ства дисрегуляции настроения, а в МКБ-10 раздражительность не учитывалась, и оппозиционно-вызывающее расстройство рассматривалось как форма расстройства поведения. Участники, использовавшие DSM-5, часто не ставили диагноз деструктивного расстройства дисрегуляции настроения в тех случаях, когда это было оправданно. При этом они чаще ставили диагнозы психических расстройств, связанных с раздражительностью, которая являлась нормальной в рамках соответствующего этапа развития.

Еще одним новшеством в процессе валидации CDDR МКБ-11 стало привлечение экспертов по личному опыту (experts by experience) к международному исследованию INCLUDE[9], проведенному в Индии, Великобритании и США. В рамках исследования участников спрашивали о восприятии пяти диагнозов: депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, шизофрения, биполярное расстройство I типа и расстройство личности. В целом CDDR были восприняты как полезные и соответствующие реальному жизненному опыту.

В настоящее время главной недостающей частью валидации CDDR остается оценка их эффективности в условиях реальной клинической практики. Ведется активная работа над переводом этих материалов на различные языки, содействие их распространению, а также ускорению процесса одобрения и их внедрения в различных странах, что играет ключевую роль в этом вопросе. Помимо этого, уже запланировано регулярное обновление текста каждые два года.

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Campania "L.Vanvitelli", Naples, Italy

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. First M. Lancet Psychiatry 2016;3:579-84.
2. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:174-86.
3. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Int J Clin Health Psychol 2016;16:109-27.
4. Claudino AM, Pike KM, Hay P et al. BMC Med 2019;17:93-109.
5. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:306-15.
6. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J et al. World Psychiatry 2021;20:96-106.
7. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
8. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW et al. J Child Psychol Psychiatry 2021;62:303-12.
9. Hackmann C, Balhara YPS, Clayman K et al. Lancet Psychiatry 2019;6:778-85.

DOI:10.1002/wps.21226

Гибкое интервью ВОЗ для МКБ-11 (FLII-11)

Geoffrey M. Reed, Karen T. Maré, Michael B. First et al. The WHO Flexible Interview for ICD-11 (FLII-11). ***World Psychiatry.*** **2024;23(3):359-360**

Переход к описательной диагностической системе, основанной на симптомах, начавшийся с DSM-III, во многом стал ответом на широко распространенные опасения и критику, касающиеся надежности диагнозов психических расстройств. Это вызвало стремление к все более точной формулировке диагностических концепций и критериев, исходя из предположения, что такие подходы будут способствовать постепенному улучшению их надежности.

Позже были разработаны стандартизированные диагностические интервью, проводимые клиницистами. Так, при создании Шкалы для диагностики аффективных расстройств и шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)[1] использовались Исследовательские диагностические критерии (Research Diagnostic Criteria), а для разработки Структурированного клинического интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM)[2] – критерии DSM-III. Кроме того, для проведения эпидемиологических исследований психических расстройств был создан План диагностического интервью (Diagnostic Interview Schedule)[3], которое могли проводить специалисты без медицинского образования. Эти инструменты получили широкое распространение в исследованиях психических расстройств.

Структурированные диагностические интервью создавались или дорабатывались в соответствии с очередными пересмотрами DSM и МКБ. Полуструктурированное интервью SCID (в рамках которого интервьюер может уточнять неясные ответы и делать определенные клинические выводы) обновлялось с каждым новым изданием DSM[4]. Также широко применяется более краткий и структурированный инструмент Краткий международный нейропсихиатрический опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)[5]. Комбинированный международный диагностический опросник (Composite International Diagnostic Interview, CIDI)[6], разработанный на основе диагностических критериев DSM и МКБ, активно использовался в Национальном исследовании коморбидной патологии и Глобальных исследованиях психического здоровья. Также Шкала клинической оценки в нейропсихиатрии (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN), основанная на Шкале оценки психического состояния (Present State Examination), была адаптирована для соответствия как критериям DSM, так и МКБ[7]. Помимо этого, были созданы структурированные диагностические интервью для детей, а также более специализированные интервью, охватывающие отдельные состояния или конкретные диагностические группы.

На основании обширной программы полевых исследований было установлено, что диагностические рекомендации, представленные в клинических описаниях и диагностических требованиях (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)[8] к разделу «психические и поведенческие расстройства, а также нарушения нейропсихического развития» в МКБ-11, обладают большей надежностью по сравнению с другими системами классификации психических расстройств. Надежность варьировалась от умеренной до почти идеальной в зависимости от конкретной категории. Этот результат оказался несколько неожиданным, поскольку в CDDR намеренно не используются чрезмерно строгие требования к количеству симптомов и их продолжительности, за исключением случаев, когда такие требования имеют научное обоснование. Такой подход был разработан для упрощения использования рекомендаций в клинической практике.

Эти результаты ставят под сомнение предполагавшуюся связь между точностью формулировок и надежностью постановки диагноза. Они также показывают, что диагнозы, установленные на основании CDDR, могут быть достаточно надежными для определенных типов научных исследований, например, тех, которые фокусируются на диагностических группах в рамках системы здравоохранения. Однако для других видов исследований более уместно использовать стандартизированные методы диагностики, чтобы свести к минимуму вариативность, обусловленную различиями в уровне профессионализма, стилях опроса и субъективных клинических суждениях. Это особенно важно,

например, в фармакологических исследованиях, где отбор участников осуществляется на основании точных диагностических критериев и требуется надежная и воспроизводимая фиксация конкретных симптомов. Эпидемиологические или другие популяционные исследования, проводимые с участием неспециалистов (т.е. неподготовленных в медицинской сфере интервьюеров), также требуют заранее установленных вопросов и строгих правил принятия решений, так как они не могут полагаться на клинические знания интервьюера для определения наличия конкретных признаков.

Изначально диагностические интервью были включены в рабочий план, связанный с CDDR. Эти работы проводились с соблюдением строгого процесса разработки, в котором участвовали международные эксперты в области нозологии и диагностических интервью. Разработка Структурированного клинического интервью для МКБ-11 (Structured Clinical Interview for ICD-11, SCII-11) ведется с 2014 года. Это полуструктурированное диагностическое интервью предназначено для проведения специалистом, прошедшим соответствующую подготовку. Оно предлагает стандартный набор вопросов, каждый из которых направлен на оценку конкретного диагностического критерия и помогает в дифференциальной диагностике. Хотя SCII-11 изначально создавалось для научных исследований, оно также будет полезно в образовательных целях и для практического использования в клинической работе.

Поскольку критерии CDDR предлагают более клинически ориентированный подход к диагностике, разработка SCII-11 потребовала дополнительную работу над формулировками. В частности, SCII-11 заменяет менее четкие формулировки из CDDR на более строго определенные диагностические пороги (например, «не менее трех» вместо «нескольких» симптомов, «как минимум три месяца» вместо «устойчивых»). Также были разработаны конкретные вопросы для уточнения элементов CDDR, которые могут проявляться по-разному (например, «устойчивые бредовые идеи» при шизофрении).

Гибкое интервью для МКБ-11 (Flexible Interview for ICD-11, FLII-11), разрабатываемое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), представляет собой инструмент с открытым доступом, предназначенный для поддержки национальных эпидемиологических исследований, а также других популяционных и клинических исследований психических расстройств. Это полностью структурированное диагностическое интервью, которое могут проводить специально обученные непрофессиональные интервьюеры. Оно используется для выявления психических расстройств, оказывающих наибольшее влияние на общее экономическое и социальное бремя болезней. Разработка FLII-11 основана на операциональных подходах, применявшихся при создании SCII-11. Как и SCII-11, FLII-11 – это модульный и настраиваемый инструмент, позволяющий оценивать конкретные группы расстройств, а также анализировать их текущие проявления и риск развития на протяжении жизни. Доступные модули охватывают такие диагностические категории, как психотические расстройства, расстройства настроения, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства, посттравматические расстройства, расстройства пищевого поведения, аддиктивное поведение и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Разработана адаптация опросника для подростков в возрасте 13-17 лет.

К FLII-11 проявлен большой интерес, что объясняется растущей значимостью вопросов психического здоровья по всему миру и стремлением государств – членов ВОЗ внедрить общедоступный инструмент, соответствующий актуальной глобальной диагностической системе. Сейчас FLII-11 проходит тестирование на практическую применимость, включая оценку людьми с личным опытом переживания психических расстройств. Тестирование проводится в рамках международного сотрудничества, в которое входят такие страны, как Бразилия, Китай, Индия, Либерия, Мексика, Южная Африка, Шри-Ланка, Тунис и Уганда. Параллельно данный инструмент уже используется в исследованиях национального уровня, направленных на изучение психического здоровья в ряде этих стран.

FLII-11 переводится на множество языков и применяется в самых разных условиях по всему миру. Поэтому крайне важно, чтобы сложные концепции были изложены в понятной и адаптированной к культурным особенностям форме. Это потребовало разработки стандартизированного подхода к переводу и культурной адаптации. ВОЗ стремится создать онлайн-платформу, которая станет инструментом для сбора, анализа и обмена международными данными, а также важным ресурсом для изучения глобальной эпидемиологии психического здоровья.

Диагностические интервью, разработанные на основе CDDR для МКБ-11, обещают стать полезным инструментом как для клиницистов, так и для исследователей. Однако в дальнейшей работе важно учитывать несколько значимых аспектов. Во-первых, имеются ограничения текущего подхода к диагностике психических расстройств, который, главным образом, основывается на самоотчетах в описании ключевых характеристик расстройства. Во-вторых, есть опасения, что интервьюируемые могут быть мотивированы преуменьшать или отрицать свои симптомы (например, в случаях, связанных с незаконным или стигматизированным поведением). Другой проблемой является отсутствие критического отношения к собственным симптомам, а также искаженное восприятие своего поведения и функционального состояния. Валидация диагностических интервью в таких сложных контекстах требует особого внимания.

Другой важный вопрос заключается в том, как лучше всего проверить достоверность данных интервью, проведенных опытным клиницистом. Spitzer предложил использовать метод «стандарта продольной экспертной оценки в динамике» (longitudinal expert all data, LEAD)[9], однако это сложный и трудоемкий процесс, который к тому же все еще подвержен субъективности самого клинициста. Сегодня новые диагностические методы чаще валидируются с помощью других инструментов. Например, результаты, полученные с использованием инструмента FLII-11, предназначенного для применения неспециалистами, можно сопоставить с результатами инструмента SCII-11, которым пользуются клиницисты, вместо того чтобы сравнивать их с инструментами, не основанными на критериях МКБ-11. Проблема ложноположительных результатов в эпидемиологических исследованиях остается актуальной и требует подробной оценки, но может быть частично решена за счет надлежащего обучения специалистов.

Определение межкультуральной применимости и валидности структурированных диагностических интервью для МКБ-11 станет ключевой основой для международных исследований в области психического здоровья.

Geoffrey M. Reed[1,2], Karen T. Maré[3,4], Michael B. First[1], T.S. Jaisoorya[5], Girish N. Rao[6], John-Joe Dawson-Squibb[7], Christine Lochner[4,8], Mark van Ommeren[2], Dan J. Stein[3,4]

[1]Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; [2]Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland; [3]Department of Psychiatry and Mental Health, Neuroscience Institute, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; [4]South Africa Medical Research Council Uniton Riskand Resilience in Mental Disorders, CapeTown, South Africa; [5]Department of Psychiatry, National Institutes of Mental Health and Neurosciences, Bengaluru, Karnataka, India; [6]Department of Epidemiology, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bengaluru, Karnataka, India; [7]Department of Psychiatry and Mental Health, Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; [8]Department of Psychiatry, University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa.

Авторы несут единоличную ответственность за мнения, выраженные в этой статье, которые необязательно отражают взгляды, решения или политику ВОЗ или других учреждений, с которыми они связаны.

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Endicott J, Spitzer RL. Acta Psychiatr Belg 1987;87:361-516.
2. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M et al. Arch Gen Psychiatry 1992;49:624-9.
3. Robins LN, Helzer JE, Croughan J et al. Arch Gen Psychiatry 1981;38:381-9.
4. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: Cautin RL, Lilienfeld SO (eds). The encyclopedia of clinical psychology. Hoboken: Wiley, 2015:1-6.
5. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. J Clin Psychiatry 1998;59:22-33.
6. Janca A, Ustün TB, Sartorius N. Acta Psychiatr Scand 1994;90:73-83.
7. Wing JK, Babor T, Brugha T et al. Arch Gen Psychiatry 1990;47:589-93.
8. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263.
9. Spitzer RL. Compr Psychiatry 1983;24:399-411.

DOI:10.1002/wps.21227

Затяжная патологическая реакция горя: определение, диагностика, подходы к лечению

Holly G. Prigerson, Paul K. Maciejewski. Prolonged grief disorder: detection, diagnosis, and approaches to intervention. *World Psychiatry*. 2024;23(3):361-362

Недавнее включение затяжной патологической реакции горя (ЗПРГ) в МКБ-11 и DSM-5-TR изменило подходы, которые многие специалисты по психическому здоровью считают эффективными для помощи людям, переживающим утрату. Поскольку ЗПРГ только недавно официально признано психическим расстройством, клиницисты могут быть недостаточно осведомлены о современных методах его диагностики и лечения. В данной статье мы рассмотрим частые вопросы об: a) условиях, в которых специалисты могут встретить человека, соответствующего критериям ЗПРГ; б) кто чаще инициирует обращение за помощью и насколько лица с ЗПРГ открыты к лечению у специалистов в области психического здоровья; c) как отличить ЗПРГ от нормальной реакции, а также от большого депрессивного расстройства (БДР) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вызванного утратой; d) какие диагностические критерии влияют на подход к лечению; e) как применять эти критерии с учетом межкультурной чувствительности и достоверности.

Где клиницисты могут встретить лиц, у которых может быть установлена ЗПРГ? Хотя с возрастом риск ЗПРГ снижается, пожилые люди чаще теряют супруга или партнера, а именно такая утрата повышает риск ЗПРГ[1]. Таким образом, гериатры работают с группами населения, находящимися в зоне риска по ЗПРГ. Кроме того, из-за большого числа смертей такие места, как дома престарелых, учреждения для ухода за пожилыми людьми, пенсионерами и инвалидами, онкологические клиники, хосписы и службы паллиативной помощи, больницы (в частности отделения интенсивной терапии), зоны военных конфликтов, а также зоны природных или техногенных катастроф, являются местами, где клиницисты с высокой вероятностью могут столкнуться с людьми – выжившими членами семьи и друзьями, – находящимися в группе риска развития ЗПРГ.

Вопреки утверждению, что лица, соответствующие критериям ЗПРГ, не заинтересованы в помощи, наше исследование показало, что все 100% опрошенных, переживших утрату и соответствующих критериям ЗПРГ, выразили желание получить помощь[2]. Однако, несмотря на заинтересованность, лишь немногие действительно обращаются за помощью[3]. Так, в исследовании, включавшем людей, ухаживавших за пациентами, умершими от рака, мы обнаружили, что хотя 71% ухаживающих лиц с ЗПРГ имели суицидальные мысли, только 43% после смерти пациента обратились за помощью к специалистам в области психического здоровья, что значительно ниже по сравнению с теми, у кого после утраты был диагностирован БДР или ПТСР[3].

Согласно наблюдениям, в наш Корнеллский центр исследований помощи при окончании жизни (Cornell Center for Research on End-of-Life Care) часто обращаются родственники, обеспокоенные состоянием своих близких, у которых, по их мнению, есть ЗПРГ. Как правило, такие семьи описывают ситуацию, в которой их близкие, переживающие утрату, годами не могут справиться с горем. Несмотря на то что им диагностировали БДР или ПТСР и назначили соответствующее лечение, результата это не принесло. Эти случаи перекликаются с нашими собственными наблюдениями, которые и подтолкнули нас к изучению феномена горя. Результаты рандомизированного контролируемого исследования показали, что антидепрессанты (например, нортриптилин) как в монотерапии, так и в сочетании с психотерапией, направленной на разрешение изменения ролей (например, с межличностной психотерапией), эффективны для лечения депрессии, вызванной утратой у пожилых людей. Однако такие подходы оказались неэффективными для преодоления симптомов горя[4]. Эти выводы подчеркивают важность дифференциальной диагностики ЗПРГ и БДР среди скорбящих людей, а также необходимость поиска эффективных методов облегчения симптомов мучительного и изнуряющего горя. В настоящее время многие психотерапевтические подходы, особенно когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)[5], доказали свою эффективность в снижении симптомов ЗПРГ.

Как клиницист может определить, является ли переживание скорби у человека нормальной реакцией или патологической? Диагностические критерии ЗПРГ, указанные в МКБ-11 или DSM-5-TR, описывают реакции, которые, хотя на первый взгляд могут казаться нормальными, достигают чрезмерной интенсивности и сохраняются через 6 или 12 месяцев после утраты (в зависимости от используемых критериев). В первые месяцы после значимой утраты является нормальным тоска по умершему и потеря интереса к общению или работе. После первой годовщины смерти крайне редко (в 4–15% случаев)[6] отмечается такая ситуация, когда люди, пережившие утрату, продолжали на протяжении большинства дней испытывать сильную тоску по умершему, быть поглощенными мыслями о покойном до такой степени, что это мешает выполнять повседневные дела. Также редко сохраняется ощущение отстраненности от других, мучительное одиночество и утрата смысла, цели и ощущения собственного «я» без умершего. Если через год после смерти близкого человека, скончавшегося по естественным причинам, такие переживания сохраняются, следует провести оценку на наличие ЗПРГ.

Различие между ЗПРГ и БДР заключается вследующем: для ЗПРГ характерным триггером является утрата человека, тогда как для БДР характерно общее чувство грусти и пессимизма, связанное с настоящим и будущим. Тоска по умершему человеку является отличительным признаком ЗПРГ, который отсутствует при БДР, так же, как и при ПТСР. При ПТСР избегающее поведение связано со страхом перед травмирующим событием, угрожавшим жизни – своей или близкого человека, – и чувством беспомощности перед этой угрозой. В случае ЗПРГ избегание вызвано не-