ных расстройств». Иногда для данного расстройства предлагалось несколько альтернативных методов лечения.

Девятая волна: теория принятия. Поскольку при многих расстройствах не было ремиссии или излечения, дальнейшие цели лечения заключались в том, чтобы помочь пациенту принять то, что нельзя было изменить, и извлечь из ситуации максимум пользы. Были разработаны такие методы лечения, как когнитивная терапия, основанная на внимательности, или терапия принятия и приверженности[1], с использованием таких стратегий, как когнитивное разъединение, направление внимания на настоящее, разъяснение ценностей или ориентация на действие.

Десятая волна: позитивная психология и салютотерапия. Следующим шагом в борьбе с хроническими заболеваниями стала позитивная психология и салютогенез. Соответствующие подходы к лечению включают эутимическую терапию, терапию благополучия и салютотерапию. Пациентов поощряют идентифицировать моменты благополучия, в отличие от негативных состояний, и учат, что благополучие – это не результат внешних факторов, а то, на что можно повлиять.

Одиннадцатая волна: развитие продолжительности жизни и индивидуальная конституция. Модель «диатез – стресс» показала, что разные люди по-разному подвержены влиянию окружающей среды. Таким образом, соматическая и психологическая конституция стала темой КПТ. Сюда входит оценка с помощью «макроанализа» предвестников и непредвиденных обстоятельств расстройства с раннего детства на протяжении всей жизни.

Двенадцатая волна: культурочувствительная психотерапия. Терапевты принимают пациентов с разным культурным и религиозным происхождением, влияющим на то, как те видят мир, находятся под контролем своего окружения и выражают психические расстройства. Рекомендации для культурно-чувствительной КПТ включают явное признание культуры пациента, разработку концепций болезни, которые вписываются в культуру человека, использование метафор из мира пациента и привлечение родственников или священнослужителей к принятию решений.

Многие теоретические основы когнитивно-поведенческой терапии объединены в единый тип психотерапии посредством «анализа поведения»[9]. При этом рассматриваются предшественники и стимулы, познания, атрибуции, ожидания, физиологическая и психологическая конституция и навыки, эмоции, поведение и последствия, которые взаимосвязаны. Все это приводит к индивидуальной оценке проблем пациента, которая затем определяет индивидуальный процесс лечения, не зависящий от диагностических ярлыков. Поэтому КПТ можно считать «прецизионной терапией». В зависимости от результатов анализа поведения используются все техники всех «волн», что отличает КПТ от других видов психотерапии.

Таким образом, когнитивно-поведенческий терапевт – это тот, кто хорошо разбирается во всех теориях, лежащих в основе когнитивно-поведенческой терапии, владеет спектром производных от нее терапевтических техник и может интегрировать их в индивидуальную модель после проведения компетентного анализа поведения.

Michael Linden

Department of Psychosomatic Medicine, Charite University Medicine Berlin, Berlin, Germany

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Hayes S.C., Hofmann S.G. World Psychiatry 2021; 20:363–75. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press, 1958. [Google Scholar]
3. Lewinsohn P.M., Libet J. J Abnorm Psychol 1972; 79:291–5. [Google Scholar]
4. Bellack A.S., Hersen M. Research and practice in social skills training. London: Plenum, 1979. [Google Scholar]
5. Meichenbaum D.W., Goodman J. J Abnorm Psychol 1971; 77:115–26. [Google Scholar]
6. Beck A.T. Am Psychol 1991; 46:368–75. [Google Scholar]
7. Linehan M. Bull Menn Clin 1987; 51:261–76. [Google Scholar]
8. Banta H.D., Saxe L. Am Psychol 1983; 38:918–23. [PubMed] [Google Scholar]
9. Kanfer F.H., Saslow G. Arch Gen Psychiatry 1965; 12:529–38. [PubMed] [Google Scholar]

DOI:10.1002/wps.20985

Эффективность терапии осложненного горя при затяжной патологической реакции горя, по *DSM-5-TR*

Mauro C, Tumasian R, Skritskaya N et al. The efficacy of complicated grief therapy for DSM-5-TR prolonged grief disorder. ***World Psychiatry*****. 2022;21(2):318–319. doi:10.1002/wps.20991**

Американская психиатрическая ассоциация недавно объявила о включении в *DSM-5-TR* новой категории «затяжная патологическая реакция горя» (ЗПРГ)[1,2] после введения этой категории в МКБ-11. Наша группа ранее продемонстрировала эффективность таргетного лечения (терапия осложненного горя, ТОГ) при осложненном горе, состоянии, во многом соответствующем ЗПРГ. Теперь мы изучили эффективность этого лечения среди людей, симптомы которых соответствовали критериям *DSM-5-TR* для ЗПРГ.

ТОГ представляет собой практическое вмешательство из 16 сеансов, разработанное, когда мы заметили, что лечение депрессии оказалось неэффективным при осложненном горе[3]. Мы считали потерю любимого человека значительным жизненным стрессором[4] и понимали горе с точки зрения теории привязанности[5]. Мы концептуализировали горе после потери привязанности как обычно возникающее в острой форме и интегрирующееся с течением времени по мере того, как реальность утраты принимается и восстанавливается способность к благополучию. Мы понимали осложненное горе как состояние, при котором первичная интенсивная форма горя сохраняется и препятствует функционированию человека. Большое число исследований свидетельствует о сложностях на пути адаптации к потере. Мы разработали лечение, направленное на облегчение адаптации к потере и преодоление препятствий, опираясь на стратегии и методы длительного воздействия, мотивационного интервью, позитивной психологии, межличностной психотерапии и психодинамической психотерапии.

ТОГ была протестирована в трех рандомизированных контролируемых исследованиях, финансируемых Национальным институтом психического здоровья США[6-8]. Для настоящего отчета мы проанализировали данные одного из этих испытаний[6], где участниками (*N*=395) были люди с оценкой 30 или выше по Опроснику осложненного горя (ООГ; *Inventory of Complicated Grief (ICG)*), которые прошли клиническое интервью, подтверждающее, что горе было основной их проблемой. Люди с текущим расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, или психотическим расстройством в анамнезе в течение всей жизни, биполярным расстройством I типа, активными суицидальными планами, требующими госпитализации, или с баллом ниже 21 по Монреальской шкале оценки когнитивных функций были исключены.

Все пациенты были оценены с помощью структурированного клинического интервью для осложненного горя (*Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCI-CG)*) – инструмента, который можно использовать для определения критериев *DSM-5-TR* для ЗПРГ[9]. Оценка была доступна для 307 участников исследования, 77 (25,1%) из которых потеряли близких в период от 6 до 12 месяцев назад и, следовательно, не соответствовали критериям *DSM-5-TR* исключительно из-за временных соображений. Из оставшихся 230 – 194 (84,3%) соответствовали критериям *DSM-5-TR* для ЗПРГ, а 36 (15,7%) – нет. Все пациенты, включенные в исходное исследование, были рандомизированы либо в группу циталопрама, либо в группу плацебо, с ТОГ или без него[6].

Среди пациентов, отвечающих критериям ЗПРГ (*N*=194), мы сравнили результаты исследования в конечной точке (20-я неделя) у тех, кто получал ТОГ (*N*=96), и у тех, кто ее не получал (*N*=98). Основным результатом был ответ на лечение, измеренный как оценка «значительно улучшилось» или «очень значительно улучшилось» по Общему клиническому впечатлению (*Clinical Global Impression (CGI)*). Кроме того, мы использовали несколько инструментов оценки симптомов горя: *ICG*, Опросник избегания горя (*Grief-Related Avoidance Questionnaire (GRAQ*), Опросник типичных убеждений (*Typical Beliefs Questionnaire (TBQ*)) и Шкалу адаптации к работе и социальной адаптации, связанной с горем (*Grief-Related Work and Social Adjustment Scale (WSAS*)). Критерий хи-квадрат использовался для бинарных результатов, а двухвыборочный *t*-тест – для непрерывных результатов. Все проверки гипотез были двусторонними с уровнем значимости 5%. Все расчеты проводились в R (v1.4.1717). Исходное исследование было одобрено соответствующим институциональным наблюдательным советом[6]. Письменное информированное согласие было получено от всех участников до исходной оценки.

Выборка пациентов с ЗПРГ существенно не отличалась по демографическим и клиническим показателям от выборки исходного исследования. Большинство пациентов были женщинами (79,9%), белыми (80,9%), закончили хотя бы частично колледж (90,2%) и потеряли родителя или супруга (68,6%) по болезни (65,5%) в течение 4–5 лет в среднем. Пациенты выборки имели средний возраст 52,7±14,2 года. У пациентов были высокие показатели текущей депрессии (69,6%), текущего посттравматического стрессового расстройства (46,4%) и суицидальных мыслей после утраты (61,9%) (см. также доп. информацию).

Ответ на лечение пациентов с ЗПРГ точно отражал исходное исследование. В частности, частота ответа для тех, кто был рандомизирован в группу ТОГ по сравнению с группой без ТОГ, составила 88,2% по сравнению с 60,9% (p<0,001) для группы *DSM-5-TR* ЗПРГ по сравнению с 82,9 и 63,4% для всех участников исходного исследования. Также сравнимые с исходным исследованием средние баллы после лечения по симптомам и нарушениям, связанным с горем, были значительно ниже у тех, кто получал ТОГ, по сравнению с теми, кто не получал ТОГ (*ICG*: 17,7 против 25,4, p<0,001; *WSAS*: 7,9 против 13,4, p=0,001; *GRAQ*: 9,4 против 14,6, p=0,01; *TBQ*: 3,9 против 7,1, p<0,001) (см. также доп. информацию).

Наши результаты показывают, что участники исследования, соответствовавшие критериям *DSM-5-TR* для ЗПРГ, не показали существенных демографических или клинических отличий от полной выборки исходного исследования. Те, у кого диагностировано ЗПРГ, показали значительно более высокие показатели ответа на ТОГ по сравнению с отсутствием ТОГ, с результатами, почти идентичными исходному исследованию.

Эти результаты ограничены необходимостью ретроспективного применения критериев *DSM-5-TR* для ЗПРГ, и диагноз может быть менее точным, чем если бы он был поставлен с использованием проверенного инструмента[1]. Кроме того, те, у кого была диагностирована ЗПРГ в этом анализе, представляли только половину первоначально рандомизированной выборки. Однако почти половина (43,8%) не включенных участников просто не получили оценку, необходимую для диагностики ЗПРГ, а еще 38% оказались исключены, потому что было слишком рано (от шести месяцев до одного года с момента потери) для постановки диагноза ЗПРГ. Кроме того, у оцениваемых не было различий в демографических или клинических характеристиках от участников исходного исследования.

Мы поддерживаем продолжение изучения эффективных методов лечения ЗПРГ. В то же время мы считаем, что врачам будет полезно узнать, что ТОГ, хорошо проверенное вмешательство[6,7,8], может быть соответствующим образом переименовано в «терапию затяжной патологической реакции горя» (*prolonged grief disorder therapy (PGDT)*).

Примечания

Дополнительная информация об исследовании доступна по ссылке: http://christinemauro.com/downloads/tables_17.02.2022.pdf.

Christine Mauro[1], Robert A.Tumasian 3rd[1], Natalia Skritskaya[2], Margaret Gacheru[1], Sidney Zisook[3], Naomi Simon[4], Charles F. Reynolds 3rd[5], M. Katherine Shear[2]

[1]Columbia Mailman School of Public Health, New York, NY, USA; [2]Columbia School of Social Work, New York, NY, USA; [3]University of California, San Diego, CA, USA; [4]New York University School of Medicine, New York, NY, USA; [5]Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Prigerson H.G., Boelen P.A., Xu J. et al. World Psychiatry 2021; 20:96–106.
2. Prigerson H.G., Shear M.K., Reynolds C.F. 3rd. JAMA Psychiatry 2022; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4201.
3. Shear M.K., Frank E., Foa E. et al. Am J Psychiatry 2001; 158:1506–8.
4. Simon N.M. Depress Anxiety 2012; 29:541–4.
5. Shear K., Shair H. Develop Psychobiol 2005; 47:253–67.
6. Shear M.K., Reynolds C.F. 3rd, Simon NM et al. JAMA Psychiatry 2016; 73:685–94.
7. Shear M.K., Frank E., Houck P.R. et al. JAMA 2005; 293:2601–8.
8. Shear M.K., Wang Y, Skritskaya N. et al. JAMA Psychiatry 2014; 71:1287–95.
9. Mauro C., Reynolds C.F., Maercker A. et al. Psychol Med 2019; 49:861–7.

DOI:10.1002/wps.20991