

Zespół żałoby przedłużonej w ICD-11 i DSM-5-TR: struktura czynnikowa oraz korelaty socjodemograficzne i korelaty związane ze stratą w próbie osób owdowiałych

Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Factor structure, and psychosocial and loss-related correlates in a sample of widowed persons

Marcin Sękowski¹, Karolina Ludwikowska-Świeboda²,
Holly G. Prigerson^{3,4}

¹ Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej,
Warszawa, Polska

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Polska

³ Cornell Center for Research on End-of-Life Care, New York, USA

⁴ Department of Medicine, Division of Geriatrics and Palliative Medicine, New York, USA

Summary

Aim. This study sought to determine whether the symptoms of prolonged grief disorder (PGD) according to ICD-11 and DSM-5-TR have a unifactorial structure. Second, we sought to determine the sociodemographic and loss-related correlates of PGD symptom severity according to ICD-11 and DSM-5-TR.

Material and methods. People who had lost a spouse ($N = 144$) in the past six months were examined using the Polish versions of the *Prolonged Grief Disorder-13* scale (PG-13) and *Inventory of Complicated Grief* (ICG). Selected PG-13 and ICG items were included in the analyses to cover the PGD criteria according to ICD-11 and DSM-5-TR.

Results. Confirmatory factor analyses supported the one-dimensional structure of both sets of symptoms of the disorder. Briefer time since loss and loss due to an accident were associated with PGD symptom severity according to both ICD-11 and DSM-5-TR.

Conclusions. PGD is a one-dimensional and internally consistent psychopathological syndrome. Widows and widowers who have recently lost their spouse due to an accident may be at especially heightened risk of developing severe levels of PGD symptoms.

Słowa klucze: zespół żałoby przedłużonej, żałoba, wdowy i wdowcy

Key words: prolonged grief disorder, bereavement, widows and widowers

Wstęp

Od ponad stu lat klinicyści opisywali różne psychopatologiczne reakcje na utratę bliskiej osoby, które wyrażały się przewlekłym dystresem (nasiloną formą stresu) separacyjnym oraz różnymi przejawami emocjonalnego cierpienia [1, 2]. Przez większą część XX wieku przedłużającą się, intensywną i utrudniającą funkcjonowanie żałobę rozpoznawano jako postać zaburzeń depresyjnych [3, 4]. Począwszy od lat 90. XX wieku, zaczęło się jednak pojawiać coraz więcej badań wskazujących, że patologiczna żałoba może być swoistym zaburzeniem psychicznym [5].

Żałoba patologiczna spełnia kryteria zaburzenia psychicznego, ponieważ stanowi klinicznie istotny zespół objawów wiążący się z dystresem i utrudniający funkcjonowanie jednostki w różnych sferach życia [6, 7]. Badania pokazały, że symptomatologia żałoby patologicznej różni się od objawów normalnej żałoby [8, 9]. Różni się ona także od zaburzeń depresyjnych – ma inne objawy, swoiste predyktory (np. emocjonalną bliskość ze zmarłą osobą przed śmiercią i nasiloną zależność interpersonalną [10, 11]) oraz odmienne wskaźniki aktywności neurofizjologicznej [12]. Inne okazały się też formy skutecznego leczenia depresji i żałoby patologicznej [13, 14]. Dowiedziono ponadto, że objawy żałoby patologicznej tworzą jeden czynnik [15, 16], co sugeruje, że symptomy tego zaburzenia reprezentują spójny, jednorodny zespół objawów. Empirycznie potwierdzono, że czynnik zawierający objawy żałoby patologicznej ma odrębny charakter wobec objawów normalnej żałoby [8, 9] oraz wobec depresji, zespołu lęku uogólnionego i zespołu stresu pourazowego [17–19].

Biorąc pod uwagę kumulację badań wspierających wyróżnienie żałoby patologicznej jako oddzielnego zaburzenia psychicznego [20], w 2013 roku w DSM-5 [21], w Sekcji III („Stany wymagające dalszych badań”) uwzględniono stan określony jako „uporczywe złożone zaburzenie żałoby” (*Persistent Complex Bereavement Disorder* – PCBD). Następnie w 2018 roku grupa robocza ICD-11 do spraw zaburzeń związanych ze stresem włączyła zespół żałoby przedłużonej (*Prolonged Grief Disorder* – PGD) jako nową jednostkę diagnostyczną do pierwszej [22] oraz kolejnych wersji ICD-11 [7]. W końcu zaś Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zmodyfikowało kryteria PCBD i w 2020 roku zaaprobowało włączenie do DSM-5-TR [6] (aktualnej wersji DSM wydanej w marcu 2022 roku) żałoby patologicznej pod nazwą PGD jako jednostki diagnostycznej.

W tabeli 1 przytaczamy opis PGD w ICD-11 oraz kryteria tego zaburzenia zawarte w DSM-5-TR. Chociaż kryteria PGD w obydwu klasyfikacjach są podobne, to są też między nimi pewne różnice. Rozpoznanie PGD zgodnie z ICD-11 i DSM-5-TR jest możliwe, jeżeli dana osoba po śmierci kogoś bliskiego doświadcza dojmującej reakcji żałoby, która przejawia się uporczywą tęsknotą za zmarłym lub zaabsorbowaniem utraconą osobą, gdy powoduje ona istotne zakłócenie/upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej czy innej sferze życia, a także jeżeli długość i intensywność reakcji żałoby w wyraźny sposób przekraczają normy społeczne, kulturowe i religijne właściwe dla kultury, w jakiej żyje jednostka, i dla kontekstu jej funkcjonowania [6, 7, 23, 24].

Tabela 1. Zespół żaloby przedłużonej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizji 11 (ICD-11) oraz w Kryteriach Diagnostycznych Zaburzeń Psychicznych, Wydaniu 5, Wersji Poprawionej (DSM-5-TR)

PGD według ICD-11 [7]	PGD według DSM-5-TR [6]
<p>Zespół żaloby przedłużonej to zaburzenie, w którym po śmierci partnera, rodzica, dziecka lub innej bliskiej osoby jednostka w żalobie doświadcza uporczywej i wszechobecnej reakcji żaloby charakteryzującej się tęsknotą za zmarłą osobą lub uporczywym zaabsorbowaniem zmarłą osobą, któremu towarzyszy intensywny ból emocjonalny (np. smutek, wina, złość, zaprzeczenie, obwinianie, trudności w zaakceptowaniu śmierci, poczucie utraty części siebie, niemożność doświadczenia pozytywnego nastroju, odrętwienie emocjonalne, trudności w angażowaniu się w aktywność społeczną lub inną). Reakcja żalu utrzymuje się przez nietypowo długi czas po stracie (po przynajmniej sześciu miesiącach) i wyraźnie przekracza oczekiwane normy społeczne, kulturowe lub religijne właściwe dla kultury i kontekstu jednostki. Reakcje żaloby utrzymujące się przez dłuższy czas i mieszczące się w normatywnym okresie żaloby, biorąc pod uwagę kontekst kulturowy i religijny danej osoby, ujmowane są jako normalne reakcje żaloby i nie są im przypisywane rozpoznania. Zaburzenie powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania w sferze osobistej, rodzinnej, społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub w innym ważnym obszarze funkcjonowania.</p>	<p>A. Śmierć osoby bliskiej jednostce w żalobie przynajmniej 12 miesięcy wcześniej (w wypadku dzieci i młodzieży – przynajmniej 6 miesięcy wcześniej).</p> <p>B. Po śmierci bliskiej osoby prawie codziennie lub częściej, przynajmniej przez ostatni miesiąc, w stopniu klinicznie istotnym występowała reakcja żaloby przyjmująca jedną lub obydwie z poniższych postaci:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensywna tęsknota za zmarłą osobą 2. Zaabsorbowanie myślami lub wspomnieniami o zmarłej osobie (u dzieci i młodzieży zaabsorbowanie może skupiać się na okolicznościach śmierci). <p>C. W wyniku straty po śmierci bliskiej osoby dana jednostka doświadczała prawie codziennie lub częściej w klinicznie istotnym stopniu, przynajmniej w ostatnim miesiącu, przynajmniej 3 z następujących 8 objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zakłócenie tożsamości (np. poczucie, jakby umarła jakaś część siebie) 2. Wyraźne niedowierzenie w śmierć 3. Unikanie przypominania sobie faktu, że dana osoba nie żyje (u dzieci i młodzieży może się przejawiać w staraniach, by unikać przypominania sobie) 4. Intensywny ból emocjonalny (np. złość, gorycz, smutek) związany ze śmiercią 5. Trudności z ponowną integracją życiową po śmierci (np. problemy z nawiązywaniem kontaktów z przyjaciółmi, realizowaniem zainteresowań, planowaniem przyszłości) 6. Odrętwienie emocjonalne (tj. brak lub wyraźne zmniejszenie intensywności emocji, uczucie oszołomienia) w wyniku śmierci 7. Poczucie, że w wyniku śmierci życie jest pozbawione sensu 8. Intensywna samotność (tj. uczucie osamotnienia lub oderwania od innych) w wyniku śmierci. <p>D. Zaburzenie powoduje klinicznie istotny dystres lub zakłócenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach</p> <p>E. Czas trwania i nasilenie reakcji żaloby wyraźnie przekraczają oczekiwane, właściwe dla kultury i kontekstu danej osoby normy społeczne, kulturowe lub religijne.</p> <p>F. Objawy nie są lepiej wyjaśnione przez poważne zaburzenie depresyjne, zespół stresu pourazowego lub inne zaburzenie psychiczne, ani nie mogą być przypisane fizjologicznym skutkom substancji (np. leków, alkoholu) lub innym stanom medycznym.</p>

Chociaż w ICD-11 i DSM-5-TR kryteria „tęsknoty lub zaabsorbowania” oraz „zakłócenia funkcjonowania” są praktycznie takie same, to występują też różnice odnośnie do „czasu od straty” (ICD-11 – 6 miesięcy; DSM-5-TR – przynajmniej 12 miesięcy u osób dorosłych, a u dzieci i młodzieży 6 miesięcy) oraz obecności określonych „dodatkowych objawów żałoby” poza tęsknotą lub zaabsorbowaniem (ICD-11 – intensywny ból emocjonalny związany ze stratą, który przyjmuje przynajmniej jedną z następujących postaci: smutek, poczucie winy, złość, zaprzeczenie, trudność w zaakceptowaniu śmierci, poczucie utraty części siebie, niemożność doświadczania pozytywnego nastroju, odrętwienie emocjonalne i/lub trudność w angażowaniu się w aktywność społeczną lub inną [7, 23]; DSM-5-TR – w klinicznie istotnym stopniu przynajmniej trzy z ośmiu następujących objawów związanych z żałobą: zakłócenie tożsamości, wyraźne niedowierzenie w śmierć bliskiej osoby, unikanie zdawania sobie sprawy, że bliska osoba nie żyje, intensywny ból emocjonalny (np.: złość, gorycz, smutek), trudność w reintegracji społecznej, odrętwienie emocjonalne, poczucie, że życie nie ma sensu i/lub poczucie osamotnienia [6, 24]. Kryteria PGD według DSM-5-TR wydają się zatem bardziej restrykcyjne niż te opisane w ICD-11 (ICD-11 – krótszy czas od momentu straty bliskiej osoby i jeden dodatkowy objaw żałoby; DSM-5-TR – przynajmniej trzy dodatkowe objawy żałoby).

Badania nad rozpowszechnieniem PGD według tych dwóch zestawów kryteriów wskazują, że w ogólnej populacji niemieckiej kryteria PGD według ICD-11 spełniało 4,2%, a według DSM-5-TR – 3,3% osób, które utraciły bliską osobę w ciągu życia [25]. Nie jest jednak jasne, jakie może być rozpowszechnienie PGD wśród osób, które straciły współmałżonka/współmałżonkę. Biorąc pod uwagę problem starzenia się światowej populacji i fakt, że zgodnie z Narodowym Spisem Powszechnym z 2021 roku osoby owdowiałe stanowią ponad 8,5% ludności powyżej 15. roku życia w Polsce [26], zaburzenia w procesie żałoby po śmierci współmałżonka/współmałżonki mogą stanowić poważny problem społeczny. Prowadzenie badań w tym obszarze wydaje się więc istotne i uzasadnione.

Pierwszym celem naszego badania było zweryfikowanie, czy objawy PGD, zarówno według ICD-11, jak i DSM-5-TR, mają strukturę jednoczynnikową u osób, które straciły współmałżonka lub współmałżonkę. Wcześniejsze badania dowodziły, że objawy PGD tworzą jeden czynnik [15, 16]. W drugiej kolejności sprawdzono, czy i jakie zmienne socjodemograficzne i związane ze stratą i utraconą osobą najlepiej wyjaśniają nasilenie objawów PGD według ICD-11 i DSM-5-TR.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Polsce w województwach lubelskim i świętokrzyskim. Informacja o badaniu została rozpowszechniona przez przeszkolonych asystentów badawczych w klubach seniora, grupach przykościelnych i innych miejscach, gdzie spodziewano się spotkać osoby po stracie współmałżonka lub współmałżonki. Kryteria włączenia obejmowały: wiek powyżej 18 lat, śmierć współmałżonka/współmałżonki przynajmniej 6 miesięcy przed badaniem i biegle posługiwanie się językiem polskim. Wśród kryteriów wykluczenia nie określono maksymalnego czasu od straty, ponieważ PGD to zaburzenie polegające na utrzymywaniu się intensywnej i utrudnia-

jącej funkcjonowanie reakcji żałoby nawet przez wiele lat po stracie [20, 24, 25]. Po udzieleniu zgody na badanie w trakcie wcześniej umówionego spotkania indywidualnie przeprowadzono anonimowe i dobrowolne badanie metodą papier-ołówek. Badanie zostało zaaprobowane przez Komisję Etyczną Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

W badaniu wykorzystano polskie wersje dwóch narzędzi służących do przesiewowego samoopisowego pomiaru żałoby patologicznej: *Skalę zespołu żałoby przedłużonej* PG-13 (*Prolonged Grief Disorder-13 scale*) [20, 27, 28] oraz *Inwentarz żałoby powikłanej* (*Inventory of Complicated Grief – ICG*) [29, 30]. Dotychczasowe badania potwierdziły dobre właściwości psychometryczne polskich wersji tych skal [11, 27, 30]. Obydwa kwestionariusze mierzą nasilenie objawów żałoby patologicznej na 5-stopniowej skali. Skalę Likerta 0–4 w ICG przekodowano do formatu 1–5, właściwego dla PG-13. Wykorzystując tabelę opracowaną przez Sękowskiego i Prigerson [27], zidentyfikowano pozycje PG-13 mierzące kryteria PGD według ICD-11 i DSM-5-TR. Jeżeli określony objaw nie był mierzony przez PG-13, lecz był oceniany przez ICG, wybrane pozycje PG-13 zostały uzupełnione odpowiednimi pozycjami ICG. Treść tych pozycji można znaleźć we wspomnianej tabeli [27]. Oceniając PGD według ICD-11, uwzględniono: pozycje 1, 4, 6, 7, 11, 10 z PG-13, pozycje 6 i 16 z ICG; jeden objaw mierzony był dwoma pozycjami – nr 2 z PG-13 i nr 1 z ICG. Oceniając PGD według DSM-5-TR, brano pod uwagę: pozycje 1, 4, 6, 10, 12 z PG-13, pozycje 1, 7 i 19 z ICG; jeden objaw był mierzony przez dwie pozycje z PG-13 (5 i 11); jeden objaw mierzono dwiema pozycjami z PG-13 (nr 2 i 9) i jedną z ICG (nr 6). W wypadku mierzenia jednego objawu za pomocą kilku pozycji wynik był uśredniany. Dzięki użyciu PG-13 i ICG udało się uwzględnić wszystkie objawy PGD według DSM-5-TR. Mierzono też wszystkie objawy według ICD-11, poza smutkiem i niezdolnością do doświadczania pozytywnego nastroju (objawy te pokrywają się z objawami depresji). Nasilenie objawów PGD było sumą nasilenia poszczególnych objawów zaburzenia.

Wyniki

Charakterystyka badanej próby

Do przeprowadzenia analiz statystycznych wykorzystano programy SPSS.27 i AMOS.27. Braki danych nie przekroczyły 3,5% w odpowiedziach na pojedyncze pozycje. Brakujące odpowiedzi zostały uzupełnione średnimi z wszystkich uzupełnionych pozycji skali. Przebadano 144 osoby między 26. a 86. rokiem życia ($M = 59,36$; $SD = 12,04$; $Me = 60,00$). Czas od śmierci małżonka/małżonki wahał się od 0,5 roku do 38 lat ($M = 9,11$; $SD = 8,58$; $Me = 6,00$). Zmarli współmałżonkowie mieli w chwili śmierci między 25 a 80 lat ($M = 52,20$; $SD = 13,09$; $Me = 53,00$). Staż małżeński przed utratą wynosił od jednego roku do 55 lat ($M = 26,50$; $SD = 12,95$; $Me = 26,50$). W tabeli 2 przedstawiono dokładną charakterystykę badanych osób pod względem zmiennych socjodemograficznych i związanych ze stratą współmałżonka.

Tabela 2. Zmienne socjodemograficzne i związane ze stratą w badanej próbie (N = 244)

		n (%)
Płeć	Kobieta	119 (82,6%)
	Mężczyzna	25 (17,4%)
Miejsce zamieszkania	Wieś	78 (54,2%)
	Miasto <50 tys. mieszkańców	28 (19,4%)
	Miasto 50–150 tys. mieszkańców	20 (13,9%)
	Miasto >150 tys. mieszkańców	16 (11,1%)
Wykształcenie	Podstawowe/zasadnicze zawodowe	54 (37,5%)
	Średnie/pomaturalne	56 (38,9%)
	Studiuje	1 (0,7%)
	Wyższe	33 (22,9%)
Sytuacja zawodowa	Pracuje	63 (43,8%)
	Renta/emerytura	72 (50,0%)
	Bezrobocie	4 (2,8%)
	Inna	4 (2,8%)
Utrata nagła/niespodziewana	Tak	60 (41,7%)
	Nie	84 (58,3%)
Utrata na skutek nieszczęśliwego wypadku	Tak	26 (18,1%)
	Nie	118 (81,9%)
Utrata po długotrwałej chorobie	Tak	54 (37,5%)
	Nie	90 (62,5%)

Testowanie jednoczynnikowej struktury objawów PGD według ICD-11 i DSM-5-TR

W próbie 144 osób wszystkie osoby utraciły współmałżonka lub współmałżonkę przynajmniej 6 miesięcy przed badaniem (czyli spełniały kryterium czasu od straty według ICD-11) i dlatego wszyscy respondenci zostali uwzględnieni w analizach dotyczących objawów PGD według kryteriów ICD-11. Czworu respondentów utraciło współmałżonka/współmałżonkę 6–11 miesięcy przed badaniem, zatem osoby te nie spełniały kryterium czasu od straty według DSM-5-TR (przynajmniej 12 miesięcy od śmierci) i dlatego analizy dotyczące nasilenia objawów PGD według DSM-5-TR uwzględniają 140 respondentów – tych, którzy utracili męża lub żonę przynajmniej rok przed badaniem.

Wykorzystując CFA, przetestowano jednoczynnikową strukturę objawów PGD, oddzielnie dla objawów zaburzenia wymienionych w ICD-11 i DSM-5-TR. Jednoczynnikowy model objawów PGD według ICD-11 (testowany na całej próbie $N = 144$)

początkowo nie był w sposób akceptowalny dopasowany do danych ($\chi^2 = 100,173$; $df = 27$; $p < 0,001$; porównawczy wskaźnik dopasowania (*Comparative Fit Index*) CFI = 0,871; wskaźnik Tuckera-Lewisa (*Tucker-Lewis Index*) TLI = 0,828; błąd aproksymacji (*Root Mean Square Error of Approximation*) RMSEA = 0,138). Jednakże po uwzględnieniu korelacji między resztami pozycji mierzących tęsknotę za zmarłym i zaabsorbowanie myślami o zmarłym jednoczynnikowy model pasował do danych w sposób akceptowalny ($\chi^2 = 43,764$; $df = 26$; $p < 0,016$; CFI = 0,969; TLI = 0,957; RMSEA = 0,069). Korelacja została zasugerowana przez program AMOS oraz miała teoretyczne uzasadnienie – nieukojoną tęsknota za kimś może się ściśle wiązać z zaabsorbowaniem myślami o tej osobie. Spójność wewnętrzna objawów PGD według kryteriów ICD-11, mierzonych za pomocą naszego narzędzia, wyniosła $\alpha = 0,86$.

Gdy przetestowano jednoczynnikowy model PGD według DSM-5-TR za pomocą CFA (na podgrupie osób, które utraciły współmałżonka przynajmniej 12 miesięcy przed badaniem), uzyskano wyniki wskazujące na graniczną akceptowalność dopasowania oryginalnego modelu do danych ($\chi^2 = 82,794$; $df = 35$; $p < 0,001$; CFI = 0,932; TLI = 0,913; RMSEA = 0,099). By uzyskać akceptowalny oraz możliwie prosty i konkluzyjny model, zdecydowaliśmy się nie modyfikować oryginalnego modelu przez uwzględnianie w nim sugerowanych przez AMOS korelacji między resztami wybranych pozycji. Spójność wewnętrzna objawów PGD opisanych w DSM-5-TR wyniosła $\alpha = 0,90$.

Związki zmiennych socjodemograficznych i łączących się ze stratą z nasileniem objawów PGD

Przeprowadzono dwie analizy regresji, w których nasilenie objawów PGD według ICD-11 i DSM-5-TR było wyjaśniane przez zmienne socjodemograficzne i związane ze stratą. Analizy te miały charakter eksploracyjny. Aby zidentyfikować najsilniejsze korelaty PGD oraz uzyskać konkluzywne wyniki, wykorzystano metodę eliminacji wstecznej – opierając się na najsłabszej korelacji częściowej ze zmienną wynikową, program w kolejnych krokach usuwał najsłabsze predyktory. Zmienne nominalne i porządkowe zostały zdychotomizowane: wykształcenie niższe niż średnie zakodowano jako „0”, a średnie i wyższe jako „1”; praca zawodowa zakodowana została jako „1”, a niewykonywanie pracy jako „0”; zamieszkiwanie w mieście zakodowano jako „1”, a zamieszkiwanie na wsi jako „0”. Do analiz wprowadzono początkowo 11 predyktorów, takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wykonywanie pracy zawodowej, czas od straty, wiek współmałżonka w chwili śmierci, czas trwania małżeństwa, nagły i nieoczekiwany charakter śmierci, śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku, śmierć poprzedzona długotrwałą chorobą. Ponieważ czynnik inflacji wariancji (*Variance Inflation Factor* – VIF) sugerował silną współzależność wybranych predyktorów (VIF > 2,5), usunięto z analizy predyktory z najwyższymi wartościami VIF, aż do uzyskania akceptowalnych wartości wskaźnika dla każdego predyktora. Po usunięciu, kolejno, zmiennych: „wiek współmałżonka w chwili śmierci” (VIF = 9,22) oraz „wiek osoby badanej” (VIF = 8,15), które silnie i pozytywnie powiązane były z czasem trwania małżeństwa ($r = 0,692$ i $r = 0,897$), wartości VIF dla każdego z pozostałych predyktorów miały akceptowalne wartości (VIF < 2,5).

Najpierw przetestowano model wyjaśniający nasilenie objawów PGD według ICD-11 na próbie osób, które straciły współmałżonka przynajmniej pół roku przed badaniem ($N = 144$). Następnie przetestowano model wyjaśniający objawy PGD według DSM-5-TR na podgrupie osób, które utraciły małżonka przynajmniej 12 miesięcy przed badaniem ($n = 140$). Zarówno pierwszy ($F(3, 140) = 7,202; p < 0,001$), jak i drugi ($F(2, 137) = 8,897; p < 0,001$) ostateczny model regresji były dobrze dopasowane do danych. Podsumowanie wyników dla ostatecznych modeli regresji znajduje się w tabeli 3. Wartość współczynnika R^2 dla ostatecznych modeli wyniosła, kolejno, 0,13 oraz 0,12. Najsilniejszymi predyktorami nasilenia objawów PGD (zarówno według ICD-11, jak i DSM-5-TR) były dwie zmienne: krótszy czas od utraty oraz śmierć z powodu nieszczęśliwego wypadku. Ponadto w ostatecznym modelu wyjaśniającym większe nasilenie objawów PGD według ICD-11 znalazła się płeć (żeńską), ale związek między tymi zmiennymi nie był istotny statystycznie ($p = 0,086$).

Tabela 3. Podsumowanie ostatecznych wyników analizy regresji wyjaśniającej nasilenie objawów PGD

Wyjaśniana: PGD według ICD-11	B	SE	B	p
Płeć (żeńską)	2,816	1,630	0,137	0,086
Czas od straty	-0,284	0,073	-0,311	>0,001
Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	4,015	1,615	0,198	0,014
Wyjaśniana: PGD według DSM-5-TR	B	SE	B	p
Czas od straty	-0,036	0,011	-0,274	>0,001
Śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	0,693	0,235	0,239	0,004

Omówienie wyników

Celem badania było przetestowanie struktury czynnikowej objawów PGD w ICD-11 i DSM-5-TR oraz sprawdzenie, jakie zmienne socjodemograficzne i związane ze stratą najlepiej wyjaśniają nasilenie objawów PGD według obydwu klasyfikacji. Ponieważ osoby po stracie małżonka/małżonki lub partnera/partnerki to grupa osób w żałobie najbardziej narażona na rozwinięcie PGD zaraz po osobach, które straciły dziecko [31, 32], istnieje szczególna potrzeba lepszego zrozumienia struktury i korelatów PGD w tej grupie osób w żałobie.

Nasze badanie potwierdziło jednoczynnikową strukturę objawów PGD – symptomów żałoby patologicznej wymienionych i w ICD-11, i w DSM-5-TR. Spójność wewnętrzna dla obydwu zestawów objawów była bardzo dobra. Większość wcześniejszych badań również ukazywała, że objawy PGD tworzą jeden czynnik [15, 16]. Nasze wyniki wspierają ujęcie, zgodnie z którym PGD to zaburzenie składające się ze współwystępujących, spójnych i strukturalnie powiązanych objawów żałoby, które potencjalnie mogą utrzymywać się wiele miesięcy i lat po śmierci bliskiej osoby, w tym po śmierci współmałżonka lub współmałżonki. Ponieważ PG-13 i ICG to zwalidowane kwestionariusze mierzące objawy żałoby patologicznej [11, 27, 29, 30], a nasze miary

PGD zawierały wybrane pozycje PG-13 uzupełnione o pozycje ICG, uzyskanie w naszym badaniu jednoczynnikowego rozwiązania dla PGD według ICD-11 i DSM-5-TR wspiera również trafność naszej metody pomiaru PGD jako skali mierzącej jednowymiarowy i spójny wewnętrznie konstrukt, jakim jest żałoba patologiczna. Użyte przez nas narzędzie wymaga jednak dalszych badań adaptacyjnych.

Ukazaliśmy też najważniejsze korelaty socjodemograficzne i związane ze stratą, wyjaśniające w naszej próbie nasilenie objawów PGD według ICD-11 i DSM-5-TR. W wypadku obydwu zmiennych wynikowych te same czynniki łączyły się z nasileniem objawów PGD: krótszy czas od straty oraz śmierć współmałżonka/współmałżonki w nieszczęśliwym wypadku. Wyniki te są zgodne z wieloma wcześniejszymi badaniami na temat socjodemograficznych i związanych ze stratą korelatów PGD. Dotychczas raportowano albo słabe i negatywne [27, 33], albo nieistotne [34] powiązanie między czasem od straty a PGD. Obydwa te wyniki u osób owdowiałych wiele lat lub miesięcy wcześniej świadczą o tym, że PGD to zaburzenie, którego istotą są przewlekłe objawy żałoby, których nasilenie w niewielkim stopniu zmniejsza się wraz z czasem, jaki upłynął od straty [20, 24]. Ujawniliśmy też, że utrata współmałżonka/współmałżonki w nieszczęśliwym wypadku istotnie korelowała z nasileniem objawów PGD w naszej próbie. Rezultat ten jest zgodny z wynikami metaanalizy, która ukazała bardzo duże (49%) rozpowszechnienie PGD wśród osób owdowiałych wskutek nienaturalnej straty [35]. Jak zauważają autorzy tej metaanalizy, w porównaniu ze stratą z powodu śmierci naturalnej strata nienaturalna (np. w wypadku) potencjalnie powoduje poważniejszy dystres, ponieważ trudniej ją zintegrować w ramach pamięci autobiograficznej, a ponadto poważnie zaburza ona podstawowe pozytywne założenia o świecie jako bezpiecznym i przewidywalnym miejscu [35].

Nasze badanie miało pewne ograniczenia. Po pierwsze, przebadaliśmy grupę subkliniczną, a dobór naszej próby nie był losowy. Wśród respondentów było więcej kobiet niż mężczyzn. Chociaż w populacji osób owdowiałych odsetek wdów jest blisko pięciokrotnie większy niż odsetek wdowców [26], możliwość uogólniania naszych wyników na mężczyzn jest ograniczona. Po drugie, przeprowadzono badanie poprzeczne, co utrudnia określenie, jakie są kierunki związków ukazanych w analizach regresji. Po trzecie, w projekcie wykorzystano jedynie narzędzia samoopisowe – w przyszłości należałoby więc sprawdzić trafność kryterialną naszych miar PGD np. przez porównanie ich wyników z wynikami wywiadu klinicznego mierzącego obecność i nasilenie objawów PGD. Chociaż łączne użycie w badaniu PG-13 i ICG pozwoliło zmierzyć nasilenie wszystkich objawów PGD według DSM-5-TR i zdecydowaną większość objawów PGD według kryteriów ICD-11, to PG-13 i ICG zostały skonstruowane przed opublikowaniem formalnych list objawów PGD w ICD i DSM. Wyrażenia użyte w niektórych pozycjach zastosowanych kwestionariuszy mogą w różnym stopniu odbiegać od sformułowań obecnych w opisach objawów PGD zawartych aktualnie w ICD-11 i DSM-5-TR. Przyszłe badania nad PGD u osób, które utraciły małżonka/małżonkę, powinny być przeprowadzane na próbach reprezentatywnych i losowych, mieć charakter podłużny, uwzględniać inne znaczące straty w życiu osób badanych, mierzyć obecność innych zaburzeń, a także wykorzystywać – obok kwestionariuszy samoopisowych – narzędzie do pomiaru PGD oparte na wywiadzie.

Wnioski

1. PGD jest jednowymiarowym i wewnętrznie spójnym zestawem objawów psychopatologicznych związanych ze stratą.
2. Ważnymi korelatami nasilenia objawów PGD u osób owdowiałych mogą być krótszy czas od straty oraz utrata współmałżonka/współmałżonki w wypadku.
3. Wnioski te dotyczą objawów PGD opisanych zarówno w ICD-11, jak i w DSM-5-TR.

Konflikt interesów

Nie ma konfliktów interesów związanych z tą publikacją.

Deklaracja dotycząca wkładu

Marcin Sękowski: konceptualizacja, metodologia, analiza formalna, pisanie – przygotowanie oryginalnego szkicu; Karolina Ludwikowska-Świeboda: metodologia, przeprowadzenie badania, pisanie – przegląd i redagowanie; Holly G. Prigerson: pisanie – przegląd i redagowanie

Źródło finansowania

Narodowe Centrum Nauki (MS; decyzja nr 2019/03/X/HS6/00011)

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books; 1980.
2. Freud S. *Mourning and melancholia*. W: Strachey J. red. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, t. 14. London, UK: Hogarth Press; 1917. S. 237–258.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
5. Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. *History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2021; 17: 109–126. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR™)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
7. World Health Organization. *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 02/2022)*; 2022. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (dostęp: 1.04.2024).
8. Boelen PA, Bout van den J. *Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs*. Psychiatry Res. 2008; 157(1–3): 311–314. Doi: 10.1016/j.psychres.2007.05.013.
9. Dillen L, Fontaine JR, Verhofstadt-Denève L. *Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test*. Clin. Psychol. Psychother. 2008; 15(6): 386–395. Doi: 10.1002/cpp.590.
10. Johnson JG, Vanderwerker LC, Bornstein RF, Zhang B, Prigerson HG. *Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons*. J. Psychopathol. Behav. Assess. 2006; 28: 261–270. Doi: 10.1007/s10862-005-9016-3.
11. Sekowski M, Prigerson HG. *Conflicted or close: Which relationships to the deceased are associated with loss-related psychopathology?* Br. J. Clin. Psychol. 2022; 61(2): 510–526. Doi: 10.1111/bjc.12344.

12. Kakarala SE, Roberts KE, Rogers M, Coats T, Falzarano F, Gang J i wsp. *The neurobiological reward system in prolonged grief disorder (PGD): A systematic review*. Psychiatry Res. Neuroimaging. 2020; 303: 111135. Doi: 10.1016/j.psychresns.2020.111135.
13. Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, Rawson N, Maccallum F, Cahill C i wsp. *Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry 2014; 71(12): 1332–1339. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1600.
14. Shear MK, Reynolds CF 3rd, Simon NM, Zisook S, Wang Y, Mauro C i wsp. *Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry 2016; 73(7): 685–694. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0892.
15. Lenferink LIM, Munckhof van den MJA, Keijser de J, Boelen PA. *DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: Confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people*. Eur. J. Psychotraumatol. 2021; 12(1): 1–14. Doi: 10.1080/20008198.2021.2000131.
16. Pohlkamp L, Kreicbergs U, Prigerson HG, Sveen J. *Psychometric properties of the prolonged grief disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents*. Psychiatry Res. 2018; 267: 560–565. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.004.
17. Boelen PA, Bout van den J, Keijser de J. *Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(7): 1339–1341. Doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1339.
18. Boelen PA, Schoot van de R, Hout van den MA, Keijser de J, Bout van den J. *Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes*. J. Affect. Disord. 2010; 125(1–3): 374–378. Doi: 10.1016/j.jad.2010.01.076.
19. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Anderson B, Zubenko GS i wsp. *Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses*. Am. J. Psychiatry 1995; 152(1): 22–30. Doi: 10.1176/ajp.152.1.22.
20. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K i wsp. *Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11*. PLoS Med. 2009; 6(8): e1000121. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000121.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
22. World Health Organization. *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 2018)*; 2018. <https://icd.who.int/browse/11/2018/mms/en> (dostęp: 1.04.2024).
23. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, Ommeren van M i wsp. *Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the international classification of diseases-11*. Lancet 2013; 381(9878): 1683–1685. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6.
24. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. *Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale*. World Psychiatry 2021; 20(1): 96–106. Doi: 10.1002/wps.20823.
25. Rosner R, Comtesse H, Vogel A, Doering BK. *Prevalence of prolonged grief disorder*. J. Affect. Disord. 2021; 287: 301–307. Doi: 10.1016/j.jad.2021.03.058.
26. Główny Urząd Statystyczny. *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021. Raport z wstępnych wyników*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2022.
27. Sekowski M, Prigerson HG. *Associations between interpersonal dependency and severity of prolonged grief disorder symptoms in bereaved surviving family members*. Compr. Psychiatry 2021; 108: 152242. Doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152242.

28. Prigerson HG, Maciejewski PK. *Zespół przewlekłej żałoby (PG-13)*; 2018. https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/file_uploads/pg-13_polish_version.pdf (dostęp: 1.04.2024).
29. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, A Fasiczka A i wsp. *Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss*. *Psychiatry Res.* 1995; 59(1–2): 65–79. Doi: 10.1016/0165-1781(95)02757-2.
30. Ludwikowska-Świeboda K, Lachowska B. *Polska wersja Inwentarza żałoby powiklanej – wstępna walidacja*. *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(5): 1069–1086. Doi: 10.12740/PP/91729.
31. Doering BK, Barke A, Vogel A, Comtesse H, Rosner R. *Predictors of prolonged grief disorder in a German representative population sample: Unexpectedness of bereavement contributes to grief severity and prolonged grief disorder*. *Front. Psychiatry* 2022; 13: 853698. Doi: 10.3389/fpsy.2022.853698.
32. Treml J, Brähler E, Kersting A. *Prevalence, factor structure and correlates of DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder*. *Front. Psychiatry* 2022; 13: 880380. Doi: 10.3389/fpsy.2022.880380.
33. Smigelsky MA, Bottomley JS, Relyea G, Neimeyer RA. *Investigating risk for grief severity: Attachment to the deceased and relationship quality*. *Death Stud.* 2020; 44(7): 402–411. Doi: 10.1080/07481187.2018.1548539.
34. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. *Prevalence and determinants of complicated grief in general population*. *J. Affect. Disord.* 2010; 127(1–3): 352–358. Doi: 10.1016/j.jad.2010.06.008.
35. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. *The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis*. *J. Affect. Disord.* 2020; 265: 146–156. Doi: 10.1016/j.jad.2020.01.034.

Adres: Marcin Sękowski
Instytut Psychologii
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
e-mail: msekowski@aps.edu.pl

Otrzymano: 11.04.2022
Zrecenzowano: 15.08.2022
Otrzymano po poprawie: 30.12.2022
Przyjęto do druku: 4.01.2023