

В поисках эутимии

Giovanni A. Fava¹, Jenny Guidi²

¹Department of Psychiatry, University at Buffalo, State University of New York, Buffalo, NY, USA;

²Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italy

Перевод: Т.И. Шишкова (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Fava G. A., Guidi J. The pursuit of euthymia. *World Psychiatry*. 2020;19(1): 40-50.

Резюме

Психиатры в своих клинических суждениях нередко отмечают и положительные характеристики пациента, но следует признать, что современные подходы к диагностике и лечению фокусируются в основном на проявлениях дисфункции. Эутимия – трансдиагностический конструкт, который описывает состояние позитивного аффекта и психологического благополучия, основанное на гармоничном взаимодействии всех психических сил (гибкости), целостном взгляде на жизнь, направляющем эмоции и действия индивида к достижению желаемого в будущем (последовательности) и способности сопротивляться стрессу (резилентность, устойчивость к фрустрации и тревоге). Все больше данных свидетельствует, что подход к оценке эутимии и ее компонентов имеет серьезное значение в клинической практике. В порядок клинической оценки, который включал бы макроанализ и стадирование, могут быть включены конкретные инструменты (клинические интервью и опросники). Возможно, следует расширить круг расстройств, в индивидуальный лечебный план для которых входит стремление к эутимии, также воспринимая эту терапевтическую стратегию как трансдиагностическую. В ходе рандомизированных контролируемых клинических испытаний был разработан и утвержден ряд психотерапевтических методов, направленных на позитивные аффекты и ощущение психологического благополучия (таких как терапия, ориентированная на благополучие, когнитивная терапия, основанная на осознанности, терапия принятия и ответственности). Полученные данные указывают на то, что процветанию и резилентности могут способствовать определенные вмешательства, направленные на формирование позитивной оценки самого себя, ощущения непрерывного роста и развития, убежденности в том, что жизнь имеет цель и значение, а также удовлетворенности отношениями, способности эффективно распределять время и становление чувства самоопределения.

Ключевые слова: эутимия, психологическое благополучие, резилентность, психическое здоровье, психометрия, позитивная психология, терапия, ориентированная на благополучие, когнитивная терапия основанная на осознанности, терапия принятия и ответственности.

Около шестидесяти лет назад М. Jahoda опубликовала необычную книгу о позитивном подходе к психическому здоровью¹. Она отрицала, что «целесообразно определять концепцию психического здоровья через отсутствие заболеваний. Более плодотворной представляется идея описать позитивные аспекты психического здоровья и подчеркнуть, что отсутствие болезней является для него необходимым, но не достаточным критерием»¹.

Она предложила следующие критерии позитивного психического здоровья: автономия (регуляция поведения из внутреннего источника), способность контролировать события, удовлетворительное взаимодействие с другими людьми и средой, индивидуальный стиль и темп личностного роста, развития или самореализации, а также отношение человека к его/ее собственному «я» (самовосприятие/принятие). В книге особо отмечалось, что интересы исследователей в области психического здоровья резко смещены в сторону психологической дисфункции¹.

Лишь спустя много лет, в результате нескольких разработок, предложенных в конце 1990-х годов, обозначилась тенденция к изменению этого дисбаланса.

Во-первых, С. Ryff² представил методику оценки критериев, предложенных Jahoda, – Шкалы самооценки пси-

хологического благополучия (PWB). Анкетирование показало, что признаки психического неблагополучия (например, при большом депрессивном расстройстве) и психологического благополучия взаимосвязаны, но в целом являются скорее независимыми показателями^{3,4}. Это означает, что некоторые люди могут одновременно иметь высокие показатели психического благополучия и неблагополучия, а другие – низкое психологическое благополучие при наличии серьезного психического расстройства, или высокие показатели психологического благополучия при его отсутствии.

Кроме того, клинические исследования поставили под сомнение наивную концептуализацию, в которой психологическое благополучие и дистресс исключают друг друга (т. е. мнение, что благополучие есть отсутствие дистресса и появляется при устранении дистресса). Пациенты с различными психическими расстройствами, которые с точки зрения психиатрических симптомов находились в ремиссии, все еще демонстрировали низкие показатели психологического благополучия по сравнению со здоровыми участниками группы контроля^{5,6}.

Во-вторых, было установлено, что снижение психологического благополучия – существенный фактор риска возникновения и рецидива психических

расстройств, таких как депрессия^{7,8}. То есть, определение выздоровления должно включать критерии психического благополучия⁹. Все более распространенной становится точка зрения, что вмешательство, помогающее человеку выйти из негативного состояния, приводят не к полному выздоровлению, а к некой нейтральной позиции⁹. Jahoda¹ в свою очередь предположила, что полное выздоровление может быть достигнуто с помощью специальных вмешательств, направленных на восстановление или повышение уровня психологического благополучия.

Третьим фактором стал возросший интерес исследователей к концепции позитивного психического здоровья¹⁰. Выдвинуто множество концепций, как то наличие у человека сильных сторон (в противоположность отсутствию слабостей), включая психологическую зрелость, преобладание положительных эмоций, субъективное благополучие и устойчивость¹⁰.

Вероятно, наиболее весомый вклад в популяризацию концепции психологического благополучия внесло движение позитивной психологии, инициированное Американской психологической ассоциацией в 2011 году, которому удалось за короткое время оказать огромное влияние на психологию и общество в целом. Это движение пропа-

гандировало идею, что в психологии необходимо учитывать как позитивные, так и негативные аспекты, – позже это положение было распространено и на психиатрию¹². Тем не менее, это движение вызвало значительную критику^{13, 14}. Позитивная психология сформировалась во внеклинической среде, и неудивительно, что ее упрощенный подход (счастье и оптимизм, чем больше, тем лучше) вступал в противоречие с трудностями клинической реальности^{13, 14}.

Несмотря на развитие этих идей, концепция психологического благополучия до сих пор мало влияла на клиническую практику. Цель этого обзора – проиллюстрировать, что внимание клиницистов к концепции психологического благополучия требует структурированного и всеобъемлющего взгляда, возможно, в рамках концепции эутимии¹⁵, а также конкретных подходов к диагностике и лечению. Такой подход открывает многообещающие перспективы для лечебной и профилактической работы.

ЭУТИМИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ

В 1991 году Garamoni и соавторы¹⁶ предположили, что здоровое функционирование характеризуется оптимальным балансом позитивных и негативных когнитивных и аффективных состояний, в то время как психопатология определяется отклонениями от этого баланса. Лечение психиатрических симптомов может улучшить психическое самочувствие, и, действительно, шкалы, ориентированные на психологическое благополучие, оказались более чувствительными к эффектам фармакотерапии, чем шкалы, которые оценивают симптомы¹⁷. В свою очередь, изменение уровня психологического благополучия может повлиять на интенсивность психиатрической симптоматики^{18, 19}.

Чрезмерно выраженные положительные эмоции также могут неблагоприятно сказаться на состоянии индивида¹³, они относятся скорее к сфере психических расстройств и нарушений функционирования, чем к аспектам психологического благополучия.

У разных людей оптимальное и гармоничное сочетание различных факторов благополучия может отличаться в зависимости от личностных качеств, социальной роли, культурного и социального контекста. В Таблице 1 отражен полярный характер дименсий, предложенных Jahoda и Riff²⁰. Таким

образом, оценка позитивных аффектов и когнитивных должна проводиться в рамках интегративной теории, которой и могла бы послужить концепция эутимии.

Термин «эутимия» имеет греческое происхождение и состоит из корней *eu* – «хороший» и *thymos* – «душа». Последний корень имеет при этом несколько значений: жизненная энергия; чувство или страсть; воля, желание и склонность; мысль и разум. Интересно также, что соответствующий глагол (*euthumeo*) означает одновременно «я счастлив, я в хорошем настроении», «я делаю других людей счастливыми» и «я успокаиваю и ободряю».

Определение эутимии обычно приписывается Демокриту: свойство тех, кто удовлетворен имеющимся, не обращая внимания на людей, которым завидуют и которыми восхищаются, и наблюдая за жизнью тех, кто страдает и все же терпит²¹. Это состояние спокойного удовлетворения, баланса эмоций, который побеждает все тревоги.

Латинский философ Сенека перевел греческий термин *euthymia* как *tranquillitas animi* (состояние внутреннего спокойствия и удовлетворенности) и связал его с психологическим благополучием, которому можно научиться. Чувствовать счастье недостаточно, чтобы быть счастливым, нужно иметь *felicis intellectus*, то есть знать, что ты счастлив. Плутарх, который работал над синтезом греческой и латинской культуры, подверг критике концепцию эутимии в представлении Эпикура, то есть отрешенности от всего происходящего вокруг. Он подчеркнул, что изменения настроения и неблагоприятные жизненные ситуации могут также многому научить.

В психиатрической литературе термин «эутимия» означает, в сущности, отсутствие значимого дистресса. Тот момент в течении аффективного расстройства, когда пациент не соответствует определению депрессии или мании по оценкам диагностических шкал или критериев, называется состоянием эутимии. Пациенты с биполярным расстройством проводят около половины времени жизни в депрессии, мании или смешанных состояниях²². Все остальное время описывается как эутимический период^{23–27}. Тем не менее в исследованиях с лонгитюдным дизайном у них фиксируются значительные колебания уровней психологического дистресса. Можно предположить, что заболевание все еще активно и в периоде «эутимии» варьируется лишь его интенсивность²⁸. Таким образом, термин «эутимия» представляется относительно

но этих подпороговых бессимптомных периодов сомнительным²⁸.

Аналогичные соображения применимы к использованию термина «эутимия» при униполярной депрессии и дистимии. В этом случае также уместно говорить, что эутимия определяется исключительно в отрицательных терминах²⁹, как отсутствие аффективных симптомов определенной интенсивности, а не как наличие специфических положительных характеристик, которые описывали бы здоровое состояние⁹.

Общие принципы концепции, которую выдвинула Jahoda¹, тесно связаны с понятием эутимии. Свою концепцию она определила как интегративную, включающую гармоничное взаимодействие всех психических сил (гибкость), целостный взгляд на жизнь, направляющий эмоции и действия индивида к достижению желаемого в будущем (последовательность) и способность сопротивляться стрессу (резилентность*, устойчивость к фрустрации и тревоге). Это не просто очередное (и бесполезное для клинической работы) описание состояния, избегающего излишеств и крайностей. Именно эти механизмы помогают индивиду построить различные аспекты психологического благополучия к меняющимся потребностям.

В последние десятилетия интерес к концепциям гибкости и резилентности, предложенным Jahoda¹, все возрастает. Психологическая гибкость рассматривается³⁰ как способность: распознавать ситуационные требования и приспосабливаться к ним; изменить свои убеждения, если они ставят под угрозу личностное или социальное функционирование; поддерживать баланс между важными сферами жизни; демонстрировать последовательность в поведении и отстаивании ценностей. Напротив, отсутствие гибкости повышает риск депрессии, тревоги и в целом создает склонность испытывать негативные эмоции при меньшей провокации, с большей интенсивностью и частотой, а также на протяжении более длительных периодов времени – что соответствует рубрике «невротизм»³⁰.

Резилентность (сопротивляемость, *resilience*) – это способность поддерживать состояние психологического благополучия перед лицом жизненных трудностей и восстанавливаться после них³¹. Для человека, который подвергся действию неблагоприятных факторов, наличие признаков психологического благополучия является более строгим критерием оценки, чем отсутствие признаков заболевания или иного

* В данной статье термин «резилентность» используется для перевода англоязычного термина «*resilience*», который еще не имеет устоявшегося русскоязычного перевода (прим. редактора)

Таблица 1		
Нарушенная способность	Сбалансированное состояние	Чрезмерные проявления
Способность контролировать события		
Не справляется с повседневными обязанностями; чувствует, что не может улучшить ситуацию; не видит возможностей.	Уверен, что контролирует происходящее; пользуется предоставляющимися возможностями; выбирает наиболее подходящее в соответствии со своими потребностями.	Берет на себя трудноразрешимые задачи; неспособен отдыхать и получать положительные эмоции; чрезмерно вовлечен в домашние и рабочие дела.
Личностный рост		
Ощущает, что остановился в развитии; не замечает изменений со временем; чувствует, что устал от жизни, и не интересуется ей.	Чувствует, что находится в постоянном развитии; замечает результаты работы над собой и личностного роста; открыт новому опыту.	Неспособен проработать негативный опыт прошлого; придерживается иллюзорных убеждений, прямо противоречащих реальности; задает нереалистичные стандарты и цели.
Жизненные цели		
Не чувствует в жизни смысла; не ставит целей, не представляет свою жизненную траекторию.	Имеет жизненные цели и чувствует значимость событий настоящего и прошлого.	Имеет нереалистичные надежды и ожидания; постоянно недоволен собственными усилиями и не может распознать собственные ошибки.
Автономия		
Чрезмерно озабочен суждениями и ожиданиями других; в принятии важных решений полагается на их мнение.	Независим; может сопротивляться давлению общества; в регуляции поведения исходит из личных стандартов.	Не уживается с людьми, неспособен работать в команде, учиться у других; не может попросить о помощи и совете.
Самопринятие		
Испытывает неудовлетворенность собой; с разочарованием вспоминает события прошлого; хотел бы быть другим человеком.	Принимает собственные положительные и отрицательные качества, воспринимает прошлое позитивно.	С трудом признает собственные ошибки; склонен винить во всех проблемах других.
Позитивные отношения с окружающими		
С трудом открывается другим, мало близких и доверительных отношений.	Строит близкие и доверительные отношения с другими; заботится о благосостоянии близких; осознает взаимность человеческих взаимоотношений.	Приносит в жертву собственные интересы ради других; из-за низкой самооценки и чувства никчемности склонен ко всепрощению.

негативного поведенческого исхода (что подразумевается на данный момент стандартами). Примером могут служить истории людей, которые возвращаются к состоянию психологического благополучия после депрессии, а также способность поддерживать психическое равновесие в случае тяжелого или хронического заболевания. Таким образом, резилентность трактуется как протяженный во времени и динамический процесс, связанный с концепцией жизненного процветания. Вести осмысленную жизнь, стремиться к некой цели, формировать качественные отношения с другими – ряд способностей, которые влияют также и на физиологические основы здоровья³². Напротив, субъективное ощущение некомпетентности (будто вы заблокированы, находитесь в ловушке из-за неспособности запланировать или инициировать действия, необходимые для достижения цели) противопоставляется концепции резилентности³³. Люди, которые считают себя некомпетентными, неуверенными и нерешительными в отношении своих целей и жизненной траектории.

Fava и Vech¹⁵ определили состояние эутимии как комбинацию следующих признаков (Рисунок 1):

- Отсутствие аффективных расстройств, которые относились бы к соответствующим диагностическим ка-

тегориям. Если индивид имеет аффективное расстройство в анамнезе, в данный момент он должен находиться в состоянии полной ремиссии. Чувство грусти, беспокойства или раздражительности могут присутствовать, но они непродолжительны, связаны с текущей ситуацией и не оказывают значительного влияния на повседневную жизнь.

- Индивид испытывает положительные эмоции, то есть чувствует себя бодрым, спокойным, активным, заинтересованным, а сон приносит ему чувство отдыха и бодрости.

- Индивид находится в состоянии психологического благополучия, т. е. демонстрирует гармоничное взаимодействие всех психических сил (гибкость), целостный взгляд на жизнь, направляющий эмоции и действия индивида к достижению желаемого в будущем (последовательность), и способность сопротивляться стрессу (резилентность, устойчивость к фрустрации и тревоге).

Это определение эутимии, поскольку оно тесно связано со стабильностью настроения, существенно отличается от концепции эвдемонического благополучия, которая становится все более популярной в позитивной психологии³⁴. Принципиально все теории психологического благополучия можно разделить на две основные группы³⁵:

гедонистические концепции сосредоточены на субъективном самочувствии, счастье, избегании боли и удовлетворенности жизнью, в то время как эвдемонические концепции, например, аристотелевская, подчеркивают осознание значимости и самореализацию, а благополучие определяют в зависимости от того, насколько успешно индивид способен функционировать и как реализуется комплекс характерных для благополучного состояния свойств, таких как самореализация и жизнеспособность. Тем не менее, в клинической работе эти две точки зрения оказываются неразрывно связаны и сложным образом взаимодействуют с колебаниями настроения¹⁴. К сожалению, эвдемонические концепции зачастую игнорируют сложные взаимоотношения позитивных и негативных аффектов при психических расстройствах^{13,16}.

Независимо от того, соответствует ли человек критериям эутимии, для клинической практики важно оценить составляющие психологического благополучия, поэтому они должны присутствовать в психиатрическом обследовании. Многочисленные свидетельства поддерживают гипотезу о том, что позитивные аффекты и психологическое благополучие являются протективными факторами в отношении психических расстройств и повышают



Рисунок 1. Концепция эутимии

устойчивость к стрессовым ситуациям^{6,32,36–38}.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЗИТИВНЫХ АФФЕКТОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

От методов клинической оценки требуется выявить наличие позитивных аффектов и компонентов психологического благополучия, а также прояснить их взаимодействия с паттерном развития и другими характеристиками психиатрических симптомов. Чтобы рассмотреть интегративную структуру этих характеристик, следует взглянуть на проблему с точки зрения клинметрии^{39–41}. Термин «клинметрия» обозначает дисциплину, изучающую методы количественного измерения клинических показателей, которое не входит в рутинный диагностический процесс. Сюда относятся типология, выраженность и последовательность симптомов; степень прогрессивности заболевания (и его стадирование); тяжесть сопутствующей патологии; проблемы с функционированием; основания для принятия решений по терапевтической тактике (например, выбор лечения) и многие другие аспекты повседневной жизни, в том числе проявления стресса и психологического благополучия^{39–43}.

Позитивные аффекты

Предпринималось множество попыток количественно оценить и качественно определить психологический

дистресс⁴⁴, но оценкой позитивных аффектов, таких как бодрость, спокойствие, активность, заинтересованность, дружелюбие^{45,46}.

Наиболее часто используются шкалы для самооценки и различные опросники, есть несколько доступных инструментов^{45,46}. По своим клинметрическим свойствам выделяются два: Индекс благополучия Всемирной организации здравоохранения-5 (ВОЗ-5)⁴⁷ и Опросник Симптомов (SQ)¹⁷.

Шкала ВОЗ-5 состоит из пяти пунктов, которые охватывают базовые вопросы, касающиеся динамического состояния благополучия. Элементы этой шкалы были также включены в шкалу Euthymia¹⁵, для которой были установлены клиническая достоверность и надежность⁴⁸. Опросник Симптомов представляет собой шкалу самостоятельного заполнения из 24 пунктов, касающихся состояния расслабленности, удовлетворенности, физического благополучия и дружелюбия; и 68 пунктов, по которым оценивают тревогу, депрессию, соматизацию, а также состояния враждебности и раздражительности¹⁷. Массивные клинические исследования подтвердили его чувствительность к динамическим изменениям и значимые различия между группами населения⁴⁵.

В практике психиатра оценка позитивных аффектов необходима для определения тяжести и общих характеристик расстройства. Так, отличить депрессию от состояния грусти, психиатр выявляет факторы эмоционально-

го благополучия, которые препятствуют развитию подавленного настроения, а также склонность резко реагировать на факторы окружающей среды. DSM-5 считает необходимым для диагностики большого депрессивного расстройства, чтобы подавленное настроение сохранялось большую часть дня и присутствовало почти каждый день. Психиатры также оценивают интенсивность положительных эмоций, чтобы разграничить их с состояниями экзальтации и поведенческой активацией, поскольку это необходимо для выявления черт биполярности. Тем не менее существующие официальные диагностические методики упускают большую часть подобных сведений⁴⁹. В Таблице 2 описано клиническое интервью по эутимии (СІЕ), в котором недостающие аспекты учтены. Первые пять пунктов схожи с ВОЗ-5⁴⁷ и нужны для оценки позитивных аффектов.

Психологическое благополучие

Существует несколько инструментов для оценки состояния и параметров психологического благополучия^{45,46}.

В клинике широко используется шкала РWВ⁶. Она включает 84 пункта и шесть измерений (способностей контролировать события, личностный рост, жизненные цели, автономность, самопринятие и позитивные отношения с другими)². Нужно признать, что в условиях нехватки времени размер опросника становится проблематичным. Существует его краткая версия, состоящая из 6 пунктов Психосоциального индекса^{50,51}, тщательно разработанная и прошедшая процедуру валидации. Было установлено, что в отношении показателей благополучия опросник достаточно чувствителен, но дифференцировать различные измерения он не позволяет. Также на основе шкал РWВ было разработано структурированное интервью².

Для оценки психологической гибкости доступна 10-балльная шкала самооценки, Опросник активности и принятия (AAQ-II)^{52,53}. Однако гибкость – лишь один из компонентов эутимии.

Кроме того, шкала РWВ и производные индексы, как и AAQ-II, обеспечивают подход лишь к нарушенному или к оптимальному уровню функционирования, но не дают информации об уровне чрезмерных проявлений. Такого рода информация включена в СІЕ (Таблица 2). Пункты 6–17 этого интервью оценивают оба полюса отклонений для всех измерений психологического благополучия, разработанных Jahoda¹ и оцениваемых по шкале РWВ². Кроме того, интервью позволяет оценить такие аспекты, как гибкость, резилентность и последовательность (пункты 18–22).

Таблица 2. Клиническое интервью по эутимии	
ПОЗИТИВНЫЕ АФФЕКТЫ	
1. Вы обычно в хорошем, бодром настроении?	да/нет
2. Вы обычно чувствуете себя спокойно и расслабленно?	да/нет
3. Вы обычно чувствуете себя активным и энергичным?	да/нет
4. Можно ли сказать, что ваша повседневная жизнь наполнена интересными для вас занятиями и событиями?	да/нет
5. Вы обычно просыпаетесь свежим и отдохнувшим?	да/нет
ИЗМЕРЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ	
Способность контролировать происходящее	
6. Вы чувствуете, что влияете на текущую ситуацию в своей жизни?	да/нет
7. Вы постоянно в поиске вызовов и трудноразрешимых задач?	да/нет
Личностный рост	
8. У вас есть ощущение, что за прошедшие годы вы стали более развитым и зрелым, как личность?	да/нет
9. Вам обычно трудно понять, почему у вас что-то не получается, и/или вы задаете для себя стандарты, которым не можете соответствовать?	да/нет
Жизненные цели	
10. Вам нравится планировать будущее и затем реализовывать планы? Дает ли это ощущение, что в вашей жизни есть смысл и определенная траектория?	да/нет
11. Можно ли сказать, что вы постоянно недовольны тем, как вы справляетесь?	да/нет
Автономия	
12. Для вас более важно соответствовать своим принципам или держаться сообщества?	да/нет
13. Вы способны попросить о помощи или совете?	да/нет
Самопринятие	
14. В целом вы могли бы сказать, что чувствуете себя уверенно и довольны собой?	да/нет
15. Вы могли бы сказать, что вам трудно признавать свои ошибки и/или вы склонны винить в проблемах других?	да/нет
Позитивные взаимоотношения с другими людьми	
16. Много ли таких людей, которые готовы вас выслушать, если вам необходимо поговорить или высказать свое мнение, чувствуете ли вы, что много получаете от общения?	да/нет
17. Склонны ли вы жертвовать своей выгодой и благополучием ради других?	да/нет
ГИБКОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ	
18. Такие эмоции, как печаль, тревога или злость, у вас обычно кратковременны?	да/нет
19. Вы часто размышляете о негативном опыте?	да/нет
20. Вы способны адаптироваться к меняющейся ситуации?	да/нет
21. Вы стараетесь быть последовательным во мнении и поступках?	да/нет
22. Вы могли бы сказать, что в большинстве случаев успешно справляетесь со стрессом?	да/нет

Интеграция с психопатологией

В большинстве случаев диагностические рассуждения в психиатрии завершаются постановкой конкретного диагноза согласно одной из классификационных систем. Однако диагноз (например, большого депрессивного расстройства) охватывает широкий спектр проявлений, коморбидных состояний, различных вариантов тяжести, прогноза и ответа на лечение⁵⁴. Приверженность исключительно диагностическим критериям не отражает всей сложности ситуаций, которые встречаются в клинической практике⁵⁴. Взгляд на расстройство должен быть интегральным и на всем протяжении расстройства учитывать концепции позитивных аффектов и психологического благополучия, а также широкий спектр дополнительных факторов, таких как стресс, образ жизни, субклинические симптомы, ассоциированное с болезнью поведение и социальная поддержка⁵⁴.

Этот взгляд согласуется с традиционным психопатологическим подходом, который следующим образом описывает М. Roth⁵⁵: смотреть на жизнь пациентов «до и после», учитывать «психотравмирующие жизненные обстоятельства, которые пришлось на период начала болезни, преморбидную структуру личности и ее слабые стороны, историю развития пациента, его адаптации в детском возрасте, отношений с родителями; сексуальную жизнь в браке и вне брака, достижения и амбиции, межличностные отношения, способность освоиться в разных ролях, устойчивость или хрупкость его самооценки»⁵⁵. Интеграцию концепций психологического благополучия и дистресса могут облегчить два технических шага. Первый – использование в клинических целях макроанализа^{42, 54, 56}. Этот метод предполагает, что в большинстве случаев психических расстройств существуют функциональные связи с другими более или ме-

нее четко определенными проблемными областями, а цели лечения в связи с этим могут на протяжении расстройства меняться. Рассмотрим, к примеру, случай женщины с рекуррентными эпизодами большого депрессивного расстройства, текущий эпизод которого лишь частично купирован (Рисунок 2). Клиническое интервью, сосредоточенное на психиатрических симптомах, может выявить наличие остаточных проявлений депрессии (например, грусть, снижение интереса, чувство вины, раздражительность), проблемы в семье (например, конфликтные отношения с матерью, постоянные размышления о смерти отца два года назад) и неудовлетворенность межличностными отношениями (например, повторные неудачи в романтических отношениях). Клиническое интервью, сфокусированное на эутимии, может выявить низкий уровень автономии (например, неуверенность во многих ситуациях) и личностного роста (напри-

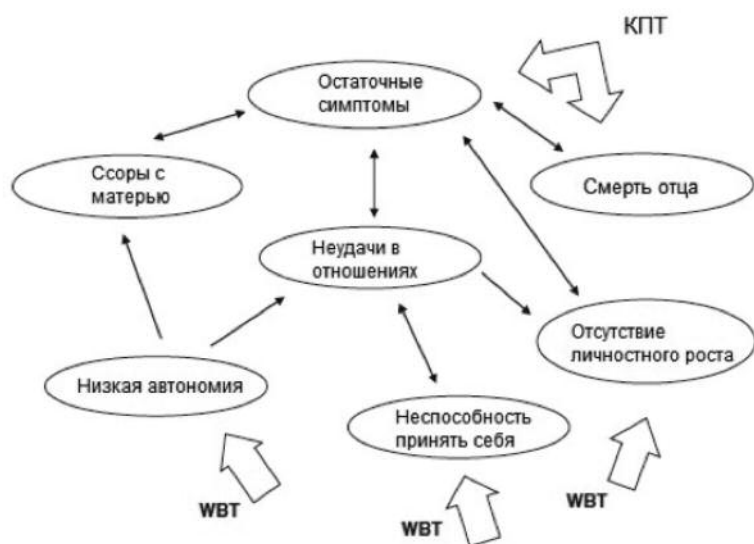


Рисунок 2. Макроанализ состояния пациента с частичной ремиссией при рекуррентном депрессивном расстройстве с терапевтическими целями. КПТ – когнитивно-поведенческая терапия, WBT – терапия психологического благополучия

мер, интенсивное чувство неудовлетворенности своей жизнью, чувство стагнации), а также низкую самооценку (например, неудовлетворенность собой). Как показано на Рисунке 2, макроанализ в данной ситуации помогает определить основные проблемные области.

Макроанализ может быть дополнен микроанализом, состоящим из различных дименсиональных оценок, например, шкалы позитивных аффектов и психологического благополучия для экспертной или самостоятельной оценки^{42,54,56}. Выбор инструментов здесь продиктован клиниметрической концепцией инкриминируемой валидности⁵⁴: чтобы быть включенным в диагностический процесс, каждый аспект психометрической оценки должен увеличивать объем новой для исследователя информации.

Второй возможный шаг касается самого подхода к постановке диагноза, согласно которому расстройству характеризуются по степени тяжести, особенностям течения и прогноза^{57, 58}. В зависимости от стадии развития расстройства: продромальной, острой, резидуальных проявлений или хронической – варьируется клиническое значение различных аспектов психологического благополучия⁵⁴. Примером учета этой стратегии может стать подход, когда отдельные психотерапевтические стратегии смещаются на стадию остаточных проявлений, когда с помощью фармакотерапии удалось восстановить у пациента способность к ситуационному обучению⁵⁹. Таким образом, определение лечебной тактики требует поставить цели не только для средств первой линии (например, фармакотерапии), но и предварительно

идентифицировать другие проблемные области, которые должны быть проработаны на дальнейших этапах (например, при психотерапии)⁵⁹.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Вне зависимости от того, какова была цель вмешательства, успешная психотерапия может улучшить субъективное самочувствие и уменьшить симптомы расстройства⁶⁰. Разработано множество психотерапевтических подходов, направленных на повышение психологического благополучия, но лишь немногие из них были протестированы в клинических условиях^{61–63}.

Например, специфическая психотерапевтическая стратегия была разработана на основании предложенной Jahoda концепции эутимии¹. Терапия благополучия (well-being therapy, WBT) – это краткосрочная нелинейная психотерапевтическая стратегия с акцентом на самонаблюдении и использованием структурированного дневника, домашних заданий, а также с непосредственным взаимодействием между пациентом и терапевтом^{14,20,64}. Следующие черты отличают эту разновидность терапии от вмешательств, типичных для позитивной психологии⁶²: а) пациентам предлагается самостоятельно выявлять эпизоды хорошего самочувствия и определять их отношения с ситуационным контекстом; б) после того, как состояния хорошего самочувствия определены, пациенту предлагают вспомнить мысли и убеждения, которые ведут к прекращению этого состояния (автоматические мысли) – как и в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), но с акцентом на

благополучия, а не состоянии дистресса; с) терапевт также может подкреплять и поощрять действия, которые ведут к субъективному ощущению благополучия; д) наблюдения за пациентом в состоянии благополучия позволяет терапевту выявить конкретные нарушения или чрезмерную выраженность отдельных аспектов в понимании Jahoda¹; е) пациентов не просто поощряют к достижению максимально возможного уровня психологического благополучия по всем дименсиям, как это происходит в большинстве направлений позитивной психологии, а призывают добиться гармоничного функционирования¹⁵.

Другая психотерапевтическая стратегия, направленная на повышение психологического благополучия, – когнитивная терапия, основанная на осознанности⁶⁵, которая базируется на буддийской философии. Главная цель этого подхода – уменьшить эффект от потенциально тревожных мыслей и чувств, а также он предлагает особые тактики, например наблюдение без осуждения, техники совладания, задания, направленные на получения удовольствия, – все это направлено на достижение так называемой «хорошей жизни»⁶⁶. Однако, «благо» в философии этого подхода, подразумевает скорее описанную Эпикуром отрешенность, но необязательно эутимию, изображенную Плутархом.

Терапия принятия и ответственности (АСТ)⁶⁷ направлена на повышение психологической гибкости⁵³. Она интегрирует различные поведенческие теории, которые предлагают достичь изменений путем осознанности и принятия. В отличие от WBT, АСТ утверждает, что попытки изменить мысли могут быть контрпродуктивными, и вместо этого поощряет осознание и принятие этих мыслей через практику внимательности.

Существуют и другие психотерапевтические подходы, такие как КБТ с опорой на сильные стороны, предложенная Padesky и Mooney⁶⁸, и терапия прощения⁶⁹ – оба метода предложены как повышающие уровень психологического благополучия, но все еще ожидают адекватной клинической валидации⁶⁶.

ПРИМЕНЕНИЕ В ПРАКТИКЕ

Стремление к эутимии в клинических условиях может рассматриваться не как цель вмешательства при отдельных психических расстройствах, а как трансдиагностическая стратегия и часть общего для всех терапевтического плана. Психотерапевтические вмешательства, направленные на психологическое благополучие, не подходят

для применения в качестве первой линии при лечении острого психического расстройства^{20,64}. Однако в реальной клинической практике большинство пациентов страдают хроническими расстройствами сложной структуры⁵⁴. Полагать, что для достижения длительной ремиссии высокого качества будет достаточно одного курса лечения, значит принимать желаемое за действительное. Таким образом, использование психотерапевтических стратегий, направленных на достижение эутимии, должно быть сообразно клиническому суждению и квалификации случая, а макроанализ и стадирование болезненного процесса облегчают эту задачу.

План лечения должен быть скорректирован в соответствии с клиническим суждением и учитывать ряд важных клинических показателей, таких как характеристики и тяжесть эпизода, сопутствующая симптоматика и другие психологические проблемы (не обязательно достигающие синдромального уровня), коморбидные заболевания, анамнез пациента и уровень психологического благополучия⁵⁴. Информация об этом должна приводиться в литературе наравне с другими важными темами и применяться по согласованию с пациентом⁷⁰.

В последующих разделах мы проиллюстрируем наше заявление примерами стратегий для повышения и/или модификации уровней психологического благополучия. Тем не менее наши рекомендации следует рассматривать как предварительные, поскольку даже если эффективность вмешательства подтверждена рандомизированными контролируемыми исследованиями, нельзя уверенно определить вклад методик, влияющих на уровень благополучия, в получаемый результат: они применяются только совместно с традиционными подходами, а дифференцирующие вклад методы анализа редко встречаются в исследованиях.

Профилактика рецидивов

В 1994 году было проведено рандомизированное контролируемое исследование с последовательным дизайном по лечению депрессии⁷¹. Пациенты с депрессией, которые ответили на фармакотерапию, были случайным образом отнесены к группе КПТ или клинического наблюдения, в то время как дозировки антидепрессантов постепенно снижались с последующей их отменой. Этот дизайн использовался и далее в ряде рандомизированных контролируемых исследований, и было обнаружено, что он дает значительные преимущества в метаанализе⁷².

В последовательной модели пациенту проводят интенсивное двухэтапное лечение, при котором одна разновид-

ность терапии (психотерапия) применяется для улучшения симптомов, на которые не смогла повлиять другая (фармакотерапия). Обоснование этого подхода заключается в использовании психотерапевтических методик в том случае, когда они с наибольшей вероятностью могут внести отчетливый вклад в психологическое благополучие пациента и добиться более полного выздоровления путем устранения остаточной симптоматики. Последовательный дизайн отличается от поддерживающих стратегий, которые ставят своей целью продлить клинический эффект, полученный при лечении острого эпизода, а также от стратегий аугментации и замены лечения, которые применяются, если ответ на первую линию терапии недостаточен^{71,72}.

Три независимых рандомизированных контролируемых исследования с последовательным применением когнитивной терапии и WBT были выполнены в Италии^{73,74}, Германии⁷⁵ и США⁷⁶. В других исследованиях, проведенных в Канаде⁷⁷ и Нидерландах⁷⁸, в дополнение к стандартной когнитивной терапии использовались некоторые принципы WBT. Кроме того, было проведено несколько исследований^{79–87}, в которых на стадии резидуальных симптомов депрессии после фармакотерапии использовалась когнитивная терапия, основанная на осознанности.

На основании доступных нам исследований не удалось определить, что конкретно снижало вероятность рецидива и была ли специфически эффективным компонентом вмешательства ориентация на психологическое благополучие. Тем не менее получены впечатляющие клинические результаты и последовательная модель, по-видимому, дает достаточно устойчивый эффект в предотвращении рецидива при депрессии. Вполне возможно, и еще предстоит проверить, имеют ли подобные стратегии значительные преимущества с точки зрения частоты рецидивов также и при других психических расстройствах.

Повышение уровня функционирования при выздоровлении

Исследования с использованием последовательного дизайна отчетливо демонстрировали, что уровень ремиссии, достигнутой при успешной фармакотерапии, может быть в последующем увеличен с помощью психотерапевтического лечения⁷². Клиницисты и исследователи в клинической психиатрии часто смешивают понятия ответа на терапию и полноценного выздоровления⁹. Полное выздоровление может быть достигнуто только с помощью

вмешательств, которые способствуют функциональному восстановлению и повышению уровня психологического благополучия¹.

В одном из рандомизированных контролируемых исследований пациентам с расстройствами настроения или тревожными расстройствами, которые получили хороший результат при терапии поведенческими (в случае тревожных расстройств) или фармакологическими (в случае аффективных расстройств) методами, предлагалось в дальнейшем пройти WBT либо на КПТ по поводу остаточных проявлений¹⁸. Применение и WBT, и СВТ ассоциировано со значительным уменьшением выраженности резидуальных симптомов, но по оценкам наблюдателей обнаружено значимое преимущество WBT по сравнению с КПТ. При WBT-терапии также значительно увеличивались баллы по шкале PWB, особенно в подшкале личного роста¹⁸.

Исследование с дифференцированной оценкой вклада при генерализованном тревожном расстройстве¹⁹ показало, что добавление WBT к КПТ действительно позволяет достичь более высокого уровня функционального выздоровления. Пациенты были случайным образом распределены в две группы: одна проходила восемь сеансов КПТ, а другая помимо КПТ также четыре сеанса WBT. Применение обоих методов лечения было ассоциировано со значительным снижением тревожности. Тем не менее были выявлены серьезные преимущества последовательной комбинации КПТ/WBT по сравнению с одной КПТ, как с точки зрения уменьшения выраженности симптомов, так и с точки зрения повышения психологического благополучия¹⁹.

Хотя клинические преимущества WBT в повышении уровня функционального выздоровления были задокументированы только при депрессии⁶⁴ и генерализованном тревожном расстройстве¹⁹, по-видимому, она может применяться и для других психических расстройств. Все больший интерес привлекает проблема личного роста при психотических расстройствах⁸⁸, постулируется роль WBT (в дополнение к КПТ) в улучшении функциональных результатов при психозах⁸⁹.

Регуляция настроения

Также есть опыт применения WBT при циклотимическом расстройстве⁹⁰ – состоянии, которое предусматривает легкие или умеренные колебания настроения с соответствующими изменениями поведения и мышления, не соответствующие формальным диагностическим критериям для большого депрессивного расстройства или мании.

В исследовании пациентам с циклотимическим расстройством случайным образом назначали либо последовательную комбинацию КПТ и WBT, либо клиническое наблюдение. После проведенного лечения были выявлены существенные различия в показателях исходов, с более существенными улучшениями в группе КПТ/WBT. Улучшение сохранялось при повторном обследовании через 1 и 2 года наблюдения.

Таким образом, у пациентов с колебаниями настроения WBT может учитывать оба полюса и сохранять направленность на состояние эутимии¹⁵. Может ли стремление к эутимии снизить вероятность рецидива при расстройствах биполярного спектра⁹¹? Этот важный вопрос заслуживает отдельного обсуждения.

Терапевтическая резистентность

К сожалению, многие пациенты не реагируют на адекватную фармакотерапию и/или психотерапию⁵⁴. В рандомизированном контролируемом исследовании лечение с помощью КПТ, основанной на осознанности (МВСТ), сравнивали с традиционным подходом (ТП) при терапевтически резистентной депрессии⁹². МВСТ оказалась значительно более эффективной, чем ТП, в снижении тяжести депрессии.

В следующем исследовании⁹³ изучалась эффективность МВСТ + ТП по сравнению с ТП только для пациентов с хронической, терапевтически резистентной депрессией, которые не продемонстрировали улучшения ни в ходе фармакотерапии, ни при психологическом лечении (КПТ или межличностная психотерапия). Тактика МВСТ + ТП оказала значительное благоприятное воздействие с точки зрения частоты последующих ремиссии, качества жизни, навыков внимательности и самосострадания, но при этом анализ намерения продолжать лечение (ИТТ) не выявил значительного уменьшения симптомов депрессии.

В ряде случаев высказывалось предположение, что WBT может служить альтернативой стандартным когнитивным методам, основанным на мониторинге симптомов дистресса, если последние не приводят к улучшениям или даже вызывают симптоматическое ухудшение при депрессии, паническом расстройстве или нервной анорексии⁶⁴. Таким образом, на данный момент недостаточно сведений, чтобы постулировать роль психотерапии, способствующей повышению или модуляции уровней психологического благополучия, в перечисленных группах пациентов, однако следует признать, что этот подход предлагает некое новое понимание в данной области.

Суицидальное поведение

В недавнем исследовании была проанализирована связь между проспективным, ориентированным на будущее мышлением и суицидальностью⁹⁴, и полученные данные названы перспективными для психотерапии, ориентированной на психологическое благополучие. Работа с таким аспектом, как жизненные цели, может препятствовать суицидальному поведению. Так, было показано, что позитивное психическое здоровье ослабляет связь между суицидальной идеацией и попытками⁹⁵.

Еще одна недооцененная проблема – опыт «душевной боли», на которую часто жалуются суицидальные пациенты. Обнаружено, что, по сравнению с релаксационными практиками, терапия принятия и ответственности снижает не только уровень суицидальной идеации, но и выраженность ощущения душевной боли у таких пациентов⁹⁶.

Отмена психотропных препаратов

Психофармакотерапия, особенно длительная, в отдельных случаях вызывает различные формы зависимости⁹⁷. Не всегда симптомы отмены со временем ослабевают, они также могут перейти в хроническую, затяжную форму⁹⁸. Эти симптомы можно рассматривать как сопутствующую ятрогенную патологию, которая влияет на течение болезни и восприимчивость к последующему лечению⁹⁷.

Прекращение приема антидепрессантов, таких как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, дулоксетин и венлафаксин, представляет собой серьезную клиническую проблему^{99,100}. Разработан¹⁰¹ и протестирован¹⁰² особый протокол терапии при отмене антидепрессантов, основанный на последовательной комбинации КПТ и WBT.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Все более широкое признание получает тот факт, что травматичный опыт приводит также и к положительным изменениям, так называемым явлениям посттравматического роста¹⁰³. Позитивные изменения могут наблюдаться в самооценке (например, переоценка собственных сил и жизнеспособности), оценке возможностей, социальных отношений, иерархии ценностей и приоритетов, духовном росте.

Для облегчения процесса посттравматического личностного роста могут быть особенно уместны именно стратегии повышения уровня благополучия. Сообщалось о двух случаях использования с этой целью WBT, самостоятельно или в последовательной

комбинации с экспозиционной терапией, для преодоления посттравматического стрессового расстройства, при этом центральная травма обсуждалась только на первом сеансе, при сборе анамнеза¹⁰⁴.

Улучшение терапевтических исходов

Необходимость учитывать психосоциальные факторы (функционирование в повседневной жизни, качество жизни, ассоциированное с болезнью поведение) становится важнейшим компонентом ухода за пациентами при хронических соматических заболеваниях³⁷. Эти положения распространяются и на членов семьи, которые ухаживают за хронически больными, и медицинских работников³⁶. В последнее время исследователей также заинтересовала взаимосвязь между психологической гибкостью и хронической болью¹⁰⁵. Таким образом, можно постулировать роль психотерапевтических вмешательств, модулирующих психологическое благополучие, также и при соматических заболеваниях, с целью противодействовать ограничениям и проблемам, связанным с болезнью. Фактически, процесс реабилитации выдвигает в качестве основных целей именно повышение уровня психологического благополучия и изменение образа жизни¹⁰⁶.

В последние годы появляется все больше свидетельств того, что стрессовые состояния могут активировать паттерн консервативного транскрипционного ответа на неблагоприятные воздействия (СТРА), при котором наблюдается повышенная экспрессия провоспалительных генов и одновременно сниженная экспрессия интерферона-1 (врожденного фактора, препятствующего репликации вирусов), а также синтез IgG¹⁰⁷. Эти же механизмы задействованы в патофизиологии рака¹⁰⁸ и сердечно-сосудистых заболеваний¹⁰⁹. Frederickson и соавторы¹¹⁰ сообщили, что у людей с высоким уровнем психологического благополучия снижена экспрессия гена СТРА, то есть психологическое благополучие является потенциальным протективным фактором для ряда соматических заболеваний.

Осознанное отношение к здоровью

Нездоровый образ жизни (например, курение, отсутствие физической активности, переизбыток) является основным фактором риска для многих наиболее распространенных соматических и психических заболеваний^{36, 111}. Изменение образа жизни, направленное на снижение веса, повышение физической активности и изменение рациона

питания, рекомендуется при этом в качестве первой линии терапии. Однако у многих пациентов с хроническими соматическими заболеваниями имеются психологические расстройства и низкий уровень психологического благополучия, что препятствует изменению образа жизни³⁶.

Исследователи утверждают, что устойчивых изменений в образе жизни можно достичь лишь при персонализированном подходе, который нацелен на психологическое благополучие¹¹². То есть при формировании осознанного отношения к здоровью с целью профилактики психических и соматических расстройств также уместны стратегии, ориентированные на эуимию.

ВЫВОДЫ

Многие пациенты, имея одинаковый диагноз, лишь кажутся однотипными, но на самом деле значительно отличаются с точки зрения прогноза и терапевтического подхода. Разграничить таких пациентов можно в том числе с помощью оценки показателей психологического благополучия, но в текущие классификационные и диагностические системы эти показатели не включены. Разработан ряд психотерапевтических стратегий, направленных на выработку позитивных аффектов и повышение уровня психологического благополучия: WBT, МВСТ и терапия принятия и ответственности. Они прошли рандомизированные контролируемые клинические исследования и были признаны эффективными.

Важная характеристика WBT – стремление к состоянию эуимии как к конечной цели терапии. Эта концептуально иной подход по сравнению со многими вмешательствами, которые постулируются как направленные на позитивное психологическое здоровье, но на самом деле работают только с симптомами дистресса. Еще один вопрос, требующий исследования в психотерапевтической практике, – эуимия как характеристика успешного психотерапевта, в соответствии с этимологией этого термина.

Доказательств, которые подтверждали бы клиническую ценность методов, направленных на достижение эуимии, все еще недостаточно. Тем не менее информация, которую уже удалось получить, может лечь в основу инновационных подходов к диагностике и лечению психических расстройств, в частности, снижению вероятности рецидива, повышению уровня функционального выздоровления и модуляции аффекта.

Все, кому текущие перспективы лечения психических расстройств представляются разочарывающими,

должны приветствовать это направление поисков. Возможно, результаты наших усилий неудовлетворительны не потому, что мы не располагаем эффективными средствами, а потому, что неадекватны наши концептуальные модели, смещенные в сторону психологической дисфункции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
2. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *J Pers Soc Psychol* 1989;6: 1069-81.
3. Singer BH, Ryff CD, Carr D et al. Life histories and mental health: a person-centered strategy. In: Raftery A (ed). *Sociological methodology*. Washington: American Sociological Association, 1998:1-51.
4. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav* 2002;43:207-22.
5. Rafanelli C, Park SK, Ruini C et al. Rating wellbeing and distress. *Stress Med* 2000;16:55-61.
6. Ryff CD. Psychological well-being revisited. *Psychother Psychosom* 2014;83:10-28.
7. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten-year cohort study. *J Affect Disord* 2010;122:213-7.
8. Risch AK, Taeger S, Вьрднер J et al. Psychological well-being in remitted patients with recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2013;82:404-5.
9. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med* 2007;37:307-17.
10. Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 2012;11:93-9.
11. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychol* 2000;55:5-14.
12. Jeste DV, Palmer BW. Positive psychiatry. A clinical handbook. Washington: American Psychiatric Publishing, 2015.
13. Wood AM, Tarrier N. Positive clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 2010;30:819-29.
14. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *J Pers* 2009;77:1902-34.
15. Fava GA, Bech P. The concept of euthymia. *Psychother Psychosom* 2016;85:1-5.
16. Garamoni GL, Reynolds CF 3rd, Thase ME. The balance of positive and negative affects in major depression: a further test of the states of the mind model. *Psychiatry Res* 1991;39:99-108.
17. Kellner R. A symptom questionnaire. *J Clin Psychiatry* 1987;48:269-74.
18. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M et al. Well-being therapy: a novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med* 1998;28:475-80.
19. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005;74:26-30.
20. Fava GA. Well-being therapy. Treatment manual and clinical applications. Basel: Karger, 2016.
21. Kahn CH. Democritus and the origins of moral psychology. *Am J Philol* 1985;106:1-31.
22. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ et al. The longterm natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:530-7.
23. Blumberg HP. Euthymia, depression, and mania: what do we know about the switch? *Bio-IPsychiatry* 2012;71:570-1.
24. Martini DJ, Strejilevich SA, Marengo E et al. Toward the identification of neurocognitive subtypes in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2014;167:118-24.
25. Canales-Rodriguez EJ, Pomarol-Clotet E, Rada J et al. Structural abnormalities in bipolar euthymia. *Biol Psychiatry* 2014;76:239-48.
26. Hannestad JO, Cosgrove KP, Dellagioia NF et al. Changes in the cholinergic system between bipolar depression and euthymia as measured with [123I]5IA single photon emission computed tomography. *Biol Psychiatry* 2013;74:768-76.
27. Rocha PM, Neves FS, Correa H. Significant sleep disturbances in euthymic bipolar patients. *Compr Psychiatry* 2013;54:1003-8.
28. Fava GA. Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med* 1999;29:47-61.
29. Dunner DL. Duration of periods of euthymia in patients with dysthymic disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1992-3.
30. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010;30:865-78.
31. Ryff CD, Singer B, Dienberg Love G et al. Resilience in adulthood and later life. In: Lomranz J (ed). *Handbook of aging and mental health*. New York: Plenum, 1998:69-96.
32. Hasler G. Well-being: an important concept for psychotherapy and psychiatric neuroscience. *Psychother Psychosom* 2016;85:255-61.
33. de Figueiredo JM, Frank JD. Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Compr Psychiatry* 1982;23:353-63.
34. Huta V. Eudaimonia. In: David SA, Boniwell I, Conley Ayers A (eds). *The Oxford handbook of happiness*. Oxford: Oxford University Press, 2013:200-13.
35. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potential: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:141-66.
36. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom* 2017; 86:13-30.
37. Fava GA, Sonino N. From the lesson of George Engel to current knowledge: the biopsychosocial model 40 years later. *Psychother Psychosom* 2017;86:257-9.
38. McEwen BS. Epigenetic interactions and the brain-body communication. *Psychother Psychosom* 2017;86:1-4.
39. Feinstein AR. *Clinimetrics*. New Haven: Yale University Press, 1987.
40. Fava GA, Tomba E, Sonino N. Clinimetrics: the science of clinical measurements. *Int J Clin Pract* 2012;66:11-5.
41. Fava GA, Carrozzino D, Lindberg L et al. The clinimetric approach to psychological assessment. *Psychother Psychosom* 2018;87: 321-6.
42. Fava GA, Sonino N, Wise TN. *The psychosomatic assessment*. Basel: Karger, 2012.

43. Fava GA, Tomba E, Bech P. Clinical pharmacopsychology. *Psychother Psychosom* 2017;86: 134-40.
44. Bech P. Clinical psychometrics. Oxford: Wiley Blackwell, 2012.
45. Rafanelli C, Ruini C. Assessment of psychological well-being in psychosomatic medicine. In: Fava GA, Sonino N, Wise TN (eds). *The psychosomatic assessment*. Basel: Karger, 2012:182- 202.
46. Bech P. Clinical assessments of positive mental health. In: Jeste DV, Palmer BW (eds). *Positivepsychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2015:127-43.
47. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S et al. The WHO-5 well-being index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* 2015;84:167-76.
48. Carrozzino D, Svicher A, Patierno C et al. The Euthymia Scale: a clinimetric analysis. *Psychother Psychosom* 2019;88:119-21.
49. Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2018;17:258-75.
50. Sonino N, Fava GA. A simple instrument for assessing stress in clinical practice. *Postgrad Med J* 1998;74:408-10.
51. Piolanti A, Offidani O, Guidi J et al. Use of the PsychoSocial Index (PSI), a sensitive tool in research and practice. *Psychother Psychosom* 2016;85:337-45.
52. Bond FW, Hayes SC, Baer R et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther* 2011;42:676-88.
53. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Fox JP et al. The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2013;51:142-51.
54. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. The clinical process in psychiatry. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:177-84.
55. Roth M. Some recent developments in relation to agoraphobia and related disorders and their bearing upon theories of their causation. *Psychiatr J Univ Ott* 1987;12:150-5.
56. Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A. *Anxiety disorders*. Chichester: Wiley, 1993.
57. Fava GA, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:225-30.
58. Cosci F, Fava GA. Staging of mental disorders: systematic review. *Psychother Psychosom* 2013; 82:20-34.
59. Guidi J, Tomba E, Cosci F et al. The role of staging in planning psychotherapeutic interventions in depression. *J Clin Psychiatry* 2017;78: 456-63.
60. Howard KI, Lueger RJ, Maling MS et al. A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:678-85.
61. Rashid T. Positive psychology in practice: positive psychotherapy. In: David SA, Boniwell I, Conley Ayers A (eds). *The Oxford handbook of happiness*. Oxford: Oxford University Press, 2013:978-93.
62. Quoidbach J, Mikolajczak M, Gross JJ. Positive interventions: an emotion regulation perspective. *Psychol Bull* 2015;141:655-93.
63. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being. *PLoS One* 2016;11:e0158092.
64. Fava GA, Cosci F, Guidi J et al. Well-being therapy in depression: new insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety* 2017;34:801-8.
65. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford, 2002.
66. MacLeod AK, Luzon O. The place of psychological well-being in cognitive therapy. In: Fava GA, Ruini C (eds). *Increasing psychological well-being in clinical and educational settings*. Dordrecht: Springer, 2014:41-55.
67. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford, 1999.
68. Padesky CA, Mooney K. Strengths based cognitive-behavioural therapy. *Clin Psychol Psychother* 2012;19:283-90.
69. Enright RD, Fitzgibbons RP. *Forgiveness therapy*. Washington: American Psychological Association, 2014.
70. Guidi J, Brakemeier EL, Bockting CLH et al. Methodological recommendations for trials of psychological interventions. *Psychother Psychosom* 2018;87:285-95.
71. Fava GA, Grandi S, Zielesny M et al. Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994;151:1295-9.
72. Guidi J, Tomba E, Fava GA. The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *Am J Psychiatry* 2016;173:128-37.
73. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S et al. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:816-20.
74. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2004;161:1872-6.
75. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled study. *Am J Psychiatry* 2013;170:624-32.
76. Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL et al. Sequential treatment with fluoxetine and relapse-prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *Am J Psychiatry* 2014;171: 1083-90.
77. Farb N, Anderson A, Ravindran A et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2018;88:200-4.
78. Bockting CL, Klein NS, Elgersma HJ et al. The effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants compared with maintenance antidepressant treatment and their combination in the prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study). *Lancet Psychiatry* 2018;5: 401-10.
79. Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV et al. Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010;122:224-31.
80. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010;48:738-46.
81. Kuyken W, Byford S, Taylor RS et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:966-78.
82. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:31-40.
83. Segal ZV, Bieling P, Young T et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1256- 64.
84. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.
85. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:275-86.
86. Kuyken W, Hayes R, Barrett B et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;386:63- 72.
87. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J et al. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled noninferiority trial. *Br J Psychiatry* 2016;208:366-73.
88. Slade M, Blacke L, Longden E. Personal growth in psychosis. *World Psychiatry* 2019;18:29-30.
89. Penn DL, Mueser KT, Tarrier N et al. Supportive therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;30:101-12.
90. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychother Psychosom* 2011;80:136- 43.
91. Nierenberg AA. An analysis of the efficacy of treatments for bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2008;69(Suppl. 5):4-8.
92. Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL et al. A randomized controlled trial of mindfulness based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychother Psychosom* 2016;85:99- 110.
93. Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijzen JN et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2018;35:914-24.
94. MacLeod AK. Suicidal behavior. The power of prospection. In: Wood AM, Johnson J (eds). *The Wiley handbook of positive clinical*

- cal psychology. Chichester: Wiley, 2016:293-304.
95. Brailovskaia J, Forkmann T, Glaesmer H et al. Positive mental health moderates the association between suicide ideation and suicide attempts. *J Affect Disord* 2019;245:246-9.
 96. Ducasse D, Jaussent I, Arpon-Brand V et al. Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2018;87: 211-22.
 97. Fava GA, Cosci F, Offidani E et al. Behavioral toxicity revisited: iatrogenic comorbidity in psychiatric evaluation and treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36:550-3.
 98. Chouinard G, Chouinard VA. New classification of selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) withdrawal. *Psychother Psychosom* 2015;84:63- 71.
 99. Fava GA, Gatti A, Belaise C et al. Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychother Psychosom* 2015;84:72-81.
 100. Fava GA, Benasi G, Lucente M et al. Withdrawal symptoms after serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor discontinuation: systematic review. *Psychother Psychosom* 2018;87:195-203.
 101. Fava GA, Belaise C. Discontinuing antidepressant drugs. *Psychother Psychosom* 2018;87: 257-67.
 102. Belaise C, Gatti A, Chouinard VA et al. Persistent postwithdrawal disorders induced by paroxetine, a selective serotonin reuptake inhibitor, and treated with specific cognitive behavioral therapy. *Psychother Psychosom* 2014;83:247-8.
 103. Vazquez C, Páñez-Sales P, Ochoa C. Posttraumatic growth. In: Fava GA, Ruini C (eds). *Increasing psychological well-being in clinical and educational settings*. Dordrecht: Springer 2014:57-74.
 104. Belaise C, Fava GA, Marks IM. Alternatives to debriefing and modifications to cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder. *Psychother Psychosom* 2005;74:212-7.
 105. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis for the integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain* 2014;15:221-34.
 106. Nierenberg B, Mayersohn G, Serpa S et al. Application of well-being therapy to people with disability and chronic illness. *Rehab Psychol* 2016;61:32-43.
 107. Cole SW. Human social genomics. *PLoS Genet* 2014;10:e1004601.
 108. Currier MB, Nemeroff CB. Depression as a risk factor for cancer. *Annu Rev Med* 2014;65:203-21.
 109. Nemeroff CB, Goldschmidt-Clermont PJ. Heartache and heartbreak – the link between depression and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol* 2012;9:526-39.
 110. Frederickson BL, Grewen KM, Algoes SB et al. Psychological well-being and the human conserved transcriptional response to adversity. *PLoS One* 2015;10:e0121839.
 111. Sartorius N, Holt RIG, Maj M (eds). *Comorbidity of mental and physical disorders*. Basel: Karger, 2015.
 112. Guidi J, Rafanelli C, Fava GA. The clinical role of well-being therapy. *Nord J Psychiatry* 2018;72:447-53.
- DOI:10.1002/wps.20698