

ДЕПРЕССИЯ В СРАВНЕНИИ С «ОБЪЯСНИМОЙ ПЕЧАЛЬЮ»: ЕСТЬ ЛИ ЯВНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ВЛИЯЮТ ЛИ ОНИ НА ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ?¹

М. Май

Факультет психиатрии, Университет Неаполя, Италия

Одна из принципиальных позиций американских последователей Крепелина, сформулированная в 70-х годах прошлого века, состояла в том, что существует граница между нормальным состоянием и болезнью. Другими словами, отстаивалось мнение, что имеется отчетливое качественное различие между людьми, у которых есть психическое расстройство, и теми, у кого его нет [2]. Логичным следствием этого положения было убеждение, что «депрессия, тщательно обоснованная как клиническое явление, качественно отличается от легких эпизодов печали, знакомой каждому в те или иные периоды жизни» [2]. Этому явно соответствовали факты, свидетельствующие об эффективности трициклических антидепрессантов только при клинически очерченной депрессии, тогда как в других случаях они не оказывали стимулирующего или какого-то иного действия на настроение.

На сегодняшний день картина выглядит гораздо менее ясной, и это, в некотором роде, следствие эволюции лечебных подходов в психиатрии. Рекомендации по лечению большой депрессии часто содержат противоречивые указания в этом отношении. С одной стороны, подчеркивается важность четко различать клиническую депрессию и обычные адаптивные реакции на стресс, с другой, звучат предупреждения о том, что антидепрессивные препараты эффективны даже в случае жизненно важных стрессовых событий, и не стоит воздерживаться от них только лишь потому, что роль ситуации очевидна. Эти позиции порождают два вопроса: а) действительно ли мы можем проводить различия между «дисфункциональным» и «адаптивным» ответом на неблагоприятные жизненные события? и б) насколько клинически значимо это различие, если на принятие решений относительно лечения оказывает влияние только клиническая картина,

тяжесть, продолжительность состояния и степень нарушения социального функционирования, а не тот факт, понятны ли причины его возникновения или нет. Эти вопросы имеют существенное политическое, этическое, научное и клиническое значение, что стало особенно заметным и ощутимым в последние несколько десятилетий в связи с ростом распространенности депрессии по данным популяционных исследований, с возрастанием социальных расходов на это заболевание и числа пациентов, получающих соответствующее лечение, а также с увеличением назначений антидепрессантов.

Национальный Обзор Заболеваемости, опубликованный в 1994 году, показал, что распространенность большой депрессии среди взрослого населения США в течение одного года составила около 10% и в течение жизни около 17% (что означает, что 1 из 10 американских граждан в настоящее время страдает большой депрессией и почти у 1 из 5 отмечалось это заболевание на протяжении жизни) [9]. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, к 2020 году депрессия станет второй из ведущих причин нетрудоспособности в мире и уже является основной причиной нетрудоспособности среди людей в возрасте от 15 до 44 лет. Эти сведения основываются на указанных выше данных о распространенности депрессии в популяции и на данных шкалы тяжести состояний, согласно которой она была признана заболеванием второй категории тяжести, аналогично таким заболеваниям, как паралич и слепота [19]. В США число пациентов с депрессией, получающих лечение в учреждениях внебольничной сети, возросло на 300% за период с 1987 по 1997 год, прием антидепрессивных препаратов утроился за период с 1988 по 2000 год, а расходы на антидепрессанты возросли на 600% за 90-е годы [6].

Сложившаяся ситуация порождает проблемы, вызывающие озабоченность как в среде психиатров, так и за ее пределами.

¹ Пленарная лекция на Региональном конгрессе ВПА, 10–12 июня 2010, Санкт-Петербург. Пер. с английского М.А.Кульгиной.

С одной стороны, психиатрию обвиняют в неоправданной медикализации проблем повседневной жизни с целью расширения сферы ее полномочий. Эта критика подробно изложена в книге под названием «Делая нас сумасшедшими. DSM: библия для психиатров и руководство по производству психических расстройств» [10]: «Установление того, являются ли такие относительно распространенные состояния, как например, печаль, доказательством расстройства, требует обозначения границ, которые на данный момент довольно произвольны и не научны, в отличие от границ, которые определяют рак или пневмонию». «Помимо приобретения основательного понимания Ваших трудностей, Вы получаете [из DSM-IV] гораздо более интересное впечатление о борьбе психиатрии за свои владения и расширение их границ».

С другой стороны, упомянутые выше данные о распространенности депрессии в популяции считались малодостоверными даже в среде психиатров: «имея в виду высокие цифры распространенности, представленные в обзорах, резонно предположить, что некоторые часто отмечаемые синдромы представляют собой временную гомеостатическую реакцию на внешние или внутренние стимулы, что не является истинно психопатологическим расстройством» [15]; «существующие диагностические критерии позволяют установить наличие психического расстройства во многих случаях, когда речь идет о нормальной реакции на сложные жизненные обстоятельства» [16].

Наиболее подробная критика была высказана Jerome Wakefield, а ее расширенная версия представлена в его книге «Утрата печали. Как психиатрия трансформировала обычную скорбь в депрессивное расстройство» [6]. Основной аргумент этой книги состоит в том, что данные о высокой распространенности большой депрессии, оценки ВОЗ о социальных затратах, связанных с этим расстройством, большое число пациентов, получающих соответствующее лечение, увеличение количества назначений антидепрессантов – все это является результатом несовершенства DSM в отношении распознавания депрессии. Критерии различения истинной депрессии – расстройства в клиническом понимании, которое возникает, несмотря на отсутствие у пациента соответствующих причин и обстоятельств, и обычной печали, которая является естественной реакцией на реальную потерю, считаются автором несостоятельными. J.C.Wakefield считает, что независимо от того, «исключается ли диагноз депрессии, если печаль вызвана действительной потерей и пропорциональна по интенсивности и длительности вызвавшему ее событию, или же диагноз депрессии ставится, несмотря на отсутствие значительных и не очень потерь, человек может испытывать весь набор симптомов со сходной интенсивностью» [18]. Тем самым выдвигается предложение расширить критерии исключения, существующие в отношении реакции горя на значимую утрату, и на другие важные потери.

Этот подход кажется оправданным, но вызывает сомнение его применимость и надежность. В популяции, как сообщают пациенты, большой депрессии почти всегда предшествует какое-то неблагоприятное событие. J.C.Wakefield сам в недавнем исследовании [19] выявил, что почти в 94% случаев единичному эпизоду большой депрессии предшествовала та или иная потеря. Введение дополнительного контекстуального критерия учета ситуации может лишить лечения значительную часть людей, нуждающихся в нем. Решение вопросов по поводу того, есть ли причинные связи между событием и реакцией на него или по поводу пропорциональности реакции на происходящее, часто является затруднительным и остается делом субъективного суждения клинициста с высоким риском недостаточной надежности [13]. Еще хуже то, что идеологическая позиция врача может быть временами решающей: есть психиатры, которые убеждены, что каждое психопатологическое проявление может быть объяснено исходя из обстоятельств жизни данного человека. Тем не менее, даже при столкновении с тяжелыми жизненными обстоятельствами только лишь у небольшого числа людей развивается большая депрессия, что поднимает вопрос о том, что считать «нормальной» реакцией на стрессоры [8].

Действительно, тема, затронутая J.C.Wakefield, не нова. Она активно исследовалась в свое время в британской психиатрии. В частности, Aubrey Lewis описал в своей работе попытку применить набор критериев для различения ситуативной и эндогенной депрессии [11]. Он отмечал, что «использовались имеющиеся критерии, но чем больше узнавали о пациенте, тем труднее это было сделать. Лишь в девяти случаях можно было сказать наверняка, что определенная ситуация стала причиной возникновения состояния. Также лишь у 10 пациентов не было выявлено в обстоятельствах ничего, на что можно было бы возложить ответственность за появление реакции. Но во всех остальных случаях имелись объяснимые примеры взаимодействия организма со средой, то есть личности и ситуации, и было невозможно сказать, какие факторы имеют решающее значение».

Важно отметить, что хотя J.C.Wakefield и указывает, что дифференциация депрессии и обычной печали должна происходить на основе контекста, в котором возникают симптомы, так как нет существенных симптоматологических различий между этими двумя состояниями, имеются некоторые исследования, предлагающие их качественно различать. «Нормальные виды негативных эмоций таких, как печаль и отчаяние, не должны быть ошибочно приняты за депрессивный аффект, характеризующийся голотимной недостаточностью и особым эмоциональным чувством, знакомым только лицам с депрессией» [5]. В этот же ряд попадают другие исследования, касающиеся пациентов с тяжелым или хроническим физическим недугом, в которых описывались признаки, отличающие

депрессию и объяснимый в этой ситуации упадок духа (деморализацию). Человек в состоянии депрессии полностью утрачивает способность переживать удовольствие, тогда как деморализованный человек способен испытывать радость, когда он отвлекается от мыслей, касающихся удручающих его обстоятельств и событий. Будучи беспомощным и ограниченным в возможностях, деморализованным, человек чувствует угнетенность от незнания того, что делать, тогда как в состоянии депрессии он лишается мотивации и потребностей, даже если направления деятельности ему известны. Кроме того, лица с клинической депрессией страдают от психомоторной заторможенности, психовегетативных и когнитивных симптомов, которые не типичны для состояния деморализации [3].

Однако, доказательные данные таксонометрического анализа депрессии, проведенного на многочисленных клинических группах, позволяют предположить, что большая депрессия качественно не отличается от менее тяжелых аффективных состояний, хотя эти исследования не исключают полностью существование категории латентной депрессии, соответствующей «эндогенной» или «ядерной» депрессии [4].

Другое критическое замечание, касающееся подхода J.C.Wakefield, состоит в том, что в настоящее время роль лечения в проведении различий между выраженной объяснимой печалью и беспричинной депрессией остается неясной. Фактически, есть исследования, демонстрирующие высокий уровень ответа на антидепрессанты при состояниях, соответствующих диагностическим критериям большого депрессивного эпизода в течение первых двух месяцев реакции на тяжелую утрату. На основании этого S.Zisook с коллегами пришли к выводу о недостаточной валидности критерия исключения естественной реакции горя в существующей DSM-IV (и следовательно, устранить его было бы предпочтительнее, чем расширять в отношении других потерь, как это предлагал J.C.Wakefield) [18]. Кроме того, отдельные психотерапевтические подходы, эффективность которых доказана при большой депрессии, а именно техники интерперсональной психотерапии, базируются на допущении, что в последнее время человек часто сталкивается с проблемными внешними ситуациями, объяснимым последствием которых являются депрессивные переживания.

В своей книге J.C.Wakefield упоминает аргумент, что лечение выраженной объяснимой печали может нарушить процессы нормального совладания, и говорит о пользе сетей неформальной поддержки. Действительно, в литературе неоднократно высказывалась точка зрения, что внешне обусловленные легкие и умеренные депрессивные состояния могут играть адаптационную роль, которая получила развитие в ходе эволюции человека как вида. Они могут предупреждать человека о том, что прошлые или нынешние способы поведения неудачны и необходимы новые стратегии. Заторможенность

физиологических процессов и социальная изоляция позволяют человеку избегать обременительных, бесполезных социальных взаимодействий, а само негативное состояние, обнаруживая себя в глазах окружающих, может способствовать получению помощи от них без необходимости долговременной отдачи. В этом свете переживание душевного страдания оказывается полезным для развития и даже необходимым для личностного роста и самоактуализации. Медикализируя такие состояния и проводя лечение при помощи лекарств, мы тем самым подрываем возможности индивидуальных стратегий совладания [14]. Противоположная точка зрения, однако, состоит в том, что страдание само по себе не приводит к росту и самоактуализации и, если посмотреть со стороны, общеприимная концепция становится неприемлемой, когда мы пытаемся утверждать, что выраженное страдание отдельной личности в данном месте и времени, в конечном счете, существует для его же пользы. В этом свете облегчение тяжелых душевных мук с использованием соответствующих клинически ориентированных средств становится оправданной медицинской задачей, точно также, как и облегчение физической боли [1]. Это, если хотите, философская сторона проблемы. Клинические и научные аспекты состоят в том, что эффективность и затратность фармакологических и нефармакологических воздействий при состояниях выраженной объяснимой печали должны быть научно обоснованы.

Согласно одной из точек зрения, которая неоднократно высказывалась в последнее время, граница между психическими расстройствами и обычными состояниями может быть определена только экспертным путем и на практической основе [7]. Эта граница будет считаться клинически валидной в том случае, если имеются существенные прогностические выводы в категориях ответа на лечение и клинического результата. Однако, если предикция ответа на лечение станет одним из критериев валидности в случае диагноза большой депрессии, маловероятно, что этот диагностический порог будет одним и тем же при всех доступных на сегодняшний день видах воздействия. Порог ответа на интерперсональную психотерапию, например, может отличаться от такового на СИОЗС, что, в свою очередь, может не совпадать с порогом ответа на трициклические антидепрессанты. Это является аргументом для относительно недавно сделанного предложения о последовательных пошаговых алгоритмах лечения для людей с симптомами депрессии [12]. Должны ли мы игнорировать вопрос дифференциальной диагностики истинной депрессии и объяснимой печали и просто применять один из таких алгоритмов ко всем лицам, у которых имеются депрессивные проявления? В амбулаторных условиях это могло бы быть обоснованным ответом на текущее состояние дел.

Итак, в заключении следует отметить, что наши изначальные вопросы о том, можем ли мы проводить

различия между «дисфункциональной» и «адаптивной» реакцией на неблагоприятные жизненные события и имеет ли эта дифференциация существенное значение для лечения, на данный момент остаются без ясного ответа. Что нам действительно необходимо – это дальнейшее проведение исследований с целью получения доказательств относительно целесообразности и достоверности добавления «контекстуального» критерия при диагностике большой депрессии, а также клинической полезности этого дополнительного критерия для общего прогно-

за и предсказания ответа на лечение. Кроме того, необходимы исследования биологических коррелятов «беспричинной» депрессии (без ситуационного контекста) в сравнении с обычной печалью, а также дальнейшие усилия, нацеленные на выявление «отличительного качества аффекта», что позволит отделить, по крайней мере, некоторые формы депрессии от обычной печали. И чем более эти вопросы оказываются политически и этически нагруженными, тем больше они требуют объективных и убедительных доказательных данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bjorklund P. Can there be a “cosmetic” psychopharmacology? Prozac unplugged: the search for an ontologically distinct cosmetic psychopharmacology // *Nursing Philosophy*. 2005. Vol. 6. P. 131–143.
2. Blashfield R.K. The Classification of Psychopathology. New York: Plenum, 1984.
3. Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2002. Vol. 36. P. 733–742.
4. Grove W.M., Andreasen N.C., Young M. et al. Isolation and characterization of a nuclear depressive syndrome // *Psychol. Med*. 1987. Vol. 17. P. 471–484.
5. Helmchen H., Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artefact, and the double-threshold problem // *Compr. Psychiatry*. 2000. Vol. 41. P. 1–7.
6. Horwitz A.V., Wakefield J.C. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
7. Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses // *Am. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 160. P. 4–12.
8. Kendler K.S. Setting boundaries for psychiatric disorders // *Am. J. Psychiatry*. 1999. Vol. 156. P. 1845–1848.
9. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994. Vol. 5. P. 8–19.
10. Kutchins H., Kirk S.A. Making us crazy. DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: The Free Press, 1997.
11. Lewis A. Melancholia: a clinical survey of depressive states // *Inquiries in psychiatry: Clinical and social investigations / A.Lewis (Ed)*. New York: Science House, Inc., 1967. P. 30–72.
12. Linden M., Helmchen H., Mackert A., Müller-Oerlinghausen B. Structure and feasibility of a standardized stepwise drug treatment regimen (SSTR) for depressed inpatients // *Pharmacopsychiatry*. 1994. Vol. 27. P. 51–53.
13. Maj M. Depression, bereavement, and “understandable” intense sadness: should the DSM-IV approach be revised? (Editorial) // *Am. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 165. P. 1373–1375.
14. McGuire M.T., Troisi A. Darwinian psychiatry. New York: Oxford University Press, 1998.
15. Regier D.A., Kaelber C.T., Rae D.S. et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1998. Vol. 55. P. 109–115.
16. Spitzer R.L., Wakefield J.C. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? // *Am. J. Psychiatry*. 1999. Vol. 156. P. 1856–1864.
17. Wakefield J.C. Diagnosing DSM-IV – Part I: DSM-IV and the concept of disorder // *Behav. Res. Ther*. 1997. Vol. 35. P. 633–649.
18. Wakefield J.C., Schmitz M.F., First M.B., Horwitz A.V. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses. Evidence from the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007. Vol. 64. P. 433–440.
19. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
20. Zisook S., Shear K., Kendler K.S. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode // *World Psychiatry*. 2007. Vol. 6. P. 102–107.

ДЕПРЕССИЯ В СРАВНЕНИИ С «ОБЪЯСНИМОЙ ПЕЧАЛЬЮ»: ЕСТЬ ЛИ ЯВНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ВЛИЯЮТ ЛИ ОНИ НА ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ?

М. Май

Рассматриваются диаметрально противоположные точки зрения в отношении границ между объяснимой печалью и беспричинной депрессией. Некоторые авторы постулируют качественно различную природу этих эмоциональных состояний, другие считают неправомерным противопоставлять их. При решении вопроса дифференциальной диагностики обсуждаются преимущества и недостатки таких признаков, как наличие неблагоприятных событий и потерь, ответ на лечение, симптоматологические различия. Отдельно затрагивается версия о возможной адаптационной роли депрессивных состояний, которые сигнализируют о неэффективности имеющихся поведенческих стратегий и способствуют получению социальной поддержки. Делается вывод о необходимости доказательных данных по поводу целесообразности, достоверности и клинической полезности контекстуального критерия наряду с исследованием биологических коррелятов разных форм депрессии и отличительного качества аффекта.

Ключевые слова: клиническая депрессия, реакция горя, печаль, адаптивный ответ на стресс, дифференциальная диагностика, медицинализация проблем, ситуационный контекст, критерии валидности.

DEPRESSION VS. ‘EXPLAINABLE SADNESS’: OBVIOUS DIFFERENCES AND THEIR INFLUENCE ON THE TREATMENT CHOICE?

М. Maj

The author considers in this article opposite points of view concerning the border between explainable sadness and depression without a cause. Some researchers refer to qualitative differences in the nature of these emotional conditions while others think it wrong to separate them. Differential diagnosis of these conditions could be based on such features as presence of negative events and bereavements, response to treatment, symptom differences though all these features have their own advantages and disadvantages. Special attention is paid to the possible adjustment function of depressive conditions,

which seem to signal about inefficiency of current behavioral strategies and call for social support. The author concludes that in the absence of evidence-based data it is difficult to justify the usefulness and validity of the contextual criterion for different forms of depression, along with investigations of biological correlates and qualitative differences in the affect.

Key words: clinical depression, grief reaction, sadness, adaptive response to stress, differential diagnosis, medicalization, situational context, validity criterion.