2017), odnosno vojnim (Cozza et al., 2016) uzorcima. U jednom terenskom istraživanju Svetske zdravstvene organizacije (Keeley et al., 2016), 1738 kliničara iz 76 zemalja su testirani pomoću standardizovanih vinjeta, i stepen tačnog

prepoznavanja poremećaja produžene ožalošćenosti iznosio je 92%, što ukazuje na vrlo visok stepen slaganja. Rezultati ovog, ali i drugih istraživanja sugerišu senzitivnost trećeg, vremenskog kriterijuma koji zahteva trajanje ožalošćenosti bar šest meseci od momenta gubitka. Na osnovu prikaza slučajeva kroz vinjete, većina ekspertskih ispitanika je prepoznala poremećaj produžene ožalošćenosti zaista tek nakon šest meseci po gubitku. Ovaj vremenski period kao kriterijum je podržan i rezultatima nekoliko istraživanja (Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011). U smislu prediktivne validnosti, autori su prepoznali povezanost produžene ožalošćenosti sa negativnim ishodom, ponovo, samo ukoliko je period ožalošćenosti trajao duže od šest meseci. Ovaj konstrukt je validiran u kontekstu kako

zapadnih, tako i istočnih kultura (na primer, Hays & Hendrix, 2008; Xiu, Maercker, Yang, & Jia, 2017), u svetlu, očekivanog perioda ožalošćenosti, tipičnih manifestacija žaljenja i odnosa osobe sa pokojnikom. Epidemiološke studije sugerišu prevalencu koje se kreću između 4.2% (Horowitz et al., 2003), preko 6.7% (Kersting, Braehler, Glaesmer, & Wagner, 2011) do čak 9.8 prema novijoj metaanalitičkoj studiji (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver – Vestergaard, & O'Connor, 2017). Treba uzeti u obzir i podatak da prevalenca raste u slučaju smrti mlađe osobe, nasilne smrti, ili smrti uzrokovane katastrofom (Kristansen, Weisath, & Heir, 2012).

Dodatni argument za formiranje ove kategorije kao posebnog entiteta jeste fenomenološka razlika između produžene ožalošćenosti i velike depresivne epizode, generalizovanog anksioznog poremećaja i post-traumatskog stresnog poremećaja. Ožalošćeni češće održavaju emotivnu rezonancu sa drugima, dok kod depresivnih to nije slučaj (Pies, 2009; Zisook & Shear, 2009), imaju osećaj da je stanje tranzitorno, dok depresivni imaju utisak da disforični afekat nikada neće proći (Zisook & Kendler, 2007; Pies, 2009); suicidalne ideje kod ožalošćenih su ograničene na želju da se pridruže preminuloj osobi, dok depresivni razmišljaju o suicidu zbog besmislenosti sopstvenog života (Pies, 2009). Ispitanici koji su doživeli gubitak navode i periode pozitivnog afekta, dok kod depresivnih to nije slučaj (Horwitz & Wakefield, 2007; Zisook, & Kendler, 2007; Pies, 2009). Ožalošćeni izveštavaju da tuga dolazi u „talasima“, dok je kod depresivnih disforija uvek prisutna. (Pies, 2009; Zisook, & Shear, 2009). Takođe, prema Meju (Maj, 2012), depresivni ispitanici prepoznaju da ono što doživljavaju odstupa od normalnosti, dok ožalošćeni shvataju svoje stanje kao normativno. U studijama koje su ispitivale ispitanike iz različitih kultura i zemalja, čežnja za preminulim je bila povezana sa ožalošćenošću, ali ne i sa depresijom i anksioznošću (Prigerson et al., 2009). Za razliku od problema produžene ožalošćenosti, intenzivna i stalna disforičnost karakteristična je za depresivnost, odnosno briga i uznemirenost za anksioznost (Pies, 2009). Prema rezultatima više studija, produžena ožalošćenost podrazumeva specifičan set faktora rizika – separacionu anksioznost, kontrolišuće roditelje, smrt roditelja u detinjstvu, prenaplašenu bliskost sa preminulim, nesigurnu afektivnu vezanost, nizak nivo podrške bližnjih i nespremnost na smrtnu okolnost. Ovi faktori sugerišu da su problemi afektivne vezanosti najpatognomičniji za produženu ožalošćenost (van Doorn, Kasl, Beery, & Prigerson, 1998; Silverman, Johnson, & Prigerson, 2001;

Vanderwerker, Jacobs, Parkes, & Prigerson, 2006). U skladu sa ovim, separaciona anksioznost u detinjstvu jedinstveno predviđa prisustvo produžene ožalošćenosti u odraslom dobu, a ne predstavlja prediktor za veliku depresivnu epizodu, generalizovani anksiozni poremećaj i post-traumatski stresni poremećaj. Dodatno, rezultati nekih studija sugerišu specifičnu osetljivost neuralne aktivnosti na nagradu kod produžene ožalošćenosti, ali ne i kod onih koji ne pokazuju produženu ožalošćenost (O'Connor et al., 2008). Takođe, produžena ožalošćenost je povezana sa problemima imunog sistema, kardiovaskularnim problemima, štetnim ponašanjima i sniženim zadovoljstvom životom, i kod odraslih kao i dece i adoloscenata, kada se kontrolišu efekti depresije i anksioznosti (Boelen & van den Bout, 2005).

Finalno, a izuzetno relevantno, prema nekim istraživanjima, produžena ožalošćenost pokazuje različite terapijske ishode od normativne ožalošćenosti i depresivnosti. Farmakoterapija i psihoterapija koje se primenjuju kod normativne ožalošćenosti i depresivnosti, kao i njihovo združeno dejstvo pokazali su se neefikasnim kod produžene ožalošćenosti. Prema istraživanjima u ovom domenu, psihoterapijske intervencije koje pokazuju efikasnost za fenomen produžene ožalošćenosti podrazumevaju mešavinu tehnika iz terapija post-traumatskog stresnog poremećaja, narativne terapije i kognitivno bihevioralne terapije (Shear, 2015).

Status stresa (i gubitka) u savremenim shvatanjima mentalnih poremećaja

Nove iteracije nozoloških sistema često dovode do značajnih kontroverzi među profesionalcima u oblasti mentalnog zdravlja. Problemi najčešće proizilaze iz zabrinutosti vezane za zloupotrebu autoriteta psihijataru i psihologa, medikalizaciju normalnih stanja, inflaciju falš-pozitivnih nalaza, kao i „razvodnjavanje“ i trivijalizaciju koncepta mentalnih poremećaja (Maj, 2012). Dodatno, mnogi autori, opravdano, naglašavaju problem povećanja broja dijagnoza u svetlu stigmatizacije, koja može imati negativne socijalne, interpersonalne, psihološke i zdravstvene efekte (Howell, Weikum, & Dyck, 2011), s obzirom na univerzalnost i kulturnu varijabilnost ožalošćenosti posle gubitka.

Problem patologizacije tugovanja bio je u fokusu mnogih medijskih izveštaja krajem dvadesetog, odnosno početkom ovog veka, često uz naglasak na štetnosti ideje razmatranja nekih varijacija normalnih

iskustava kao patoloških. Prema Zaharu (Zacher, 2014), ti odlomci često su bili subjektivni i imali primarnu poruku da psihijatri površno gledaju na tegobe osobe, i da su svesno, ili nesvesno, pomagači farmaceutskih kompanija. U pomenutim odlomcima, ne samo da je odbačena ideja da je problem (produžene) ožalošćenosti (potencijalno) tretabilan, već da je proces ožalošćenosti kako očekivan, tako i nužan, jer odsustvo emocionalnog bola usled gubitka može biti faktor rizika za emocionalne poremećaje sa protokom vremena (Wortman & Silver, 1989, prema Zaharu, 2014). Najvažniji zagovornici depatologizacije ožalošćenosti, autori iz domena filozofije i sociologije, Džerom Vejkfild i Alen Horvic, u knjizi iz 2007. godine „The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder“ uputili su mnoštvo kritika o autoritetu koje društvo daje psiholozima i psihijatrima po pitanju šta je normalno, a šta ne. Detaljan pregled ove knjige prevazilazi opseg ovog pregleda. Međutim, setimo se da je Vejkfild (Wakefield, 1992a) tvorac uticajnog modela „štetne disfunkcije“ kao objašnjenja prirode mentalnih poremećaja. Ovaj model sadrži vrednosnu komponentu („štetna“), ali je njegova glavna ideja (biološke) disfunkcije. Prema Vejkfildu, zbog naglaska na biološkoj osnovi poremećaja, ne samo da gubitak bliske osobe, već ni bilo koji socijalni ili akcidentalni činilac nisu od značaja za razvoj poremećaja. Kritike ovog (naizgled humanističkog) pristupa ožalošćenosti, zabeležene su kako po pitanju „štetnosti“, tako i „disfunkcije“ (na primer, Lilliefeld, & Marino, 1995). Za našu diskusiju je možda najvažnija kritika povezana sa statusom stresa u relaciji sa mentalnim poremećajima. Kako jedna grupa autora naglašava (Zisook, Shaer, & Kendler, 2007), u kontekstu ožalošćenosti, nije jasno zašto bi gubitak, kao jedan od kros-kulturalno najintenzivnijih stresora (McAndrew, Akande, Turner, & Sharma, 1998) bio irelevantan u procesu početka i održanja poremećaja. U širem smislu, zašto bi bilo koji stresni životni događaj bio, *kausalno* irelevantan? Odbacivanje mogućnosti javljanja poremećaja posredstvom stresa je razumljivo iz pozicije čvrsto biološkog modela koji predlaže Vejkfild. Međutim, višedecenijska teorijska i empirijska istorija govori u prilog multifaktorijalnosti u razvoju i održanju mentalnih poremećaja, gde je stres suštinski koncept u objašnjenju mentalnih poremećaja (Monroe & Simmons, 1991). Sa praktičnog aspekta, uloga stresa se jasno reflektuje na proces dijagnostifikovanja, jer, na primer, prema Merkeru i saradnicima (Maercker et al, 2013), poremećaji specifično vezani za stres su među najčešće

registrovanim. Na primer, post-traumatski stresni poremećaj je za kliničke psihologe koji koriste MKB-10 sistem, bio osmi po učestalosti dijagnostikovanja dok je za psihologe koji koriste DSM-IV sistem, ova dijagnoza bila na trećem mestu po učestalosti, iza generalizovanog anksioznog poremećaja i velike depresivne epizode (Evans et al., 2013).

Tokom prošlog i početkom ovog veka dolazi do vidnog pomeranja gledišta na mentalne poremećaje od mono-kauzalnog, biomedicinskog stanovišta do perspektive u sklopu koje mentalni poremećaji podrazumevaju kompleksnu multifaktorijanu dinamiku razvoja i održanja (Engel, 1978; Monroe & Simmons, 1991; Zacher, 2015; Borsboom, Cramer, & Kalis, 2019). Upravo je „razvodnjavanje“ koncepta mentalnog poremećaja, odnosno otklona od esencijalističkog stanovišta (po kome je esencija u biologiji), ka pragmatičnom, dovelo do ekspanzije terapijskih pristupa psihičkim tegobama (Zacher, 2014). Prema pragmatičnom pristupu, ne postoji nijedan *pravi* način konceptualizacije mentalnih poremećaja, a klasifikacija je usmerena na korisnost, u smislu ekspanzije, prediktabilnosti, planiranja tretmana i olakšane komunikacije. Iz ove perspektive na mentalne poremećaje se gleda kao na praktične vrste. U novijoj literaturi, Kendler i sar. (Kendler, Zacher, & Craver, 2011) dopunjuju ideju o poremećajima kao praktičnim vrstama i uvode ideju „klastera mehanizmičkih svojstava“. Inspirisani Bojdovom (Boyd, 1999) teorijom „klastera homeostatskih svojstava“, ovi autori smatraju da su mentalni poremećaji stabilni obrasci sa inherentno nejasnim granicama, različitih etioloških putanja unutar kategorija i između njih. U sklopu ovih obrazaca veze između svojstava (simptoma) odražavaju njihovu direktnu, homeostatsku ili logičku povezanost (na primer, halucinacije vode sumanutostima, a ove ka hostilnosti). Ovo stanovište se razlikuje od esencijalističkog pristupa jer ne podrazumeva niti jedan nužan i dovoljan uslov po kojem član pripada klasifikacionoj vrsti. Sa druge strane, razlikuje se i od socijalno-konstruktivističkih propozicija zato što zagovornici ovog stanovišta, zbog prisustva direktnih veza između simptoma, ne smatraju da su članovi (pacijenti) arbitrarno klasifikovani. U prostoru klasifikacionih sistema, atributi (ili simptomi) se zaista „drže“ zajedno na netrivialan način (Schmittmann et al., 2013), a različiti efekti tretmana su očekivana posledica varijabilnosti kategorija, odnosno heterogenosti (Held, 2017). Ako je perspektiva razumevanja mentalnih poremećaja i njihovog klasifikovanja sadržana u stavovima ovih autora, stresni događaji itekako imaju

mesta u mrežnim konstelacijama mentalnih poremećaja isto kao i biološki, psihološki i sociološki činioci, čineći delove kauzalnih lanaca, povratnih sprega, medijacionih i moderatorskih puteva koji na različite načine mogu dovesti do poremećaja. Prema autorima iz ove grupe (na primer, Borsboom, 2017), stresni životni događaj (gubitak) destabilizuje sistem i podrazumeva adaptaciju, koja posredstvom faktora rizika, zaštite, ili sredine, može biti otežana ili olakšana. Dodatno, a relevantno u odnosu na vremenski kriterijum dijagnoze, stresor može pokrenuti delove kauzalnog lanca koji se posle samo-održava i koji je postojan u vremenu dužem od uobičajene reakcije na gubitak (na primer, čežnja za preminulim dovodi do distresa, koji se održava disfunkcionalnim mehanizmima emocionalne regulacije, usamljenošću, otežanom socio-ekonomskom situacijom što reaktivira čežnju za preminulim i održava začarani krug).

Zaključak

Prošli dijagnostički sistemi su dominantno bili fokusirani na rafiniranje kriterijuma u svrhu poboljšanja dijagnostičke specifičnosti i pouzdanosti (Killikelly & Maercker, 2017). Iako korisno, čini se da duge i komplikovane liste simptoma nisu uvek korisne u kliničkim okolnostima (Hyman, 2007). Skladno preporukama Svetske zdravstvene organizacije, naglasak u formiranju MKB-11 sistema je klinička korisnost i internacionalna generalizibilnost (WHO, 2004) preko olakšane komunikacije, olakšanog dijagnostičkog procesa i planiranja tretmana. Rezultati velike studije koja je anketirala više od 5000 psihijatara i 2500 psihologa, sugerišu da kliničari preferiraju fleksibilnije dijagnostičke preporuke, više prostora za kliničko prosuđivanje, kao i naglasak na kulturalni kontekst u sklopu koga se vrši procena (Evans et al., 2013).

Stigmatizacija osoba sa mentalnim poremećajima je nesumnjivo jedna od važnih tema u domenu savremene psihopatologije, kao i drugi problemi klasifikacije mentalnih poremećaja usled gomilanja dijagnoza i patologizacije normalnih stanja. Uprkos tome, stiče se utisak da je inkluzija dijagnoze „poremećaja produžene ožalošćenosti“ opravdana. Na osnovu eksploratornih studija, čini se da ovaj fenomen podrazumeva pouzdanost i validnost, fenomenološki se razlikuje od drugih poremećaja, a specifični (psihoterapijski) tretmani pokazuju efektivnost. Prepoznata je uloga perioda od šest meseci, a podržana je i empirijskim istraživanjima, kao i kulturalni kontekst u kome ožalošćena osoba živi.

Imajući u vidu upravo rezultate istraživanja o potrebama prakse vezane za fleksibilnost i prostor za klinički sud (Evans et al, 2013), dijagnoza poremećaja produžene ožalošćenosti kao praktične vrste se čini validnom i korisnom, uvažavajući kompleksnu dinamiku stresnih životnih događaja kao delova kauzalnog lanca (Pearl, 2009), specifične faktore vulnerabilnosti i rezilijentnosti, kao i simptome koji su direktno i potencijalno cirkularno održivi (Bellet, Jones, Neimeyer, & McNally, 2018).

IZJAVA

Autori su svojim izjavama potvrdili nepostojanje bilo kakvog sukoba interesa.

LITERATURA

- American Psychological Association. APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, Washington, DC: Author
- American Psychological Association. APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5*: Washington, DC: Author
- Bellet, B. W., Jones, P. J., Neimeyer, R. A., & McNally, R. J. (2018). Bereavement outcomes as causal systems: a network analysis of the co-occurrence of complicated grief and posttraumatic growth. *Clinical Psychological Science*, 6(6), 797–809.
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post loss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2175–2177.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., Djelantik, A. M. J., & Smid, G. E. (2016). Prolonged grief and depression after unnatural loss: Latent class analyses and cognitive correlates. *Psychiatry Research*, 240, 358–363.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2008). The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among bereaved individuals: A confirmatory factor analysis study. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1377–1383.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World psychiatry*, 16(1), 5–13.
- Borsboom, D., Cramer, A. O., & Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42.
- Boyd, R. (1999). Homeostasis, species, and higher taxa. *Species: New interdisciplinary essays*, 141, 185.
- Bryant, R. A. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 9–10.

- Cacciatore, J., Lacasse, J. R., Lietz, C. A., & McPherson, J. (2014). A parent's tears: primary results from the traumatic experiences and resiliency study. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 68*(3), 183–205.
- Clayton, P. J. (1990). Bereavement and depression. *The Journal of clinical psychiatry, 51*(Suppl), 34–40.
- Cozza, S. J., Fisher, J. E., Mauro, C., Zhou, J., Ortiz, C. D., Skritskaya, N., Wall, M., Fullerton, C., Ursano, R., & Shear, M. K. (2016). Performance of DSM-5 persistent complex bereavement disorder criteria in a community sample of bereaved military family members. *American Journal of Psychiatry, 173*(9), 919–929.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences, 310*(1), 169–181.
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M., & Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology, 48*(3), 177–193.
- Hays, J. C., & Hendrix, C. C. (2008). The role of religion in bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (p. 327–348). American Psychological Association
- Held, B. S. (2017). The distinction between psychological kinds and natural kinds revisited: can updated natural-kind theory help clinical psychological science and beyond meet psychology's philosophical challenges? *Review of General Psychology, 21*(1), 82–94.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus, 1*(3), 290–298.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Howell, A. J., Weikum, B. A., & Dyck, H. L. (2011). Psychological essentialism and its association with stigmatization. *Personality and individual differences, 50*(1), 95–100.
- Hyman, S. E. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nature Reviews Neuroscience, 8*(9), 725–732.
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., ... & Andrews, H. F. (2016). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: Field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *American Psychologist, 71*(1), 3.
- Kendler, K. S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). Mental disorders as mechanistic property clusters reply. *Psychological medicine, 41*(7), 1566–1566.
- 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.
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup6), 1476441.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 75*(1), 76–97.
- Lilienfeld, S. O., & Marino, L. (1995). Mental disorder as a Roschian concept: A critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 411–420
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 212*, 138–149.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry, 15*(3), 266–275.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... & Rousseau, C. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet, 381*(9878), 1683–1685.
- Maj, M. (2012). Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry, 11*(1), 1.
- Mauro, C., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Skritskaya, N., ... & Ghesquiere, A. (2017). Performance characteristics and clinical utility of diagnostic criteria proposals in bereaved treatment-seeking patients. *Psychological Medicine, 47*(4), 608–615.
- McAndrew, F. T., Akande, A., Turner, S., & Sharma, Y. (1998). A cross-cultural ranking of stressful life events in Germany, India, South Africa, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 29*(6), 717–727.
- McDonald, J. E. (1985). *The crisis of neonatal bereavement: A model for prediction of outcome*. Dissertation Abstracts International, 45.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin, 110*(3), 406.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage, 42*(2), 969–972.
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Pies, R. W. (2009). Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *Journal of Affective Disorders, 116*(1), 1–3.
- Pearl, J. (2009). *Causality*. Cambridge university press.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Bonanno, G. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med, 6*(8), e1000121.

- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65–79.
- Robinaugh, D. J., LeBlanc, N. J., Vuletich, H. A., & McNally, R. J. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *Journal of abnormal psychology*, 123(3), 510.
- Rubin, S. S., Malkinson, R., Witztum, E., Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: Challenges, dilemmas, and opportunities. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 187–206).
- Shear K., Monk T., Houck P., Melhem N., Frank E., Reynolds C., & Sillowash R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453–461
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... & Gorscak, B. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM 5. *Depression and anxiety*, 28(2), 103–117.
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New ideas in psychology*, 31(1), 43–53.
- Silverman, G. K., Johnson, J. G., & Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 38(3/4), 202.
- Stroebe M., Van Son M., Stroebe W., Kleber R., Schut H., & van den Bout J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57–75.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973.
- van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 566–573.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 121–123.
- Wakefield, J. C. (1992a). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological review*, 99(2), 232.
- Wakefield, J. C. (1992b). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>
- Xiu, D., Maercker, A., Yang, Y., & Jia, X. (2017). Prolonged grief, autobiographical memory, and its interaction with value orientations in China and Switzerland. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 48(9), 1369–1388.
- Zachar, P. (2014). *A metaphysics of psychopathology*. MIT Press.
- Zachar, P. (2015). Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us?. *World Psychiatry*, 14(3), 288.
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67–74.
- Zisook, S., Shear, K., & Kendler, K. S. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry*, 6(2), 102.
- Zisook, S., & Kendler, K. S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression. *Psychological Medicine*, 37, 779–794.

Datum prijave: 03.11.2020.

Datum prihvatanja: 13.01.2021.

Kontakt

Radomir Belopavlović, Filozofski fakultet,
Dr Zorana Đinđića 1, Novi Sad,
E-mail: radomir.belopavlovic@ff.uns.ac.rs

Zdenka Novović, Filozofski fakultet,
Dr Zorana Đinđića 1, Novi Sad,
E-mail: zdenov@ff.uns.ac.rs