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-

доверием и неспособностью эмоционально и рационально принять факт смерти близкого человека.

Поскольку ключевым симптомом ЗПРГ является сильная тоска по умершему, есть определенное сходство с диагностическими критериями аддиктивных расстройств. Например, такие симптомы ЗПРГ, как тоска, гнев и протест против разлуки с важным человеком, могут напоминать состояние тяги и симптомы отмены, характерные для аддиктивных расстройств. Эти сходства указывают на то, что в зоне риска развития ЗПРГ находятся те люди, для кого умерший был главным источником любви, поддержки, безопасности, самоидентификации и признания – то есть своего рода психологическим вознаграждением. Этот вывод также позволяет предположить, что различные вмешательства – как психосоциальные, так и фармакологические – способны уменьшить эффект вознаграждения, ранее ассоциировавшийся с умершим (например, посредством применения налтрексона). Это, в свою очередь, может ослабить чувство тоски, помочь человеку переключиться на общение с живыми людьми, которые могли бы восполнить «социальную пустоту». Таким образом, такие подходы могут уменьшить проявления симптомов ЗПРГ и способствовать более успешной адаптации к утрате[7].

Наконец, горе воспринимается как универсальная человеческая реакция на утрату близкого, хотя оно не является исключительно человеческой чертой: оно наблюдается и среди других млекопитающих, таких как слоны, обезьяны, полевки. Однако мы также признаем, что культура значительно влияет на то, какие формы принимает это переживание. То, что в одной культуре может считаться нормальным или ожидаемым (например, воздержание от свиданий или ношение определенной одежды), в другой культуре может восприниматься как отклонение от нормы. Кроме того, языковые различия могут осложнять оценку симптомов горя (например, если в языке нет подходящих слов или синонимов критериев ЗПРГ). В МКБ-11 и DSM-5-TR делается особый акцент на «культурную оговорку», согласно которой необходимо учитывать культурный контекст скорбящего при оценке того, является ли его реакция на утрату нормальной или патологической[8].

Чтобы помочь клиницистам в учете культурных особенностей при постановке ЗПРГ, было разработано Культуральное интервью[9] горя и утраты (Grief and Bereavement Cultural Interview). Такие статистические подходы, как современная теория тестирования (item response theory), могут помочь определить, какие вопросы дают наиболее достоверную информацию о ключевых аспектах горя в контексте конкретной культуры или языка. Чтобы обеспечить точность и межкультурную универсальность критериев ЗПРГ, необходимо использовать как клинические, так и статистические методы.

В заключение, ЗПРГ является новым психическим расстройством, о котором клиницисты могут пока не иметь достаточного представления и испытывать затруднения с его выявлением, диагностикой или лечением. Мы кратко рассмотрели некоторые из наиболее частых вопросов, которые возникают у специалистов по оценке ЗПРГ, и предложили рекомендации по мероприятиям, направленным на обеспечение соответствия наиболее современным и эффективным способам помощи людям, переживающим утрату.

Holly G. Prigerson, Paul K. Maciejewski

Department of Radiology, Weill Cornell Medicine, NewYork City, NY, USA; Cornell Center for Research on End-of-Life Care, New York City, NY, USA

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

Библиография

1. Maciejewski PK, Prigerson HG. In: Reynolds CF (ed). Grief and prolonged grief disorder. Washington: American Psychiatric Association, 2024:151-2.
2. Johnson JG, First MB, Block S et al. Death Stud 2009;33:691-711.
3. Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW et al. Psychiatr Serv 2011;62:1225-9.
4. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Am J Psychiatry 1999;156:202-8.
5. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Boelen PA et al. J Consult Clin Psychol 2024;92:236-48.
6. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J et al. World Psychiatry 2021;20:96-106.
7. Prigerson HG, Singer J, Killikelly C. Am J Geriatr Psychiatry 2024;32:634.
8. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
9. Smid GE, Groen S, de la Rie SM et al. Psychiatr Serv 2018;69:1050-2.

DOI:10.1002/wps.21228

Синдром суицидального кризиса: специальный диагноз для предотвращения суицидов

Igor Galynker, Sarah Bloch-Elkouby, Lisa J. Cohen. Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention. *World Psychiatry*. 2024;23(3):362-363

Суициды представляют собой серьезную глобальную проблему общественного здравоохранения. Ежегодно суициды уносят более 700 тыс. жизней по всему миру. Между тем, существует множество возможностей для предотвращения трагедий, так как половина людей, совершивших суицид, обращались за медицинской помощью в течение месяца до своей смерти. Оценка риска суицида в таких случаях обычно основана на словах самих пациентов о наличии суицидальных намерений, а также на анализе постоянных факторов риска, таких как предыдущие суицидальные попытки или диагностированные ранее диагнозы психических расстройств. Однако исследования показывают, что до 75% людей, погибших в результате суицида, при последнем контакте с медработником явно отрицали наличие суицидальных намерений[1]. Более того, у почти 20% тех, кто предпринимал суицидальные попытки, не было выявлено каких-либо психических расстройств[2]. Учет традиционных факторов риска, таких как предыдущие попытки суицида и наличие психических расстройств в анамнезе, недостаточно эффективен для прогнозирования краткосрочного риска суицида[3].

За последнее десятилетие несколько независимых групп исследователей зафиксировали существование особых острых психических состояний, связанных с суицидальным поведением. Однако ни DSM, ни МКБ до сих пор не включали диагноз, который охватывал бы подобные состояния. Для устранения пробелов в классификации психических расстройств был предложен синдром суицидального кризиса (ССК), который в настоящее время рассматривается для включения в DSM. Этот диагноз предоставляет систематический подход для распознавания и лечения психического расстройства, связанного с высоким риском суицида, без опоры исключительно на высказываемые человеком суицидальные намерения[4].