

ных расходов на заболевания, вызванные зависимым поведением, подразумевает пропорциональные ответные меры, которые наиболее оптимальны в рамках системы общественного здравоохранения.

Здесь мы изложили причины, по которым подход в рамках системы общественного здравоохранения, используемый для расстройств употребления психоактивных веществ, также может быть целесообразен для патологического гемблинга, игровой зависимости и, возможно, других состояний вследствие аддиктивного поведения. Этот веский аргумент поддерживает включение расстройств употребления психоактивных веществ, патологического гемблинга и игрового расстройства в единую группу раздела классификации психических, поведенческих расстройств и нарушений нервно-психического развития в МКБ-11.

Dan J. Stein¹, Joël Billieux², Henrietta Bowden-Jones³, Jon E. Grant⁴, Naomi Fineberg⁵, Susumu Higuchi⁶, Wei Hao⁷, Karl Mann⁸, Hisato Matsunaga⁹, Marc N. Potenza¹⁰, Hans-Jürgen M. Rumpf¹¹, David Veale¹², Rajat Ray¹³, John B. Saunders¹⁴, Geoffrey M. Reed¹⁵, Vladimir Poznyak¹⁵

¹Department of Psychiatry and Mental Health, SA Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ²Institute for Health and Behaviour, University of Luxembourg, Luxembourg; ³Division of Brain Science, Imperial College London, London, UK; ⁴Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, IL, USA; ⁵University of Hertfordshire, Hatfield, and School of Clinical Medicine, Cambridge University, Cambridge, UK; ⁶National Center for Addiction Services Administration, Yokosuka, Kanagawa, Japan; ⁷Mental Health Institute, Central South University, Changsha, China; ⁸Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany; ⁹Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Japan; ¹⁰Yale

University School of Medicine, and Connecticut Council on Problem Gaming, Clinton, CT, USA; ¹¹Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University of Lübeck, Lübeck, Germany; ¹²Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; ¹³Department of Psychiatry, Swami Rama Himalayan University, Dehradun, India; ¹⁴Disciplines of Psychiatry and Addiction Medicine, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; ¹⁵Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Только авторы отвечают за мнения, выраженные в этом письме, и они не обязательно отражают решения, стратегии или мнения Всемирной организации здравоохранения. Письмо частично основано на работе, предпринятой в рамках Акта CA16207 «европейской системы проблем использования интернета» при поддержке Сотрудничества Европейских стран в области науки и технологий (the European Cooperation in Science and Technology – COST).

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)
Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)
(World Psychiatry 2018;17:363-364)

Библиография

1. Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ et al. Eur Neuropsychopharmacol 2016;26:841-55.
2. Saunders JB, Hao W, Long J et al. J Behav Addict 2017;6:271-9.
3. Starcevic V, Aust N Z J Psychiatry 2016;50:721-5.
4. Aarseth E, Bean AM, Boonen H et al. J Behav Addict 2017;6:267-70.
5. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M et al. Am J Psychiatry 2013;170:834-51.
6. Petry NM. Addiction 2006;101(Suppl. 1):152-60.
7. Potenza MN. Addiction 2006;101(Suppl. 1):142-51.
8. Saunders JB. Curr Opin Psychiatry 2017;30:227-37.
9. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA et al. World Psychiatry 2014;13:125-7.

DOI:10.1002/wps.20570

Доказательства клинической целесообразности диагноза пролонгированной реакции утраты

Значительная масса исследований показали, что пролонгированная реакция утраты (ПРУ), характеризующаяся длительным и тяжелым дистрессом в ответ на утрату, составляет расстройство, отличающееся от большого депрессивного расстройства (БДР) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), связанных с тяжелой утратой¹. При рассмотрении имеющихся доказательств группа, работающая над секцией в МКБ-11 «Расстройства, связанные со стрессом», решила предложить ПРУ для включения в классификацию в качестве нового синдрома, связанного со стрессом². Однако специалисты в области психиатрии и обыватели выражают обеспокоенность, что введение диагноза ПРУ приведет к «медиализации» нормальной реакции горя³. Остаются опасения и относительно гипердиагностики нормальных ответов на потерю⁴⁻⁶.

В качестве нового расстройства крайне важно определить, является ли ПРУ клинически целесообразным диагнозом. Согласно проф. First⁷, психическое расстройство или диагностическая система имеет клиническую целесообразность, если: а) помогает коммуникации и взаимодействию специалистов; б) способствует эффективным терапевтическим вмешательствам; в) определяет потребности и исходы лечения; г) отграничивает расстройства от нормальных реакций и коморбидных расстройств. В свою очередь, множество доказательств продемонстрировали целостность концепции, прогностическую и постепенно

растущую обоснованность диагноза ПРУ. Представления врачей о его клинической целесообразности все еще должны быть проверены экспериментально.

Для заполнения этого пробела наша группа провела двухфазное рандомизированное контролируемое клиническое исследование в США при поддержке Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health – NIMH), в котором оценивала клиническую целесообразность ПРУ. В исследовании проводилась оценка воздействия приведенной информации о диагнозе на способность врачей поставить дифференцированный диагноз ПРУ «виртуальному стандартизированному пациенту» (ВСП). Использование ВСП позволяет нам стандартизировать клинические проявления, контролировать существенные искажающие факторы и характеристики пациентов и избегать обременения участников, переживающих утрату близких. Также использование ВСП (вместо описаний клинических случаев или пациентов, выбранных врачом самостоятельно⁸, как это было сделано в предыдущих исследованиях) повысило внешнюю обоснованность данных исследований.

В первой фазе исследования были разработаны клинические примеры для ВСП, записанные на видео с привлечением семи консультантов по работе с утратой. Они описали случаи ПРУ, не удовлетворяющие критериям нормальной реакции горя, БДР и ПТСР. Четырех «ослепленных»

обученных диагностов попросили опросить ВСП и оценить случаи для определения «золотых», или «критериальных», стандартных диагнозов. Эксперты пришли к полному согласию в 12 случаях, которые были включены во вторую фазу исследования.

Во второй фазе специалисты в области психического здоровья ($n=120$) были распределены случайным образом на две группы: получившие письменную информацию о ПРУ (информированные) или не получившие (неинформированные). Участники были опрошены об их квалификации и опыте работы с людьми, переживающими утрату, и затем они были приглашены для постановки диагноза и рекомендаций по лечению четырех ВСП, описывающих нормативную реакцию горя, ПРУ, БДР и/или ПТСР. Также провели опрос о клинической целесообразности диагноза ПРУ среди участников. В число участников входили психиатры (17%), психологи (27%), социальные работники (43%) и другие сертифицированные клиницисты (13%). Из них было 76% женщины и 66% белых.

Нами было обнаружено, что информированные о ПРУ клиницисты в сравнении с неинформированными в 4,5 раза точнее диагностировали ПРУ. В группах не наблюдалось значимых различий в точности диагностики нормативной реакции утраты, БДР или ПТСР, но были обнаружены достоверные различия между группами в рекомендациях по лечению случаев пролонгированной реакции утраты. Оценки клинической целесообразности диагностических критериев ПРУ были высокими, причем большинство клиницистов оценивали эти критерии как удобные для использования (97%) и по большей части клинически целесообразные (95%).

Имеется значительная обеспокоенность тем, что введение диагноза пролонгированной реакции утраты повысит вероятность того, что клиницисты будут медикализировать и патологизировать нормальную реакцию горя⁴⁻⁶. Мы обнаружили, однако, что специалисты в области психического здоровья, которые были информированы о ПРУ, с меньшей вероятностью патологизировали нормативную реакцию горя, чем те, кто не получал информацию заранее для оценки стандартизированных пациентов. Более того, клиницисты, которые верно диагностировали ПРУ, с меньшей вероятностью назначали антидепрессанты лицам, которым точно диагностировали ПРУ, и с большей вероятностью рекомендовали им психотерапию. Доказано, что психотерапия имеет прямое влияние на симптомы ПРУ, такие как потеря надежды (эмоционально-ориентированная терапия), потеря смысла жизни (экзистенциальная психотерапия) и постоянное страдание (терапия принятия и ответственности). Эти результаты могут отражать понимание клиницистами того, что ПРУ менее биологически детерминирована, чем, например, БДР. Хотя, как и в DSM, руководство по ПРУ не предлагает рекомендаций по лечению, но оно описывает факторы риска, которые являются по своей природе психологическими, что может повлиять на данные врачами рекомендации.

Исследование также предполагало изучение клинической значимости использования однозначных диагностических критериев для различия патологической реакции утраты от других клинических проявлений. Предложенные критерии ПРУ являются высоко специфичными, что должно уменьшить риск патологизации нормативной реакции горя¹. В то же время они достаточно чувствительны для выявления тех, кому требуется помощь¹. Недопонимание и неточная классификация ПРУ в рубрике классификации «другие расстройства», вероятно, приведет к неоптимальному лече-

нию. ПРУ может быть исправлена при назначении специфических мероприятий, которые были предложены участниками исследования и направлены на отличительные патологические симптомы реакции утраты⁹. Постановка неверного диагноза БДР или ПТСР при ПРУ может привести к использованию ненадлежащих лечебных мероприятий.

Хотя и данное исследование было ограничено относительно небольшой выборкой и предубеждениями, сопряженными с теми, кто принимал участие в исследовании, оно все же продемонстрировало, что диагноз ПРУ воспринимается клиницистами и показал себя как клинически целесообразный. Поэтому мы надеемся, что представление информации о ПРУ улучшит их способность различать нормальную реакцию горя и патологическую реакцию утраты, улучшит коммуникацию и взаимодействие между клиницистами, пациентами и их семьями, и поспособствует предоставлению эффективного лечения при ПРУ⁷.

**Wendy G. Lichtenthal^{1,2}, Paul K. Maciejewski²,
Caraline Craig Demirjian¹, Kailey E. Roberts¹,
Michael B. First⁵, David W. Kissane¹⁻³, Robert A.
Neimeyer⁴, William Breitbart^{1,2}, Elizabeth Slivjak¹,
Greta Jankauskaite¹, Stephanie Napolitano¹, Andreas
Maercker⁶, Holly G. Prigerson²**

¹Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY, USA; ²Weill Cornell Medicine, New York, NY, USA; ³Monash University, Clayton, VIC, Australia; ⁴University of Memphis, Memphis, TN, USA; ⁵Columbia University Medical Center, New York, NY, USA; ⁶University of Zurich, Zurich, Switzerland

Авторы выражают благодарность экспертам, которые корректировали сценарии ВСП, в том числе N. Alston, P. Boelen, J.A. García-García, A. Ghesquiere, A. Para и S. Schachter. Они также выражают свою признательность misterBIT за разработку образовательной онлайн-платформы и специалистам в области психического здоровья за то, что выделили время на участие в данном исследовании. Исследование было выполнено при поддержке гранта NIMH R21MH095378 и грантов Национального института онкологии (National Cancer Institute) США: R35CA197730, K07CA172216 и P30CA008748.

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)

(World Psychiatry 2018;17:364-365)

Библиография

1. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC et al. PLoS Med 2009;6:e1000121.
2. Maerker A, Brewin CR, Bryant RA et al. World Psychiatry 2013;12:198-206.
3. Breen LJ, Penman EL, Prigerson HG et al. J Nerv Ment Dis 2015;203:569-73.
4. Wakefield JC. World Psychiatry 2013;12:171-3.
5. Prigerson HG, Maciejewski PK. JAMA Psychiatry 2017;74:435-6.
6. Dodd A, Guerin S, Delaney S et al. Patient Educ Couns 2017;100:1447-58.
7. First MB. Prof Psychol Res Pract 2010;41:465-73.
8. Spitzer RL, First MB, Shedler J et al. J Nerv Ment Dis 2008;196:356-74.
9. Mancini AD, Griffin P, Bonanno GA. Curr Opin Psychiatry 2012;25:46-51.

DOI:10.1002/wps.20544