

# «Пролонгированная реакция горя» и «стойкая осложненная реакция утраты» являются одной и той же диагностической единицей, не включающей в себя «осложненную реакцию горя»: анализ данных Йельского исследования тяжелой утраты

Paul K. Maciejewski<sup>1-3</sup>, Andreas Maercker<sup>4</sup>, Paul A. Boelen<sup>5,6</sup>, Holly G. Prigerson<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup>Center for Research on End-of-Life Care, Weill Cornell Medicine, New York, NY, USA;

<sup>2</sup>Department of Radiology, Weill Cornell Medicine, New York, NY, USA;

<sup>3</sup>Department of Medicine, Weill Cornell Medicine, New York, NY, USA;

<sup>4</sup>Department of Psychology, Division of Psychopathology, University of Zurich, Switzerland;

<sup>5</sup>Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; <sup>6</sup>Arq Psychotrauma Expert Group, Diemen, The Netherlands

Автор перевода: Кудымова К.Г., Осадший Ю.Ю.

Редактор перевода: к.м.н. Федотов И. А.

## Резюме

Существует общее понимание того, что пролонгированная реакция горя (ПРГ) или некоторые варианты ПРГ, представляют собой отдельное психическое расстройство, требующее диагностики и лечения. Несмотря на это, сохраняется недопонимание относительно различных названий и предлагаемых диагностических критериев для этих расстройств, которые идентифицируют одинаковые или различные диагностические единицы. Цель этого исследования: установить являются ли ПРГ, осложненная реакция горя (ОРГ) и стойкая осложненная реакция утраты (СОРУ), как описано в DSM-5, лишь семантически различными диагностическими категориями или же они отличаются предметно. Данные были получены по средствам Йельского исследования тяжелой утраты, продольного исследования среди людей понесших тяжелую утрату, разработанного специально для определения диагностических критериев патологического горя. Исследование было спонсировано Американским национальным институтом психического здоровья. Полученные результаты свидетельствуют о том, что разница между ПРГ и СОРУ лишь семантическая. Между оригинальным ПРГ тестом и новой версией, предлагаемой для МКБ-11, и тестом СОРУ был обнаружен высокий уровень соответствия (парное соответствие карра колеблется от 0.80 до 0.84). В этой выборке их оценочный рейтинг расстройства был низким (10%), в то время как уровень диагностической специфичности был сравнительно высоким (95,0-98,3%). Прогностическая валидность была сопоставима. С другой стороны, тест для ОРГ имел только умеренное соответствие с тестами ПРГ и СОРУ, его оценочный рейтинг расстройства был в три раза выше (30%), а диагностическая специфичность была гораздо ниже, так же отсутствовала прогностическая валидность. Мы пришли к выводу, что ПРГ, ОРГ и предлагаемые МКБ-11 диагностические тесты, но не СОРУ, обнаруживают одну диагностическую единицу. В конечном счете, короткие диагностические тесты, например того, что предложен в МКБ-11, могут иметь важное клиническое значение.

**Ключевые слова:** пролонгированная реакция горя, осложненная реакция горя, стойкая осложненная реакция горя, DSM-5, МКБ-11, диагностическая специфичность, прогностическая валидность.

(World Psychiatry 2016; 15: 266-275)

За последние 2 десятилетия, наблюдается увеличение количества исследований и понимания того, что пролонгированная реакция горя (ПРГ)<sup>1</sup> – выраженные, пролонгированные симптомы горя, наряду с определенным функциональным снижением, присутствующие через 6 месяцев после потери – представляет собой отдельное психическое расстройство. Большое количество исследований продемонстрировали, что симптомы горя – отличаются от симптомов депрессии и тревоги<sup>2-7</sup>; ПРГ отличается от других психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство<sup>1,8,9</sup>; так же ПРГ, независимо от других психических расстройств, ассоциировано с выраженным страданием и стойким функциональным снижением<sup>3,9-11</sup>.

В свете обширных, убедительных доказательств в поддержку ПРГ как новой диагностической категории, Всемирная Организация Здравоохранения и Американская Психиатрическая Ассоциация приступили к внедрению в свои диагностические классификационные системы (МКБ-11 и DSM-5) понятие ПРГ или, в случае с Американской Психиатрической Ассоциацией, схожего понятия. Однако, несмотря на это продвиге-

ние и, возможно, из-за отсутствия согласия, в терминологии и концептуализации самого расстройства, имеет место путаница в отношении ПРГ и ее связи с нормальной реакцией горя, а так же с другими психическими заболеваниями.

В последние годы были предложены конкурирующие описания и диагностические тесты для состояния, которое можно назвать единым расстройством, вызванным реакцией горя. Основное противостояние происходит между понятием «пролонгированная реакция горя», представленным Prigerson с соавт.<sup>1</sup> и предложенным для принятия МКБ-11 в сокращенной форме<sup>11,13</sup>, и понятием, вновь предложенным Shear с соавт.<sup>15</sup> – «осложненная реакция горя», корни которого исторически уходят в концепцию депрессии как осложнения, возникающего в связи с тяжелой утратой. Столкнувшись с двумя основными альтернативами, в DSM-5 был представлен третий диагностический концепт – «стойкая осложненная реакция утраты» (СОРУ), что, как кажется, является компромиссом между «пролонгированной» и «осложненной» реакцией горя. До конца не ясно, является ли в целом понятие СОРУ из DSM-5 по существу ПРГ, ОРГ или другой диагностической единицей.

Семантическая разница между ПРГ, ОРГ и СОРУ зависит от ответа на главный вопрос: «Является ли любая реакция горя нормальной?».

Для сторонников ПРГ, ответ на этот вопрос: «Нет, не любая реакция горя нормальная: в частности, пролонгированная, не разрешаемая, выраженная реакция горя не является нормой». С точки зрения ПРГ, проявления реакции горя сами по себе не являются ни атипичными, ни патологическими. ПРГ характеризуется нормальными проявлениями реакции горя, но которые слишком выражены и протекают слишком долго. Т.е. все проявления реакции горя нормальны, но некоторые комбинации выраженности и продолжительности выходят за рамки нормы. Для ПРГ, проявлением патологии является продолжительность симптомов, а не наличие симптомов самих по себе.

Для сторонников ОРГ, ответ на вопрос: «Да, любая реакция горя нормальная, но существуют осложнения (психические расстройства) после тяжелой утраты, помимо реакции горя, которые заслуживают клинического внимания. С этой позиции ни симптому, ни сам процесс течения реакции горя по своей природе не являются патологическими<sup>17</sup>. Для ОРГ патология относится не к самой реакции горя, а к таким состояниям как депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство, вызванные тяжелой потерей, которые вшиваются в течение нормальной реакции горя.

Название «стойкая осложненная реакция утраты», предлагаемая DSM-5, не включает в себя термин «реакция горя» как таковой, что позволяет избежать патологизации любой формы реакции горя и тем самым оставить не тронутым предположение, что любая реакция горя нормальна. Утверждение, что продолжительность реакции горя сама по себе в некоторых случаях может быть проявлением патологии, т.е. некоторые варианты развития реакции горя по своей сути являются отклонениями от нормы, разделяет ПРГ от ОРГ и СОРУ.

Несмотря на семантическую разницу, предлагаемые диагностические тесты для ПРГ, ОРГ, СОРУ смогу указать на лежащую в основе диагностическую единицу. Элементы, включенные в эти тесты, почти полностью получены из общепринятого набора инструментов, таких как «Опросник осложненной реакции горя (ICG)<sup>18</sup>» и его последующих пересмотров. Существуют убедительные доказательства, что в основе этих элементов лежит одномерная конструкция<sup>1,18,19</sup>. Несмотря на это, элементы каждой диагностической формулировки составляют уникальный набор критериев. Здесь может быть существенная разница между диагностическими тестами для ПРГ, ОРГ и СОРУ, что представляет риск размытия оценки того, что есть, по своей сути, чистая реакция горя.

К настоящему времени лишь оригинальный диагностический тест ПРГ был эмпирически валидизирован. В Американском Национальном Институте Психического здоровья (NIMH), финансирующем исследование, разрабатывающем специальные оценки диагностических критериев для патологической реакции горя, учитывая также данные, собранные в обществе (что является важной составляющей для разделения между нормальной и патологической реакцией горя), Pigeonson с соавт.<sup>1</sup> установили конструктивную валидность, диагностическую чувствительность и специфичность, а так же прогностическую валидность диагностических критериев для ПРГ.

В отличие от него, Shear с соавт., представили предложенный тест для диагностики ОРГ в обзорной статье<sup>15</sup> без эмпирической оценки и валидизации. Предложенный для ОРГ тест, который включал элементы, не включенные в опросник осложненной реакции горя, опирался на данные ретроспективного анализа данных ICG<sup>20</sup>, собранных в когорте выражено коморбидных, ищущих помощи пациентов, неподходящих для определения границ между нормальной и патоло-

гической реакцией горя, набранных для исследования, при разработке которого не ставилось целей оценки диагностических критериев для ОРГ.

Диагностический тест для СОРУ предложен в приложении к DSM-5<sup>16</sup>. Предложенные в МКБ-11 критерии ПРГ представляют собой ключевые диагностические признаки, но, очевидно, что описательную часть, включенную в это предложение, еще предстоит сократить до диагностического теста, т.е. нет никаких указаний на то, как много из этих симптомов должно присутствовать, чтобы подтвердить диагноз.

В настоящем исследовании, мы ставили цель сравнить предложенные диагностические тесты для ПРГ (как оригинальную версию<sup>1</sup>, так и новую, соответствующую ключевым диагностическим признакам ПРГ, предложенным для МКБ-11<sup>13</sup>), для ОРГ и для СОРУ. Мы ограничили наше внимание на определении соответствия тестов критериям патологической реакции горя, а не на критериях времени после потери и критериях функционального ухудшения, потому, что главная роль критериев болезней состоит в их концептуализации, описании и распознавании заболевания.

Учитывая обоснованную обеспокоенность о патологизации нормальной реакции горя, диагностическая специфичность в нашем исследовании была более приоритетна, чем диагностическая чувствительность, с предпочтением тестам, которые минимизировали ложно положительные результаты (т.е. когда нормальная реакция горя диагностировалась как психическое расстройство), что уменьшает вероятность гипердиагностики и неоправданного назначения лечения. Более того, поскольку, в клинической практике отдается предпочтение коротким тестам и простым алгоритмам<sup>21,22</sup>, а это, в свою очередь, приводит к увеличению надежности в рутинной медицинской помощи, мы рассматривали краткость и простоту каждого диагностического теста для патологической реакции горя, чтобы определить их потенциальную легкость использования и клиническую пользу.

## МЕТОДЫ

### Выборка

Данные были получены от Йельского исследования тяжелой утраты (YBS), финансируемого Национальным институтом психического здоровья. Исследование было разработано, чтобы оценить критерии согласованности для патологической реакции горя. Это было продольное исследование, основанное на интервью людей, понесших тяжелую утрату, которые живут в сообществе. Исследование было одобрено советами институтов всех участвующих центров. Интервью проводилось интервьюерами со степенью Магистра, каждый из которых прошел тренинг с членом исследовательской группы. Интервьюерам было необходимо продемонстрировать почти идеальный уровень соответствия (кара $\geq$ 0.90) с исследователями YBS в диагностике психических расстройств и ПРГ в пяти пилотных интервью для получения разрешения интервьюирования в самом исследовании. Вы можете ознакомиться с исследованием YBS более подробно<sup>1</sup>.

Участники YBS (N=317) прошли базовое интервью в среднем через 6,3 $\pm$ 7,0 месяцев после потери; первое исследовательское интервью (N=296, 93,4% участников) в среднем через 10,9 $\pm$ 6,1 месяцев; и второе исследовательское интервью (N=263, 83,0% участников) участники прошли в среднем через 19,7 $\pm$ 5,8 месяцев после потери. Для анализа данные были сгруппированы в более четкие периоды (0–6 месяцев, 6–12 месяцев и 12–24 месяцев после потери).

Средний возраст участников составил 61,86 $\pm$ 18,7 лет. Большинство участников были женского пола (73,7%), белые (95,3%), образование – выше среднего (60,4%),

вдовы или вдовцы (83,9%). Выборка настоящего исследования (N=268; 84.5% от количества участников YBS) включала участников, интервьюированных как минимум один раз в течении 6–12 месяцев после потери и обеспечивших достаточную информацию для оценки ПРГ, ОРГ, СОПУ, предложенных для МКБ-11 тестов реакции горя или расстройства тяжелой утраты.

### **Симптомы реакции горя (пункты)**

Симптомы реакции горя и тяжелой утраты были оценены при помощи Опросника Осложненной реакции горя, пересмотренного (ICG-R)<sup>25</sup> – это структурированное интервью, разработанное для оценки широкого спектра симптомов реакции горя или тяжелой утраты, использующее пятибалльную шкалу, отображающую увеличение тяжести симптомов.

Опросник ICG-R – это модификация ICG<sup>18</sup>, которая включает все симптомы, предложенные экспертным советом<sup>24</sup> и дополнительные симптомы позволяющие тестирование альтернативных алгоритмов<sup>26</sup>.

The ICG-R и оригинальный ICG доказали свои достоверность и валидность<sup>18,25</sup>. На основании предыдущих работ<sup>24,25</sup>, наличие симптома оценивалось при оценке «4» или «5», а его отсутствие при оценке «1», «2», «3» по пятибалльной шкале.

### **Диагностические тесты**

Внимание настоящего исследования ограничено симптом-диагностическими тестами для патологической реакции горя (и не включает другие критерии, например, время и критерий функционального снижения).

Каждый тест, который мы оценивали, имеет два компонента. Один, включающий пункты, которые отражают суть синдрома (далее именуемые пункты категории «А»), и другой, который включает пункты, отражающие степень тяжести синдрома (далее именуемые пункты категории «В»).

Каждый из тестов, описанных ниже, оценивался в промежутке 6-12 месяцев после потери.

### **Тест пролонгированной реакции горя (ПРГ)**

Диагностический тест ПРГ, рассматриваемый здесь, соответствует тесту, предложенному Prigerson с соавт.<sup>1</sup>, и включает 11 пунктов, представленных непосредственно в ICG-R. Положительным результатом теста считается при наличии как минимум одного из двух пунктов категории «А», и как минимум пяти из девяти пунктов категории «В».

### **Тест осложненной реакции горя**

Формально, предлагаемый диагностический тест<sup>15</sup> Осложненной реакции горя (ОРГ) состоит из 12 пунктов (4 в категории А и 8 в категории В). Однако, некоторые из этих пунктов содержат несколько элементов, и, поэтому могут быть заполнены несколькими способами. Например, пункт «Ощущение выраженной эмоциональной или физиологической реакции на воспоминания об умершем или в ответ на напоминания о потере» может быть отмечен 4 вариантами, однако, он представлен как один пункт.

Девять из 12 пунктов теста ОРГ были представлены, непосредственно одним или более пунктами ICG-R. Два пункта теста ОРГ «Беспокоящие переживания» и «Эмоциональная или физиологическая реакция» были почти полностью приближены к пунктам ICG-R. Пункт теста ОРГ «Беспокоящие переживания» («Частые беспокоящие переживания об обстоятельствах или последствиях смерти, такие как беспокойства о том как и почему человек умер, мысли о невозможности справиться без него с жизненными ситуациями, мысли о том, что вы позволили ему умереть и т.д.») соотносился с пунктом ICG-R «Озабоченность» («Были ли у вас затруднения в выполнении дел, которые раньше не

вызывали затруднений, из-за того, что вы думаете о [человеке который умер] слишком много?»). Пункт теста ОРГ «Эмоциональная или физиологическая реакция» («Ощущение выраженной эмоциональной или физиологической реакции на воспоминания об умершем или в ответ на напоминания о потере») соотносился с пунктом ICG-R «Воспоминания расстраивают тебя» («Расстраивают ли вас воспоминания об умершем человеке?»). Один из пунктов теста ОРГ содержал такие элементы, как «Чувство вины выжившего», который может быть, и был, соотнесен непосредственно с пунктом ICG-R «Чувство вины выжившего», а также элементы оценки суицидального риска, которые были представлены положительной оценкой суицидальных мыслей по средствам Йельской шкалы оценки суицидальности<sup>27</sup>.

Из-за того, что мы решили использовать пункт «Озабоченность» ICG-R, чтобы представить пункт «Болезненные переживания» теста ОРГ, и, чтобы избежать двойного учета этих симптомов, мы решили подсчитывать этот пункт только один раз в пункте «Болезненные переживания» и не дублировать его как «Озабоченность». Был ли этот пункт учтен как «Озабоченность» (в категории А) или как «Болезненные переживания» (в категории В) не влияло на результат теста ОРГ в настоящей выборке. Поэтому, в настоящем исследовании, положительным результатом теста ОРГ считался при наличии как минимум одного из трех пунктов категории А (исключая четвертый, функционально незначимый, пункт «Озабоченность»), и как минимум двух из восьми пунктов категории В.

### **Тест стойкая осложненная реакция утраты (СОПУ) из DSM-5**

Предлагаемый диагностический тест<sup>16</sup> СОПУ состоит из 16 (4 категория А и 12 категория В) пунктов. Тринадцать из 16 пунктов теста СОПУ непосредственно представлены одним или более пунктом ICG-R. Два пункта теста СОПУ – почти полностью приближены к пунктам ICG-R. Пункт теста СОПУ «Трудности в позитивном воспоминании об умершем» соотносился с пунктом ICG-R «Расстраивали ли вас мысли об умершем?». Пункт теста СОПУ «Неадекватная оценка своего отношения к умершему или его смерти, например, самообвинение» соотносился с пунктом ICG-R «Ощущали ли Вы чувство вины, что живете или что это не честно что вы должны теперь жить, когда человек, который умер умер?». Один пункт теста СОПУ отражает суицидальный риск и был представлен положительной оценкой суицидальных мыслей по средствам Йельской шкалы оценки суицидальности.

В настоящем исследовании и, в соответствии с предложениями DSM-5<sup>16</sup>, положительным результатом теста СОПУ считался при наличии как минимум одного пункта из категории А, и как минимум 6 из 12 пунктов категории В.

### **Тест пролонгированной реакции горя МКБ-11 (ПРГ-МКБ-11)**

Версия диагностического теста ПРГ для МКБ-11 была создана на базе описательной части диагностической оценки ПРГ для МКБ-11<sup>13</sup>. Эта описательная часть включает в себя семь пунктов (два в категории А и пять в категории В), которые представлены непосредственно в ICG-R и показали свою информативность и объективность в эмпирической оценке пунктов, что представлено в работе Prigerson с соавт.<sup>1</sup>

Предложение не включало пояснений по порогу симптомов, т.е. минимальное количество пунктов (симптомов), требующихся для удовлетворения критериям диагноза. Поэтому, мы провели анализ методом характеристических кривых обнаружения – ROC-метод<sup>28</sup> – чтобы определить оптимальный предел симптомов.

Основываясь на результатах этого анализа, в настоящем исследовании, положительным результатом теста ПРГ-МКБ-11 считалось наличие как минимум одного из двух пунктов в категории А, и как минимум трех из пяти пунктов в категории В. Наличие как минимум трех пунктов из 5 категории В было ассоциировано с чувствительностью 83,3% и специфичностью 96,2%. Наличие же как минимум двух пунктов из пяти дало ниже специфичность (чувствительность 100%, специфичность 87,0%), в то время как, присутствие четырех пунктов из пяти давало намного меньшую чувствительность (чувствительность 56,0%, специфичность 99,6%)

#### **Стандартный критерий для оценки диагностических свойств теста**

В настоящем исследовании стандартный критерий, используемый для установления отсутствия или наличия реакции патологического горя, был разработан, внедрен и описан Prigerson с соавт.<sup>1</sup>

Конструкция этого стандартного критерия соединяла элементы клинической оценки, отраженной в рейтинговых диагнозах реакции патологического горя, с более тонкими оценочными техниками. Используя методы item response theory<sup>20</sup>, подсчитывая two-parameter logistic (2-PL) item response model (IRM) для оценки интенсивности реакции горя на основании 12 информативных объективных пунктов (симптомов) ICG-R, чтобы упорядочить участников в соответствии с тяжестью их симптомов реакции горя. Оптимальный минимум оценки предела выраженности симптома, представляющего из себя численную границу между патологической реакцией горя и отсутствием, был определен с помощью изменения этой оценки с целью найти точку максимального соответствия между рейтингом диагнозом патологической реакции горя и случаем, выявленных с помощью оценки интенсивности реакции горя.

#### **Результаты, используемые для оценки прогностической валидности положительных тестов**

Потенциальные последствия патологической реакции горя, также как, и другие психические расстройства (суицидальный риск, функциональное снижение и ухудшение качества жизни), были оценены в период с 12 по 24 месяц после потери.

Наличие психических расстройств было оценено при помощи Структурированного клинического интервью для DSM-4 Non-Patient версия (SCID-I-NP). Нами определялись следующие расстройства: генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, большое депрессивное расстройство. Исследования подтвердили достоверность и надежность SCID-I-NP диагнозов<sup>31</sup>.

Положительный ответ на 2 и более из 4 скрининговых вопросов Йельской шкалы оценки суицидальности считалось за наличие суицидального риска.

The Established Populations for Epidemiological Studies of the Elderly<sup>32</sup> измеряли повседневную активность<sup>33</sup> и уровень физического функционирования<sup>34</sup>. Участники, которые сталкивались как минимум с «некоторыми трудностями» не менее, чем с одним заданием из 14 (например, купание), рассматривались как имеющие функциональное снижение для того, чтобы сделать чувствительной оценку функционального снижения у участников с высоким уровнем функционирования.

Результат менее 5 (ниже самой нижней квартили) по краткой форме медицинских исходов<sup>35</sup> указывал на снижение качества жизни.

#### **СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Попарное соответствие среди тестов было оценено при помощи карра-статистики<sup>36,37</sup>. Диагностическая чувствительность и специфичность каждого теста была

оценена в соответствии со стандартным критерием. Прогностическая валидность каждого диагностического теста (оценивалась между 6 и 12 месяцами после потери) была определена, используя модель линейной регрессии для исследуемых исходов (оценивалась между 12 и 24 месяцами), определялась отсутствием/присутствием других психических расстройств на момент тестирования. Суицидальный риск не считался за потенциальный исход для тестов ОРГ или СОРУ, потому, что каждый из этих тестов включал пункты для определения суицидального риска.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В таблице 1 представлены пункты, используемые в каждом опроснике. Из объединенного общего количества пунктов в тесте ПРГ (продолженной реакции горя) использовано одиннадцать, ОРГ (осложненной реакции горя) – восемнадцать, опроснике СОРУ (стойкой осложненной реакции утраты) – пятнадцать, и в МКБ-11 – семь пунктов.

ОРГ использует два пункта, ранее заявленных как необъективные: одиночество (заявленный как необъективный относительно пола (гендерной принадлежности), родственных связей с умершим и времени, прошедшего с момента утраты) и неспособность заботиться (заявленный как необъективный относительно родственных связей с умершим). В ОРГ также включено три пункта, (зависть, расстраивающие воспоминания, привязанность к месту) ранее заявленных как неинформативные, и еще один пункт (суицидальные мысли), который можно характеризовать как коррелят или следствие пролонгированного интенсивного горя, а не симптом горя.

СОРУ (стойкая осложненная реакция утраты) использует один необъективный пункт (одиночество), один неинформативный (расстраивающие воспоминания) и один пункт (суицидальные мысли), лучше характеризующийся как коррелят или следствие пролонгированного интенсивного горя.

Ни ОРГ, ни МКБ-11 не используют пункты, объявленные необъективными или малоинформативными, а также не содержат коррелят или следствий пролонгированного интенсивного горя как пунктов.

Диаграмма 1 отображает преобладающее количество баллов частоты расстройства в пределах 6-12 месяцев для каждого опросника. Превалирующие частоты для ПРГ, ОРГ, СОРУ и МКБ-11 были соответственно 11.9% (95% CI: 8.1%-15.8%), 30.2% (95% CI: 24.7%-35.7%), 14.2% (95% CI: 10.0%-18.4%), и 12.7% (95% CI: 8.7%-16.7%). Статистически значимых парных различий в преобладающих частотах между ПРГ, СОРУ и МКБ-11 не отмечалось (все парные значения >0.05), в то время как превалирование частот для диагностики ОРГ были значимо выше, чем при ПРГ, СОРУ и МКБ-11 диагностике (все парные значения <0.001).

Таблица 2 показывает соответствие между четырьмя тестами. Методики ПРГ, СОРУ, и МКБ 11 находятся почти в идеальном соответствии друг с другом (попарное соответствие карра колеблется от 0.80 до 0.84). Методика тестирования ОРГ имеет умеренное соответствие с каждой из остальных методик (попарное соответствие карра колеблется от 0.48 до 0.55).

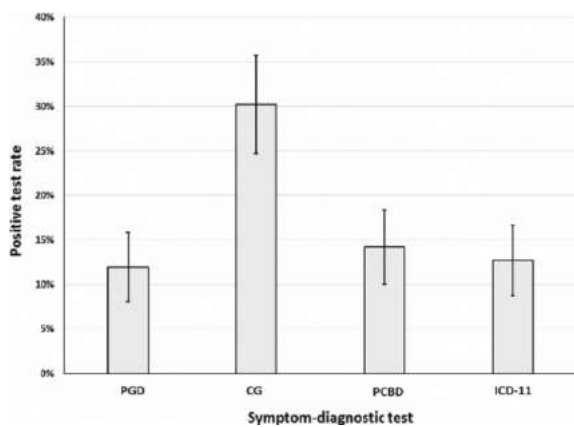
Таблица 3 отражает качества каждой методики тестирования, и, в частности, диагностическую специфичность каждого теста в отношении стандартного критерия. Методики тестирования ПРГ, СОРУ, и МКБ 11 имеют высокую и сравнимую диагностическую специфичность со значениями 98.3%, 95% и 96.2% соответственно. Методика тестирования ОРГ имеет 78.5% диагностической специфичности. Положительная прогностическая ценность ОРГ методики составляет 37.0%, значительно ниже, чем у методик ПРГ (87.5%), СОРУ (68.4%) и МКБ-11 (73.5%). Диаграмма 2 представляет основные моменты компромисса между диагностиче-

**Таблица 1. Пункты, включенные в симптом-диагностические тесты**

Симптом (пункт)	ПРГ Категория/ баллы	ОРГ Категория/ баллы	СОРУ Категория/ баллы	МКБ-11 Категория/ баллы
Тоска	A/1	A/1	A/1,2	A/1
Озабоченность (рассеянность)	A/2	A/1	A/3,4	A/2
Часть меня умерла	B/1		B/11	B/2
Неверие; трудности принятия смерти	B/2	B/2	B/1	B/1
Избегание напоминаний	B/3	B/8	B/6	
Трудно доверять другим	B/4	B/5	B/8	
Злость, обида	B/5	B/4	B/4	B/3
Трудно идти дальше по жизни	B/6		B/12	B/5
Нечувствительность	B/7	B/3	B/2	
Жизнь пуста, бессмысленна, неудовлетворенность	B/8	A/2	B/10	
Ошеломление	B/9	B/3	B/2	
Одиночество		A/2	B/9	
Чувство вины за то, что выжил		A/3	B/5	B/4
Суицидальные мысли		A/3	B/7	
Невозможность заботиться		B/5		
Зависть к тем, кто не пережил утрату		B/5		
Признаки покойного		B/6		
Вижу или слышу покойного		B/6		
Воспоминания расстраивают меня		B/7	B/3	
Привязанность к месту		B/8		

ПРГ – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ – опросник осложненной реакции горя; СОРУ – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11)

**Диаграмма 1. Частота положительных диагностических признаков опросника (N=268).**



ПРГ (PGD) – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ (CG) – опросник осложненной реакции горя; СОРУ (PCBD) – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 (ICD-11) – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11) (Ось абсцисс Симптом – диагностический опросник: ПРГ, ОРГ, СОРУ, МКБ-11. Ось ординат: частота положительных признаков)

ской чувствительностью и диагностической специфичностью каждого из четырех тестов.

Таблицы 4 и 5 представляют исследование прогностической валидности каждого из четырех тестов с точки зрения четырех последующих (12-24 месяцев после утраты) неблагоприятных исходов. То есть, развития других психических расстройств (большого депрессивного расстройства, посттравматического стрессового расстройства или генерализованного тревожного расстройства), суицидальных мыслей, нарушений социального функционирования и низкого качества жизни, сочетающихся с наличием или отсутствием сопутствующих (6-12 месяцев после утраты) психических расстройств.

**Таблица 2. Попарное соответствие (карра) между симптом-диагностическими тестами**

тест	ПРГ	ОРГ	СОРУ	МКБ-11
ПРГ	<b>1.00</b>	-	-	-
ОРГ	0.48	<b>1.00</b>	-	-
СОРУ	<b>0.80</b>	0.55	<b>1.00</b>	-
МКБ-11	<b>0.83</b>	0.50	<b>0.84</b>	<b>1.00</b>

ПРГ – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ – опросник осложненной реакции горя; СОРУ – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11).

\*Значения Карра, показывающие почти идеальное соответствие выделены жирным шрифтом

Среди людей без других психических расстройств в период времени от 6 до 12 месяцев после утраты (Таблица 4), положительные результаты ПРГ теста показали значимую связь с другими психическими расстройствами (RR=4.4, p=0.048), суицидальными идеями (RR=3.06, p=0.017), нарушением социального функционирования (RR=2.08, p<0.001) и низким качеством жизни (RR=3.40, p<0.001) в период 12-24 месяца после утраты. Положительные результаты теста СОРУ были сопряжены с низким качеством жизни (RR=2.68, p=0.006) в период 12-24 месяца после утраты. Положительные результаты тестирования по методике МКБ-11 были связаны с суицидальными мыслями (RR=5.04, p<0.001), нарушением социального функционирования (RR=2.07, p<0.001) и низким качеством жизни (RR=3.23, p<0.001) в период 12-24 месяца после утраты.

Среди людей с наличием других психических расстройств в первые 6-12 месяцев после утраты (таблица 5), положительные результаты тестирования по методикам ПРГ и МКБ-11 показали значимую связь с другими психическими расстройствами (ОРГ: RR=4.00, p=0.039, МКБ-11: RR=4.64, p=0.022) в период 12-24 месяца после утраты.

**Таблица 3. Диагностическая чувствительность и специфичность тестов в отношении к стандартным критериям (N=268)**

Тест	Положительные	Ложно положительный	отрицательный	ложно-отрицательный	Положительная прогностическая ценность	Отрицательная прогностическая ценность	чувствительность	Специфичность
ПРГ	28	4	234	2	87.5%	99.2%	93.3%	98.3%
ОРГ	30	51	187	0	37.0%	100.0%	100.0%	78.6%
СОРУ	26	12	226	4	68.4%	98.3%	86.7%	95.0%
МКБ-11	25	9	229	5	73.5%	97.9%	83.3%	96.2%

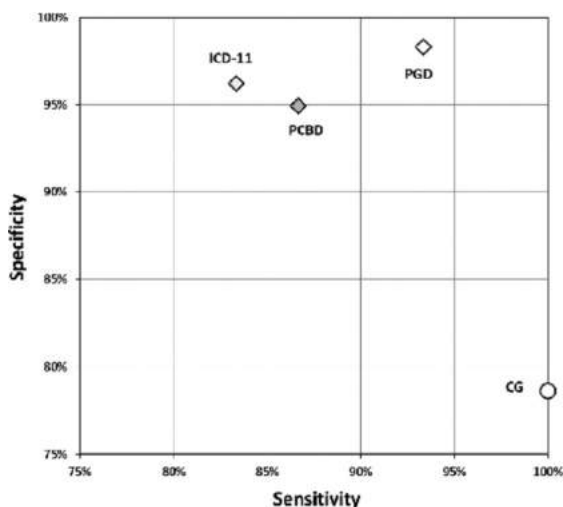
ПРГ – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ- опросник осложненной реакции горя; СОРУ – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11)

**Таблица 4. Прогностическая валидность симптом-диагностических тестов у людей с отсутствием других психических расстройств (N=213)**

Тест (6-12 месяцев после утраты)	Исход (12-24 месяца после утраты)							
	Др. псих. расстройства		Суицидальные мысли		Социальная несостоятельность		Низкое качество жизни	
	RR	p	RR	p	RR	p	RR	p
ПРГ	<b>4.40</b>	<b>0.048</b>	<b>3.06</b>	<b>0.017</b>	<b>2.08</b>	<b>0.001</b>	<b>3.40</b>	<b>0.001</b>
ОРГ	2.90	1.01	-	-	0.98	0.926	1.08	0.834
СОРУ	3.52	0.097	-	-	1.61	0.058	<b>2.68</b>	<b>0.006</b>
МКБ-11	3.52	0.097	<b>5.04</b>	<b>0.001</b>	<b>2.07</b>	<b>0.001</b>	<b>3.23</b>	<b>0.001</b>

ПРГ – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ – опросник осложненной реакции горя; СОРУ – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11)

**Диаграмма 2. Симптом-диагностическая специфичность теста vs чувствительность**



(ось абсцисс – чувствительность, ось ординат – специфичность)

ПРГ – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ- опросник осложненной реакции горя; СОРУ – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11)

Положительные результаты ОРГ теста не показали значимой связи с другими психическими расстройствами, нарушением социального функционирования и низким качеством жизни в период 12-24 месяцев после утраты, как при наличии (таблица 5) или отсутствии (таблица 4) сопутствующих психических расстройств (в первые 6-12 месяцев после утраты).

Под другими психическими расстройствами подразумеваются большое депрессивное расстройство, ПТСР и ГТР. Суицидальные мысли не подразумеваются как потенциальный исход ОРГ и ПОРУ, т.к. они включают

суицидальные мысли как симптом. Статистически значимые значения выделены жирным шрифтом.

Под другими психическими расстройствами подразумеваются большое депрессивное расстройство, ПТСР и ГТР. Суицидальные мысли не подразумеваются как потенциальный исход ОРГ и ПОРУ, т.к. они включают суицидальные мысли как симптом. Статистически значимые значения выделены жирным шрифтом.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Целью данного исследования было определить, являются ли различия между ОРГ, ПРГ и СОРУ субстантивными или просто семантическими. Наше исследование показало, что реальной разницы между ПРГ и СОРУ нет. Высокий уровень соответствия между ПРГ, СОРУ и предложенными МКБ-11 тестами, их одинаково низкий оценочный рейтинг расстройства (~10%) в популяции; сопоставимо высокие уровни диагностический специфичности и сопоставимая прогностическая валидность, все это говорит о том, что ПРГ и СОРУ по сути являются одной и той же диагностической единицей. Следовательно, различия между ПРГ и СОРУ являются преимущественно семантическими. В противоположность этому, тест ОРГ выявил только умеренное соответствие с тестами ПРГ, СОРУ и МКБ-11, и в три раза более высокую оценочную частоту встречаемости расстройства в популяции (~30%), гораздо более низкий уровень диагностической специфичности и отсутствие прогностической валидности. Следовательно, различия между ПРГ и СОРУ с одной стороны и ОРГ с другой – субстантивны.

Установлено, что тесты ПРГ и СОРУ определяют одну диагностическую единицу, главное различие между ПРГ (предложенное для принятия в МКБ-11) и СОРУ (представленное в ДСМ-5) в значении терминов, используемых для описания одного и того же расстройства. Основная противоположность – использование терминов «горе» и «тяжелая утрата» в названии расстройства. Горе – это тяжелые душевные страдания, психический процесс. Тяжелая утрата – это событие, потеря значимого любимого человека в связи со

**Таблица 5. Прогностическая ценность симптом-диагностических тестов при наличии сопутствующих психических расстройств. (N=27)**

Тест (6–12 месяцев после утраты)	Исход (12–24 месяца после утраты)							
	Др. псих.расстройства		Суицидальные мысли		Социальная несостоятельность		Низкое качество жизни	
	RR	p	RR	p	RR	p	RR	p
ПРГ	<b>4.00</b>	<b>0.039</b>	2.00	0.121	0.80	0.480	1.03	0.930
ОРГ	3.14	0.221	-	-	0.86	0.655	0.86	0.655
СОРУ	4.44	0.065	-	-	0.69	0.228	0.88	0.697
МКБ-11	<b>4.64</b>	<b>0.022</b>	1.67	0.203	0.93	0.816	1.19	0.586

ПРГ – опросник пролонгированной реакции горя (исходная версия), ОРГ – опросник осложненной реакции горя; СОРУ – опросник стойкой осложненной реакции утраты, МКБ-11 – опросник пролонгированной реакции горя (версия, предложенная для МКБ-11)

смертью. Горе – это душевная сущность, тяжелая утрата – нет. Буквально никакой психический процесс не отображается в названии СОРУ. Как может название психического расстройства не определять сущность психического процесса?

Использование термина «осложненная» в названии СОРУ также в некотором роде запугано. Концепция названия ПРГ довольно проста для понимания: личность, «застывшая» в состоянии интенсивного горя на длительный период времени, страдает ПРГ. Если лежащее в основе расстройство не сложно понять, тогда что означает «осложненный» в названии СОРУ? Название СОРУ не имеет понятного значения и должно быть заменено в ДСМ на ПРГ. Если в ДСМ будет сохранено это название, исследователи, клиницисты и широкая публика должны понимать, что не существует реальной разницы между тем, что ДСМ называет СОРУ и тем, что МКБ обозначает как ПРГ.

Расхождения между ОРГ методикой тестирования с одной стороны и РПГ и СОРУ с другой, в сочетании с ограниченной специфичностью ОРГ-теста (76.8%), низкой положительной прогностической ценностью (всего 37%) и отсутствием прогностической валидности, говорит о том, что ОРГ-тест не является валидным для диагностики специфических расстройств реакции горя. На самом деле, при изучении текущей выборки, большинство людей с положительным ОРГ-тестом имели отрицательный ПРГ тест (исходная версия), СОРУ и ПРГ (тест, предложенный для МКБ-11) тесты. По этим причинам трактовка исследований, основанных на выборке, отобранной по методике ОРГ, может являть сомнительную ценность для диагностики специфических расстройств реакции горя, и исследования должны быть лишены «загрязняющих» критериев ОРГ теста.

Факт того, что один тест включает отличающийся от другого теста набор категорий не обязательно подразумевает, что два теста основаны на различных концепциях или диагностируют разные расстройства. Методики тестирования ПРГ (и исходная версия, и версия, предложенная для использования в МКБ-11) и СОРУ-тест различны, но по существу равнозначны в критерии наличия единого основополагающего признака, т.е. интенсивного горя и должны рассматриваться как таковые. Представление о том, что симптомы горя естественны, но комбинация их высокой интенсивности и большой длительности не нормальны, согласуется с убеждением, что все симптомы горя физиологичны, но не все процессы протекания горя являются таковыми. Эта точка зрения, основанная на унитарности, лежащей в основе концепции горя, находится в противостоянии с мнением, что некоторые симптомы нормальны, а другие атипичны и ненормальны, т.е., что патология выражается в форме атипичных симптомов. Текущие и будущие альтернативные симптом-диагностические тесты должны быть оценены с точки зрения специфичности, точности, бережливости, и, возможно, в ссылке на внешнюю валидность, а не с позиции, когда отдельные баллы по тестам определяют патологию.

Включение в тест ПРГ неоднозначных пунктов и внешних коррелятов (таких, как суицидальные мысли) в наборе критериев для диагностики расстройств реакции утраты сомнительно как для психометрических, так и для концептуальных оснований. Диагностические тесты для ОРГ и СОРУ содержат пункты, которые ранее были отмечены как неоднозначные. В частности, пункт «Одиночество» в обоих тестах был отмечен как сомнительный по отношению к гендерной принадлежности лица, перенесшего утрату и родство умершим, так и по отношению ко времени, прошедшему с момента утраты. Следовательно, включение одного или нескольких сомнительных пунктов в опроснике, состоящем из множества пунктов не обязательно означает, что результат всего теста сомнителен, включение сомнительных пунктов оставляет вероятность того, что некоторые группы лиц могут быть неправильно диагностированы в связи с неправильной интерпретацией тяжести симптомов. Например, для супругов, перенесших утрату, одиночество является умеренным симптомом, в то время как для людей, не состоящих в браке с умершим, одиночество является значительно более тяжелым симптомом переживаемого горя. Включение пункта «одиночество» в тесты для диагностики расстройств реакции горя может привести к тому, что супругу, перенесшему утрату может быть ошибочно установлен диагноз в связи с ошибкой в интерпретации тяжести его/ее симптомов одиночества. Тесты ОРГ и СОРУ также включают внешние корреляты или выводы из теста ПРГ, такие как пункт «суицидальные мысли». Суицидальные мысли могут быть связаны с расстройством реакции горя, но включение их как симптома, который отражает горе, может привести к недопониманию, чем является горе, а также к путанице между синдромом и его последствиями.

Таким образом, для включения «МКБ-11 версии» симптом-диагностического теста ПРГ в текущий анализ нам потребовалось точно установить границы симптома. Текущее предложение описательной части для МКБ-11 версии теста ПРГ не включает в себя такую спецификацию. Для того, чтобы улучшить диагностические методические рекомендации, которые бы вмещали гибкие примеры клинических суждений, ВОЗ сдерживает методы диагностической оценки, которая использует случайные параметры и списки выбора симптомов, но поддерживают использование параметров симптомов, которые были установлены эмпирическим путем. На основании результатов ROC-анализа этого исследования, отмечая по меньшей мере три из предложенных пяти дополнительных симптомов, показывает оптимальный баланс между диагностической чувствительностью и специфичностью в отношении наших стандартных критериев. По этой причине мы рекомендуем, чтобы будущие исследования для диагностических критериев МКБ-11 включали правило «по меньшей мере три из пяти» дополнительных симптомов для диагностики случаев ПРГ. Краткая версия теста ПРГ для МКБ-11, состоящая из пяти пунктов,

имеет то же преимущество, что и все короткие тесты по отношению к более длинным, в связи с простотой использования и клинической полезностью.

Настоящее исследование оценивает эффективность симптом-диагностических тестов расстройств реакции горя, применяемых в период времени от 6 до 12 месяцев после утраты. Это связано с эмпирическим доказательством того, что существование длительного интенсивного горя свыше 6 месяцев после утраты, прогнозирует последующие психические расстройства, суицидальные мысли, нарушения социального функционирования, ухудшения качества жизни с предложенными диагностическими критериями для ПРГ<sup>1,13</sup> и ОРГ<sup>15</sup>. Вместе с тем, это не согласуется с ДСМ-5 критерием, что диагноз СОРУ не должен устанавливаться ранее 12 месяцев после утраты. С нашей точки зрения, ДСМ-5 критерий «времени после утраты» не только случаен, но и противоречит опубликованным данным, полученным эмпирическим путем. В настоящем исследовании тест СОРУ, примененный в промежутке времени с 6 до 12 месяцев после утраты, имел практически идеальное соглашение с ППР тестом, высокую специфичность и чувствительность по отношению к нашим стандартным критериям, а также предсказывал последующее (т.е. в период от 12 до 24 месяцев) ухудшение качества жизни. Основанный на этих исследованиях симптом-диагностический тест СОРУ, примененный в период времени с 12 до 24 месяцев после утраты, был эмпирически валиден для диагностики, вне зависимости от ДСМ-5 критерия для диагностики СОРУ «как минимум 12 месяцев с момента утраты».

Настоящее исследование имеет некоторые недостатки, которые требуют рассмотрения. Один из недостатков в том, что некоторые пункты ICG-R, использованные в текущем анализе, не могут быть отражены в пунктах, предложенных в тестах ОРГ и СОРУ. Лишь недавно было предложено несколько официальных инструментов для оценки тестов ОРГ и СОРУ<sup>39,40</sup>. Они еще официально не учреждены и не признаны валидными. Сам факт того, что представленный нами симптом-диагностический тест СОРУ имеет высокую специфичность и чувствительность, также, как и некоторую прогностическую валидность, предполагает, что некоторые неточности в нашем представлении некоторых СОГР – тестов не препятствуют валидности тестов СОРУ в целом. Принимая во внимание особенности ПРГ и СОРУ тестов, в будущем возможны незначительные корректировки в концептуализации и именовании пунктов для внесения улучшений в тесты, которые уже сейчас являются надежными и валидными.

Другой недостаток настоящего исследования в том, что выборка представляет преимущественно пожилых людей, белых женщин, проживающих в относительно маленькой области США, чьи мужья умерли главным образом от естественных причин. Будущие исследования должны изучить, распространяются ли характеристики пунктов тестов ПРГ и СОРУ и имеются ли различия, связанные с возрастном, полом, расой, этнической группой, родством с умершим и географическими и культуральными особенностями изучаемых людей, а также обстоятельствами смерти их близких.

В настоящем исследовании есть несколько сильных сторон. Это исследование было сконструировано таким образом, чтобы проанализировать диагностические критерии для расстройств горя. Инструментарий включал в себя расширенный ряд пунктов, отражающих горе, достаточных для сравнения с четырьмя симптом-диагностическими тестами, включенными в текущее исследование. Данные этого исследования были собраны в выборке людей, позволяющей нам заниматься анализом методов диагностических оценок для различения нормальных и патологических реакций горя. В итоге, лонгитудинальная структура исследования позволила нам изучить прогностиче-

скую валидность положительных симптом-диагностических тестов для расстройств реакции горя.

В завершение, симптом-диагностические тесты ПРГ, СОРУ и предложенный для использования в МКБ-11 ПРГ-тест показали единую общую нозологическую сущность. Следовательно, различия между ПРГ и СОРУ являются семантическими, а не субстантивными. Тест ОРГ не соответствует тестам ПРГ и СОРУ, имеет худшую диагностическую специфичность и не имеет прогностической валидности. Клинические и научные общества должны принять во внимание, что ПРГ и СОРУ являются одним и тем же расстройством, работать в направлении понимания общественностью понимания этого вопроса и принять целесообразные способы распознавания их клинических проявлений. Термин «продолженное расстройство горя» отражает суть расстройства, способствует его пониманию и формированию клинического суждения при его диагностической оценке.

### Библиография

1. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009;6:e1000121.
2. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995;152:22-30.
3. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV et al. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1484-6.
4. Boelen PA, van den Bout J, deKeijser 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;160:1339-41.
5. Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry* 2005;162:2175-7.
6. Golden AM, Dalgleish T. Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Res* 2010;178:336-41.
7. Spuij M, Reitz E, Prinzie P et al. Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21:673-9.
8. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:904-10.
9. Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med* 2000;30:857-62.
10. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997;154:616-23.
11. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:444-52.
12. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013;381:1683-5.
13. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.
14. Zisook S, Shuchter SRX. Uncomplicated bereavement. *J Clin Psychiatry* 1993;54:365-72.
15. Shear MK, Simon N, Wall M et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2015.
17. Zisook S, Pies R, Corruble E. When is grief a disease? *Lancet* 2012;379:1590.



18. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59:65-79.
19. Boelen PA, van den Bout J, de Keijser J et al. Reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief. *Death Stud* 2003;27:227-47.
20. Simon NM, Wall MM, Keshaviah A et al. Informing the symptom profile of complicated grief. *Depress Anxiety* 2011;28:118-26.
21. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO IUS Global Survey. *Int J Psychol* 2013;48:177-93.
22. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
23. First MB, Pincus HA, Levine JB et al. Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 946-54.
24. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999;174:67-73.
25. Prigerson HG, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W et al (eds). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association, 2001:613-45.
26. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:904-10.
27. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as a psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:350-62.
28. Metz CE. Basic principles of ROC analysis. *Semin Nucl Med* 1978;8:283-98.
29. Hambleton RK, Swaminathan H, Rogers HJ. *Fundamentals of items response theory*. Newbury Park: Sage, 1991.
30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Non-Patient Edition (SCID-I/NP)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1995.
31. Williams JBW, Gibbon M, First MB et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
32. Cornoni-Huntley J, Ostfeld AM, Taylor JO et al. Established populations for epidemiologic studies of the elderly: study design and methodology. *Aging Clin Exp Res* 1993; 5:27-37.
33. Katz S, Downs TD, Cash HR et al. Progress in the development of an index
34. Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1976;54:439-67.
35. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-82.
36. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Ed Psychol Meas* 1960;20:37-46.
37. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
38. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
39. Bui E, Mauro C, Robinaugh DJ et al. The Structured Clinical Interview for Complicated Grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depress Anxiety* 2015;32:485-92.
40. Lee SA. The Persistent Complex Bereavement Inventory: a measure based on the DSM-5. *Death Stud* 2015;39:399-410. DOI:10.1002/wps.20348