

ПСИХОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ИСХОДЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ГОРЯ

В.В. КОРНИЛОВ

Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3562-8976>,
e-mail: kornilov-74@mail.ru

В.С. ШЕШЕНИН

Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3992-115X>,
e-mail: vlash2003@mail.ru

Н.А. МАЛКИНА

Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1071-319X>
e-mail: natmal@inbox.ru

Актуальность работы обусловлена высокой распространенностью и недостаточной степенью изученности исходов патологической реакции горя (ПРГ) в позднем возрасте. Недостаточно разработаны подходы к лечению этих расстройств, проводимого часто без учета возрастного фактора. Противоречивы и мало структурированы разнообразные психотерапевтические техники, используемые при ПРГ. Решение этих задач позволит добиться не только ремиссий хорошего качества, но и предотвратит эндогенизацию и хронификацию психических расстройств. Появление новой коронавирусной инфекции, сопровождающейся высокой смертностью, проблеме терапии ПРГ делает особо актуальной. *Цель:* изучение особен-

ностей психотерапии депрессий у лиц позднего возраста с ПРГ в анамнезе. *Дизайн:* работа является фрагментом открытого нерандомизированного исследования пациентов с ПРГ, проведенного в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Изучались стационарные пациенты старше 60 лет. Использованы клиничко-психопатологический и катamnестический метод. Применялась фармако- и психотерапия. *Результаты:* обследовано 60 пациентов, большинство были женщины, средний возраст — 66 лет, преваляровали пациенты с впервые возникшим депрессивным эпизодом — 45% и рекуррентным депрессивным расстройством — 28%. У большинства (97,7%) пациентов были протрагированные симптомы ПРГ. Проанализированы особенности личности, возрастные факторы, влияющие на течение заболевания и особенности проведения психотерапии. *Выводы:* обосновано использование комплексного подхода (сочетание психофармакотерапии и различных видов психотерапии) к лечению депрессивных расстройств в исходе ПРГ.

Ключевые слова: поздний возраст, патологическая реакция горя, тяжелые утраты, депрессии, депрессивные реакции дезадаптации, психотерапия.

Благодарность. Работа выполнена в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (руководитель отдела д.м.н. профессор Гаврилова С.И.).

Для цитаты: Корнилов В.В., Шешенин В.С., Малкина Н.А. Психотерапия у пациентов пожилого возраста с аффективными расстройствами в исходе патологической реакции горя// Консультативная психология и психотерапия. 2021. Том 29. № 4. С. 111—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290407>

FEATURES OF PSYCHOTHERAPY IN ELDERLY PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS IN THE OUTCOME OF A PATHOLOGICAL REACTION OF GRIEF

VLADIMIR V. KORNILOV

FSBSI “The Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3562-8976>,
e-mail: kornilov-74@mail.ru

VLADIMIR S. SHESHENIN

FSBSI “The Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3992-115X>,
e-mail: vlash2003@mail.ru

NATALIA A. MALKINA

FSBSI “The Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1071-319X>

e-mail: natmal@inbox.ru

The relevance of the work is due to the high prevalence and insufficient degree of study of the outcomes of the pathological reaction of grief (PRG) at a late age. Approaches to the treatment of these disorders, often carried out without taking into account the age factor, are not sufficiently developed. The various psychotherapeutic techniques used in PRG are contradictory and poorly structured. Solving these problems will not only achieve good quality remissions, but also prevent endogenization and chronification of mental disorders. The appearance of a new coronavirus infection, accompanied by high mortality, makes the problem of PRG therapy particularly relevant. *Objective:* to study the features of psychotherapy of depression in late-aged people with a history of PRG. *Design:* the work is a fragment of an open non-randomized study of patients with PRG, conducted in the Department of geriatric Psychiatry of the Federal State Budgetary Institution of the National Research Center. Inpatient patients over 60 years of age were studied. The clinical-psychopathological and catamnestic methods were used. Pharmacological and psychotherapy was used. *Results:* 60 patients were examined, the majority were women, the average age was 66 years, patients with a first — time depressive episode prevailed—45% and recurrent depressive disorder — 28%. The majority (97.7%) of patients had delayed symptoms of PRG. The features of personality, age factors affecting the course of the disease and the peculiarities of psychotherapy are analyzed. *Conclusions:* the use of an integrated approach (a combination of psychopharmacotherapy and various types of psychotherapy) to the treatment of depressive disorders in the outcome of PRG is justified.

Keywords: late age, pathological grief reaction, bereavements, depressive diseases, depressive reaction of disadaptation, psychotherapy.

Acknowledgments. The research was supported by of the Department of Geriatric Psychiatry of the FSBSI “The Mental Health Research Centre” (head of the department, Ph.D, professor S.I. Gavrilova).

For citation: Kornilov V.V., Sheshenin V.S., Malkina N.A. Features of Psychotherapy in Elderly Patients with Affective Disorders in the Outcome of a Pathological Reaction of Grief. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 4, pp. 111—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290407>

Введение

Депрессии наряду с деменциями являются основными формами психической патологии позднего возраста. Значительное место среди аффективных психических расстройств у лиц старшего возраста занимают психогенные депрессии. Утрата эмоционально значимого лица существенно

меняет привычный уклад жизни, являясь при этом тяжелым невосполнимым событием в жизни пожилого человека. Известно, что до 20% людей старшего возраста переживают эту утрату с симптомами патологической реакции горя (ПРГ) [28]. Необходимость в психотерапевтической помощи в ситуации горя очевидна. Однако если в зарубежных публикациях различные методы оказания психологической и психотерапевтической помощи достаточно хорошо освещены, то отечественных исследований по этому направлению явно недостаточно [2]. Вместе с тем настоящие события — появление новой коронавирусной инфекции — тему терапии ПРГ делает еще более актуальной, чем в предыдущие годы. В настоящее время в мире зарегистрировано более 800000 смертей из-за пандемии COVID-19. Поскольку острая реакция утраты является предиктором патологического горя в будущем, ожидаемый рост ПРГ станет проблемой общественного здравоохранения во всем мире [20; 30]. Недостаточная разработка методов психотерапии в комплексном подходе к лечению лиц пожилого возраста с ПРГ определяет актуальность настоящего исследования.

На современном этапе исследований данной проблемы считается, что горе является сложным процессом, включающим в себя фундаментальные эмоции и эмоционально-когнитивные взаимодействия, и представляет собой аффективную архитектуру без упорядоченной структуры. Проявления психологического «нормального» горя не имеет каких-либо четких границ. Течение реакции горя зависит от объекта утраты, обстоятельств смерти значимого человека, этнических, социальных и культуральных особенностей [4]. До недавнего времени считалось, что психологическая реакция горя имеет определенные стадии проявления скорби. Условно выделяли четыре стадии: 1) шок и протест; 2) поглощенность; 3) дезорганизация; 4) разрешение [19]. Вместе с тем многие исследователи считают, что реакция горя не имеет очерченных этапов, а протекает волнообразно («американские горки эмоций»), с периодами улучшения и ухудшения психического состояния, например, при годовщинах смерти [14].

Главным отличием патологической реакции горя от психологической, по мнению многих авторов, является длительная (более 6 месяцев) «парадоксальная интенсивность» проявления эмоций с элементами психопатологических расстройств [26; 29]. ПРГ имеет симптомы двух разнонаправленных дистрессов — дистресс разлуки (с навязчивой поглощенностью фактом утраты) и травматического дистресса со стремлением избегать напоминаний о смерти значимого лица по типу посттравматического стрессового расстройства [18; 25].

Состояние, определяемое патологической реакцией горя в современных классификациях не выделяется как самостоятельная нозологическая единица [11]. В МКБ-10 реакция горя представлена в разделе «Расстройства адаптации»: реакции горя любой длительности, оцениваемые как

анормальные вследствие формы или содержания (F43.22; F43.23; F43.24), которые характеризуются депрессивными расстройствами легкой степени, четко связанными со стрессом и длящимися менее 6 месяцев. В случае если реакция длится от 6 месяцев до 2 лет, она рассматривается как пролонгированная депрессивная реакция (F43.21). Психологическая реакция горя, которая соответствует культуральным особенностям индивидуума и обычно не превышает 6 месяцев, классифицируется с использованием кодов Z73.3 (стресс, нигде не классифицируемый), или Z63.4 (смерть супруга).

Несмотря на большое количество исследований по ПРГ и связанных с ней психических нарушений, исходы этих состояний у лиц пожилого возраста остаются недостаточно изученными. ПРГ у лиц старшего возраста проявляется более широким кругом расстройств, чем такая же реакция в молодом возрасте: часто ее проявлением в позднем возрасте является депрессивное настроение с чувством тоски, подавленности, тягостными размышлениями об умершем, переживанием одиночества. Помимо аффективных расстройств часто отмечаются когнитивные нарушения, происходит резкое ухудшение функционального состояния с декомпенсацией соматоневрологических расстройств [27]. Часто психические нарушения у пожилых, развившиеся в результате ПРГ, сопровождаются бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, имеющими как транзиторный, так и хронический характер (от 10 до 15% случаев). Отмечают высокий суицидальный риск среди лиц, перенесших смерть значимого человека [1]. В связи с тяжестью ПРГ, проявляющейся депрессивной симптоматикой у лиц старшего возраста, и тенденцией к затяжному течению разработка стратегии психотерапевтических подходов и психотерапевтической работы с пережившими горе представляется чрезвычайно важной на разных этапах ПРГ. В настоящее время не существует единых психотерапевтических подходов к лечению пациентов с ПРГ. Начиная с классических работ, посвященных реакциям горя [7; 16], до современных руководств, психотерапевтическая помощь на первом этапе утраты рассматривается как необходимая часть помощи в принятии утраты для предотвращения развития ПРГ, носящей более тяжелый и затяжной характер [6; 9; 10; 13; 23; 24]. В дальнейшем, при развитии депрессивных состояний, ассоциированных с утратой, психотерапия приобретает последовательный характер, направленный на помощь пациенту в переживании душевной боли и обретении способности строить свою жизнь. Некоторые авторы, критикуя психоаналитическую концепцию, предлагают заменить парадигму «забвения» на «памятования», подчеркивая, что «горе не деструктивно (забыть, оторвать, отделиться), а конструктивно, призвано не разбрасывать, а собирать, не уничтожать, а творить — творить память» [5]. Однако разнообразные психотерапевтические подходы и техники при ПРГ, как правило, рассматриваются без учета особенностей позднего возраста.

Методы и процедура исследования

Целью исследования было изучение особенностей психотерапии депрессий у лиц позднего возраста с ПРГ в анамнезе. Работа являлась частью исследования по изучению особенностей клиники, течения и терапии исходов патологической реакции горя в позднем возрасте. Исследование проводилось на базе отдела гериатрической психиатрии (руководитель — профессор С.И. Гаврилова) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — профессор Т.П. Ключник).

В исследование были включены 60 пациентов, поступивших в клинические отделения отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с различной депрессивной симптоматикой, манифестировавшей в позднем возрасте (60 лет и старше) после утраты эмоционально значимого человека. Состояние патологической реакции горя ретроспективно отвечало критериям DSM-V «тяжелая утрата» (V62.82). Диагноз по МКБ-10 соответствовал рубрикам «аффективные расстройства» (F31–34), которые манифестировали не ранее чем через 6 месяцев после утраты. Длительность ПРГ могла достигать более 10 лет с сохранением выраженной резидуальной симптоматики ПРГ. В среднем длительность течения аффективного заболевания составила 4 года (от 6 месяцев до 16 лет). Исключались пациенты с манифестацией депрессивного состояния до утраты эмоционально значимого лица или с иной психической патологией. Для определения наличия у пациентов ПРГ ретроспективно анализировались анамнестические сведения. Использовались клинико-психопатологический и катamnестический методы обследования с применением стандартизованных шкал для оценки депрессии (шкалы Гамильтона HDRS) [22] и когнитивных нарушений (MMSE) [21].

В условиях стационара все пациенты получали психофармакотерапию согласно рекомендациям по лечению пациентов позднего возраста с депрессивными состояниями [12]. Фармакотерапия подбиралась индивидуально с учетом соматической отягощенности. Психотерапевтические методы коррекции не ограничивались определенными направлениями и техниками, среди которых базовым являлась когнитивно-поведенческая терапия [8]. Использовалась индивидуальная и групповая психотерапия. Психотерапевтические сессии не были строго регламентированы, проводились 2 раза в неделю, длительностью 40–60 минут в течение 1–2 месяцев. Психотерапия проводилась на протяжении пребывания пациентов в клинике. У части пациентов (15 человек) применялась техника ДПДГ (метод десенсибилизации и переработки движениями глаз), широко используемая при посттравматических стрессовых расстройствах [3]. Проводилось от 1–2 до 6–8 сеансов лечения длительностью до 60 мин. Программа ведения пациентов выстраивалась поэтапно по определенным

стадиям состояния пациента после перенесенной утраты. Эта тактика, предложенная J. Bowlby (1994), используется в практической работе, когда постепенно, от стадии к стадии последовательно выстраивается психотерапевтическая работа [15]. Вместе с тем, с учетом того, что пациенты часто неравномерно, с обострениями проходили стадии разрешения ситуации горя, основным ориентиром в психотерапевтической работе было последовательное решение пациентом нескольких задач: признание потери, переживание потери, установление связи с окружением, построение нового отношения к потере. Эта концепция подтверждена в нашей работе и была обусловлена возрастными особенностями пациентов позднего возраста (стертостью границ между стадиями переживания горя, замедлением скорости переработки переживаний и удлинением процесса принятия утраты, необходимостью повторения уже освоенных задач, частыми трудно прогнозируемыми ухудшениями психического и соматического состояния). При этом общая направленность психотерапевтической работы имела определенную последовательность и состояла из трех этапов.

I этап терапии (1—2 неделя терапии). Цель: уменьшение душевной боли утраты, снижение суицидального риска принятие факта смерти близкого человека. Психотерапия: кризисная психотерапия, «выслушивание» и сопереживание.

II этап (3—4 неделя терапии). Цель: уменьшение тревожно-депрессивной симптоматики, повышение уровня адаптации. Психотерапия: позитивная, когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная (устранение мышечного напряжения, переживание своего опыта и принятие себя).

III этап лечения (заключительный, до 1 года). Цель: приспособление человека к изменившимся условиям жизни, поддержание социальной активности. Психотерапия: долгосрочная и семейная. Информирование пациента и родственников о течении (возможных обострениях), прогнозе, исходах ПТГ. Аутогенная тренировка как метод психопрофилактики.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследовано 60 пациентов, большинство составили женщины (85%) в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст — $65,8 \pm 0,9$). В 60% случаев объектом утраты был супруг.

В соответствии с МКБ-10 у 45% пациентов установлен «Депрессивный эпизод», у 28% — «Рекуррентное депрессивное расстройство», реже диагностировались «Дистимия» (12%), «Депрессивное расстройство адаптации» (10,0%) и «Биполярное аффективное расстройство» (5,0%). У большей части больных, вне зависимости от давности ПРГ, сохраня-

лись переживания одиночества (67%) и избегающее поведение (59%). Тяжесть депрессии, оцениваемая по шкале HDRS, соответствовала средней и тяжелой степени (51% и 36,1% соответственно). По результатам оценки по шкале MMSE у 46,7% больных не было выявлено когнитивных нарушений (28—30 баллов), а у 53,3% больных наблюдались легкие когнитивные нарушения (26—27 баллов).

Среди пациентов отмечено преобладание психастенических личностных особенностей, на втором месте встречались лица с истерическими чертами (табл. 1).

Таблица 1

Типы личности пациентов

Личностные особенности	Количество человек	
	N	%
Психастенический	19	31,7
Истерический	14	23,3
Шизоидный	11	18,3
Гипертимный	10	16,7
Гармонический/синтонный тип	6	10,0
Итого	60	100,0

По ретроспективным анамнестическим данным, наиболее частыми типами реагирования на известие о смерти эмоционально значимого лица были двигательное возбуждение (29,4%) и реактивный ступор (44,1%).

Непосредственно вслед за ПРГ у всех больных развивались симптомы стойкого аффективного расстройства, как правило, депрессии, что являлось причиной обращения за помощью и последующей госпитализации. Отмечена разная длительность течения аффективного расстройства (но не менее 6 месяцев от утраты эмоционально значимого лица): менее 1 года — 15,0% пациентов; до 2 лет — 31,6%; 3—5 лет — 26,7%; 6—9 лет — 11,7%; более 10 лет — 15,0%.

Тактика лечения депрессии после ПРГ определялась этапом развития аффективной патологии, тяжестью состояния, клинико-психопатологическими особенностями депрессий, особенностями личности и сопутствующей сомато-неврологической симптоматикой. При превалировании в структуре депрессии выраженных идей самообвинения, суицидальных мыслей, апатии или, наоборот, тревожной ажитации применялись лекарственные препараты, преимущественно антидепрессанты (при легких и средней тяжести депрессией — СИОЗС или СИОЗС/Н, при тяжелых депрессиях — трициклические). У большинства пациентов пожилого возраста манифестация депрессивного расстройства имела

отставленный во времени характер, часто была спровоцирована другими причинами, в других случаях с самого начала приобретала хронический характер, сохраняя подавленные переживания и обостряясь на фоне психотравмирующей ситуации, вызвавшей воспоминания об утрате (например, при годовщине смерти).

На фоне комплексной медикаментозной и психотерапевтической помощи у значительной части пациентов редуцировалась депрессивная симптоматика, улучшилось настроение, появилась уверенность перед будущим. Существенное уменьшение депрессивной симптоматики наблюдалось у 72% пациентов (средний балл по шкале HDRS снизился с 25,7 до 4,3). Доля пациентов с когнитивными нарушениями в начале терапии составляла 53,3% (средний балл по шкале MMSE — 24,3), к окончанию лечения доля пациентов с признаками когнитивного снижения была лишь у 3,3% (у 96,7% пациентов средний балл по MMSE — 28,4), что свидетельствовало о возможном функциональном характере этих расстройств и связи с депрессивной симптоматикой.

Из 60 пациентов 6 пациентов отказались от проведения психотерапии, мотивируя отказ нежеланием обсуждать тему утраты. В дальнейшем при уменьшении депрессивной симптоматики трое из них прошли курс психотерапии.

На этапе острого горя (в нашем исследовании это единичные случаи, поскольку преобладали пациенты с отсроченными депрессивными состояниями после перенесенной утраты) вмешательство психотерапевта было минимальным и сводилось к формированию максимального доверия и взаимопонимания с лицом, перенесшим утрату. Пациенту предоставлялась возможность говорить об умершем и обстоятельствах его смерти. Важно максимально поддерживать выражение чувств, связанных с потерей, избегая шаблонных формулировок «не надо плакать», «обратное не вернуть», которые только отдаляли врача от пациента, убежденного в неотвратимости утраты. При достижении доверия пациенту объяснялось, что реакция горя уменьшается постепенно в течение нескольких месяцев, однако при напоминаниях возможно усиление подавленности в течение более длительного времени. При наличии показаний для фармакологического лечения его назначали так же, как и пациентам с аналогичными депрессивными расстройствами, не перенесшим тяжелой утраты, с учетом того, что многие лекарственные препараты, особенно транквилизаторы, могут подавлять естественную реакцию горя, что являлось крайне нежелательным. Кризисная психотерапия носила краткосрочный характер и была направлена на уменьшение отчаяния, тревоги и суицидального риска.

На этапе оцепенения или протеста продолжалось укрепление психотерапевтического альянса, исследовались личностные ресурсы пациента, применялись проективные методы и мотивы символ-драматического

подхода (подключались личностные ресурсы через позитивные воспоминания, гипнотический транс или релаксацию). Отмечено, что при тяжелой депрессии (12 пациентов) доступ к позитивным воспоминаниям был закрыт даже спустя несколько лет после перенесенной утраты («Ничего хорошего у меня и не было, а мне и вспомнить то нечего»). В таких случаях проводился гипнотический транс с суггестией и формированием позиции «стороннего наблюдателя», «свободного стула», что позволило косвенно дистанцироваться пациенту от своих переживаний и душевной боли. Параллельно пациенты обучались приемам релаксации.

На следующем этапе, при продолжении ресурсной терапии, острожно исследовались иррациональные установки и мысли пациента, запускающие депрессивный и тревожный аффекты. Для этого использовались система домашних заданий, ведение дневника самонаблюдения. Заполнялась простая таблица желаний и возможностей пациента: «Я хочу — Я не хочу — Я могу — Я не могу — Я люблю». В результате самоаналитической работы пациент фиксировался на вещах, которые были значимы и любимы в прошлом, что позволило изменить его аффект и запустить психодинамический процесс от своих желаний к возможностям: «Я хочу — Я смогу — Я могу — Я реализую свое желание — Я есть». Пациентам предлагалось в качестве домашнего задания вести дневник самонаблюдения. Учитывая, что пожилые люди, особенно после утрат, часто испытывают экзистенциальные мучительные проблемы, усугубляющие их депрессивное состояние («Все потеряло смысл, ничего хорошего меня не ждет»), важно было нацелить пациента на обретение точки опоры, например, для верующих пациентов — на размышления о вечности бытия, духовной стороне грусти и т. д. Для людей, всю жизнь отдавших работе — на осознание ценности этого — в учениках, в продолжении своего дела. Для пожилых, окруженных семьей, — на жизни детей, внуков, их переживаниях. Ставилась задача переключить внимание с фиксации на болезни и на своем состоянии на окружающий мир. Этому помогало приведение примеров из жизни людей, знакомых пациенту, сумевших преодолеть горе и нашедших опору в помощи другим.

На заключительном этапе психотерапии применялась техника «последнего письма» (20 случаев), в котором пациент благодарит ушедшего близкого за чувство любви, заботу и дружбу, анализирует свой опыт взаимоотношений с ним, а затем, акцентируя, что это письмо последнее, выстраивает планы на будущее. Отмечалась обязательная фиксация на мысли «я научусь жить без тебя, за тебя, во имя тебя», что позволяло запустить новый сценарий своего будущего. В трех случаях этот метод оказался слишком травматичным из-за обострения переживаний, у двух пациентов обнаружилось неспособность выразить свои переживания с помощью письма. У 15 пациентов применение на этом этапе метода

ДПДГ ускорило переработку болезненных воспоминаний, связанных со смертью близкого человека, снизило тревожность и позволило смягчить переживание горя. Для восстановления динамического равновесия саморегулирующих систем организма и как метод психопрофилактики для всех пациентов использовалась аутогенная тренировка (мышечная релаксация и самовнушение). При этом была отмечена недостаточная эффективность метода при истерических типах личности, когда отмечалась сама «желательность» и демонстративность горя (8 пациентов) и психастенических личностных особенностях (6 пациентов).

На завершающем этапе также проводились психотерапевтическое консультирование родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых психотерапевтических мероприятий. Это значительно повышало их действенность и делало более устойчивыми достигнутые результаты. На этом этапе становилось возможным проведение групповой психотерапии, ранее отвергаемой пациентами из-за нежелания делиться своими переживаниями, вникать в проблемы других пациентов и сопереживать чужому горю. Результатом успешности проводимого лечения являлись адаптация пациентов к изменившимся условиям жизни, развитие навыков самопомощи.

Касаясь вопросов психотерапии пожилых пациентов с депрессивными расстройствами, необходимо отметить как общие факторы, отмеченные некоторыми исследователями, влияющие на эффективность терапии (связанные с процессом психотерапии, особенностями пациентов и личностью психотерапевта) [17], так и определенные особенности работы с пожилым контингентом. Несмотря на попытку структурировать терапевтические сессии по определенным стадиям (этапам) ПРГ, главным показателем эффективности психотерапии было состояние пациента, которое зависело от многих факторов. Для пациентов позднего возраста характерны быстрая утомляемость, замедление психической деятельности, усиление ригидности, снижение яркости и образности восприятий, обидчивость и эгоцентризм. У личностей с психастеническими чертами, составляющих значительную часть выборки (31,7%), в условиях психотравмы отмечались тревожные реакции с преобладанием тревожных сомнений, размышлений, навязчивых воспоминаний об умершем человеке, с формированием чувства вины перед ним. Имеющиеся когнитивные нарушения часто не позволяли пациентам «переработать» утрату, что также снижало эффективность психотерапии. Отягощенность пациентов соматической, цереброваскулярной патологией оказывала определенное влияние на частоту и длительность психотерапевтических сессий, требовала более щадящего режима их проведения для создания максимально комфортных условий для пациентов. Заключительные психотерапевтические сессии проводились с учетом социального положения пациентов (одинокое проживание, наличие поддержки близких). Отмеченные факторы требовали от врача терпения и

дополнительных психоэмоциональных затрат, повышали риск развития синдрома «эмоционального выгорания». При этом более быстрый контакт и доверительные отношения устанавливались у пожилых пациентов с психотерапевтом среднего возраста, использующим недирективный стиль работы, имеющим определенный жизненный опыт.

Выводы

Таким образом, результаты исследования подтвердили необходимость комплексного подхода к лечению пожилых пациентов с депрессивными состояниями, ассоциированными с реакциями утраты — применения фармакотерапии и психотерапии. Предложен алгоритм последовательных психотерапевтических интервенций на разных этапах переживаний, связанных с утратой близких людей. Рекомендовано проведение психотерапии с учетом текущего психического состояния пациента, динамики психопатологической симптоматики, личностных особенностей пациента и сопутствующей соматической патологии. Показана необходимость гибкого подхода с использованием различных видов психотерапии без шаблонного применения определенных психотерапевтических техник и без строгого структурирования по временным этапам развития ПРГ. Перспективным направлением дальнейших исследований является изучение катанестических сведений, анализа различных психотерапевтических подходов с возможным использованием групп сравнения с целью разработки персонифицированного подхода к терапии патологических реакций горя с учетом возрастных особенностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбарина Е.Н., Макушкин Е.В., Лысков И.В., Чумакова О.В. Анализ эффективности существующих и направления разработки дополнительных мер по снижению смертности населения от самоубийств // Российский психиатрический журнал. 2017. № 1. С. 75—76.
2. Баканова А.А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 23—41. DOI: 10.17759/cpp.2017250403
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2020. 448 с.
4. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты: психология горевания. М.: Когито-Центр, 2019. 160 с.
5. Василюк Ф. Пережить горе // О человеческом в человеке / Под общ. ред. И.Т. Фролова. М.: Политиздат, 1991. С. 230—247.
6. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб., 2002. 164 с.
7. Линдемэнн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций / Под ред. В.К. Виллонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. С. 78—86.

8. *Лихи Р.* Свобода от тревоги. Справиться с тревогой, пока она не расправилась с тобой. СПб.: Питер, 2021. 368 с.
9. *Малкина-Пых И.Г.* Психология горя и утраты. М.: КноРус, 2021. 282 с.
10. *Моуди Р., Аркэнджел Д.* Жизнь после утраты. Как справиться с несчастьем и обрести надежду. М.: София, 2003. 288 с
11. *Савина М.А., Шешенин В.С., Абдуллина Е.Г.* Диагностика психических расстройств у пожилых: современные классификации // Психиатрия. 2020. № 18(1). С. 59—70. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-1-59-70
12. *Сафарова Т.П., Гаврилова С.И., Яковлева О.Б., Шешенин В.С., Корнилов В.В., Шпилова Е.С.* Аугментация карнитинином терапии поздних депрессий // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 5. С. 65—75.
13. *Старшенбаум Г.В.* Психотерапия острого горя // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4. № 3. С. 73—77.
14. *Тухватулина Л.Ш.* Посттравматическое стрессовое расстройство и эндогенные аффективные заболевания (аспекты коморбидности) // Психиатрия. 2004. № 3. С. 15—25.
15. *Уманский С.В.* Тяжелая утрата и горе. Психологические и клинические аспекты [Электронный ресурс]. URL: <http://lifeyes.info/umanskij-tagelajautrata-i-gore/> (дата обращения: 15.01.2021).
16. *Фрейд З.* Печаль и меланхолия // Психология эмоций / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. С. 174—186.
17. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д.* Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 3. С. 92—100.
18. *Boelen P.A., Prigerson H.G.* Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5 // Death Studies. 2012. № 36(9). P. 771—774. DOI: 10.1080/07481187.2012.706982
19. *Clark A.* Working with grieving adults // Advances in Psychiatric Treatment. 2004. № 10. P. 164—170.
20. *Eisma M.C., Tamminga A., Smid G.E., Boelen P.A.* Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison // J Affect Disord. 2021. № 278. P. 54—56. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.049
21. *Folstein M.F., Folstein S. E., McHugh P. R.* Mini-mental state // Journal of Psychiatric Research. 1975. Vol. 12 (3). P. 189—198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
22. *Hamilton M.* A rating scale for depression // J. Neural.Neurosurg.Psychiatry. 1960. № 23. P. 56—62. DOI: 10.1007/springerreference_184614
23. *Harris D. L., Winokuer H. R.* When Grief Goes Awry: Identifying Complicated Grief and the Need for Professional Intervention // Book Principles and Practice of Grief Counseling, 3rd Edition. 2019. P. 165—166. DOI: 10.1891/9780826173331.0010
24. *Iglewicz A., Shear M.K., Reynolds C.F., et al.* Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice // J. Depression and Anxiety. 2020. Vol. 37 (1). P. 90—98.
25. *Iglewicz A., Zisook S.* Grief, Complicated Grief, and Bereavement-Related Depression // Psychiatric Care of the Medical Patient. 2015. P. 611—619. DOI: 10.1093/med/9780199731855.003.0029

26. Lund P.C. Deconstructing grief: a sociological analysis of Prolonged Grief Disorder. *Soc Theory Health*. 2021. № 19. P. 186—200. DOI: 10.1057/s41285-020-00135-z
27. Maccallum F., Bryant R.A. Symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following loss: A latent class analysis // *Aust N Z J Psychiatry*. 2018. DOI: 10.1177/0004867418768429
28. Prigerson H.G., Maciejewski P.K. Rebuilding Consensus on Valid Criteria for Disordered Grief // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74(5). P. 435. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0293
29. Shear M.K., Simon N., Wall M., Zisook S. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 // *Depression and anxiety*. 2011. № 28(2). P. 103—117. DOI: 10.1002/da.20780
30. Sheila A.M. Rauch, Naomi M. Simon, Barbara O. Rothbaum, Rising Tide: Responding to the Mental Health Impact of the COVID-19 // *Pandemic*. 2021. № 19(2). P. 243—246. DOI: 10.1176/appi.focus.19204

REFERENCES

1. Bajbarina E.N., Makushkin E.V., Lysikov I.V., Chumakova O.V. Analiz jeffektivnosti sushhestvujushhih i napravlenija razrabotki dopolnitel'nyh mer po snizheniju smernosti naselenija ot samoubijstv [Analysis of the effectiveness of existing and directions for the development of additional measures to reduce mortality from suicide]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian Psychiatric Journal]*, 2017, № 1, pp. 75—76.
2. Bakanova A.A. Psihoterapija gorja: istorija stanovlenija i tekushhaja praktika v zarubezhnyh issledovanijah [Psychotherapy of grief: the history of formation and current practice in foreign studies]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. [Counseling psychology and psychotherapy]*, 2017, Vol. 25, no. 4, pp. 23—41. DOI: 10.17759/cpp.2017250403
3. Bek A., Frimen A. Kognitivnaja psihoterapija rasstrojstv lichnosti [Cognitive psychotherapy for personality disorders]. Saint Petersburg: Piter, 2020, p. 448.
4. Vamik Völkán, Jelizabet Zintl. Zhizn' posle utraty: psihologija gorevanija [Life After Loss: Psychology of Mourning]. Moscow: Kogito-Centr, 2019, p. 160.
5. Vasiljuk F. Perezhit' gore [To survive grief]. In Frolova I.T. (ed) *O chelovecheskom v cheloveke [On the human in man]*. Moscow: Politizdat, 1991, pp. 230—247.
6. Gnezdilov A.V. Psihologija i psihoterapija poter' [Psychology and psychotherapy of losses]. Saint Petersburg, 2002, p. 164.
7. Lindemann Je. Klinika ostrogo gorja [Clinic of acute grief]. In Viljunasa V.K., Gippenrejtser J.B. [eds]. *Psihologija jemocij [Psychology of emotions]*. Moscow: Izdvo Mosk. un-ta, 1984, pp. 78—86.
8. Lihi R. Svoboda ot trevogi. Spravit'sja s trevogoj, poka ona ne raspravilas' s tobjoj. [Freedom from anxiety. Deal with the anxiety before it deals with you]. Saint Petersburg: Piter, 2021, 368 p.
9. Malkina-Pyh I.G. Psihologija gorja i utraty. [The psychology of grief and loss]. Moscow: KnoRus, 2021, 282 p.
10. Moudi R., Arkjendzhel D. Zhizn' posle utraty. Kak spravit'sja s neschast'em i obresti nadezhdu [Life after loss. How to deal with adversity and find hope]. Moscow: Sofija, 2003, 288 p.

11. Savina M.A., Sheshenin V.S., Abdullina E.G. Diagnostika psichicheskikh rasstrojstv u pozhiyh: sovremennye klassifikacii [Diagnosis of mental disorders in the elderly: modern classifications]. *Psichiatrija [Journal of Psychiatry]*, 2020, Vol. 18, no. 1, pp. 59—70. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-1-59-70
12. Safarova T.P., Gavrilova S.I., Jakovleva O.B., Sheshenin V.S., Kornilov V.V., Shipilova E.S. Augmentacija karnicetinom terapii pozdnih depressij [Augmentation with carnitine therapy of late depression]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. C.C. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry named after I. C.C. Korsakov]*, 2019, vol. 119, no. 5, p.65—75.
13. Starshenbaum G.V. Psihoterapija ostrogo gorja [Psychotherapy of acute grief]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija [Social and clinical psychiatry]*, 1994, vol. 4, no. 3, pp. 73—77.
14. Tuhvatulina L.Sh. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo i jendogennye affektivnye zabolevanija (aspekty komorbidnosti) [Post-traumatic stress disorder and endogenous affective diseases (aspects of comorbidity)]. *Psichiatrija [Psychiatry]*, 2004, no. 3, pp. 15—25.
15. Umanskij S.V. Tjazhelaja utrata i gore. Psihologicheskie i klinicheskie aspekty, [Bereavement and grief. Psychological and clinical aspects]. URL: <http://lifeyes.info/umanskij-tagelaja-utrata-i-gore/> (Accessed 15.01.2020)
16. Frejd Z. Pechal' i melanholiya [Sadness and melancholy]. In Vilyunas V.C., Gippenreiter Yu.B. (eds.) *Psihologija jemocij [Psychology of emotions]*. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta, 1984, pp. 174—186.
17. Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovanija processa psihoterapii i ee jeffektivnosti: sovremennoe sostojanie problemy. Chast' 1 [Scientific research of the process of psychotherapy and its effectiveness: the current state of the problem. Part 1]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*, 2009, vol. 19, no. 3, p.92—100.
18. Boelen P.A., Prigerson H.G. Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Studies*, 2012, № 36 (9), pp. 771—774. DOI: 10.1080/07481187.2012.706982
19. Clark A. Working with grieving adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004, vol. 10. DOI:10.1192/apt.10.3.164
20. Eisma M.C., Tamminga A., Smid G.E., Boelen P.A. Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *J. Affect Disord*, 2021, № 278, pp. 54—56. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.049
21. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 1975, № 12(3), pp. 189—198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
22. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neural. Neurosurg. Psychiatry*, 1960, no. 23, pp. 56—62. DOI: 10.1007/springerreference_184614
23. Harris D. L., Winokuer H. R. When Grief Goes Awry: Identifying Complicated Grief and the Need for Professional Intervention Book Principles and Practice of Grief Counseling, 2019, pp. 165—166. DOI: 10.1891/9780826173331.0010
24. Iglewicz A., Shear M.K., Reynolds C.F., et al. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *J. Depression and Anxiety*, 2020, vol. 37, no. 1, pp. 90—98. DOI: 10.1002/da.22965

25. Iglewicz A., Zisook S. Grief, Complicated Grief and Bereavement-Related Depression. *Psychiatric. Care of the Medical Patient*, 2015, pp. 611–619. DOI: 10.1093/med/9780199731855.003.0029
26. Lund P.C. Deconstructing grief: a sociological analysis of Prolonged Grief Disorder. *Soc Theory Health*, 2021, pp. 186–200. DOI: 10.1057/s41285-020-00135-z
27. Maccallum F., Bryant R.A. Symptoms of prolonged grief and posttraumatic stress following loss: A latent class analysis. *Psychiatry*, 2018. DOI: 10.1177/0004867418768429
28. Prigerson H.G., Maciejewski P.K. Rebuilding Consensus on Valid Criteria for Disordered Grief. *JAMA Psychiatry*, 2017, № 74 (5), p. 435. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0293
29. Shear M.K., Simon N., Wall M., Zisook S. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety*, 2011, № 28 (2), pp. 103–117. DOI: 10.1002/da.20780
30. Sheila A.M., Rauch, Simon N. M., Rothbaum B. O. Rising Tide: Responding to the Mental Health Impact of the COVID-19. *Pandemic, FOCUS*, 2021, vol. 19, no. 2, pp. 243–246. DOI: 10.1176/appi.focus.19204

Информация об авторах

Корнилов Владимир Владимирович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3562-8976>, e-mail: kornilov-74@mail.ru

Шешенин Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3992-115X>, e-mail: vlash2003@mail.ru

Малкина Наталья Алексеевна, кандидат медицинских наук, врач психотерапевт, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ «НЦПЗ»), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1071-319X>, e-mail: natmal@inbox.ru

Information about the authors

Vladimir V. Kornilov, MD, PhD, Senior Researcher, FSBSI «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3562-8976>, e-mail: kornilov-74@mail.ru

Vladimir S. Sheshenin, MD, PhD, Leading Research Associate, FSBSI «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3992-115X>, e-mail: vlash2003@mail.ru

Natalia A. Malkina, MD, PhD, psychotherapist, FSBSI «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1071-319X>, e-mail: natmal@inbox.ru

Получена 15.06.2021

Received 15.06.2021

Принята в печать 22.09.2021

Accepted 22.09.2021