

Депрессия утраты в DSM-5 и МКБ-11

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Переводчик: Сюняков Т.С. (Москва)

Редактор: Смирнова Д.А. (Самара)

В преддверии выхода в свет DSM-5 и МКБ-11 особое внимание профессионалов в сфере психического здоровья и широкой общественности привлекают проблемы, связанные с депрессией утраты. Необходимо отметить, что данный вопрос непосредственно связан с более общей проблемой определения границ болезни – где заканчивается нормальная реакция на значимые события жизни и начинается психическая патология. Не случайно во введении к DSM-IV (р. хxi) при определении термина «психического расстройства» отмечается: «Синдром или проявления расстройства не должны являться ожидаемой, характерной для данного культурального контекста реакцией на определенные события, например, на смерть близкого человека».

В DSM-IV депрессия утраты представлена в разделе «Другие состояния, имеющие клиническое значение». В пояснениях указывается, что «у некоторых скорбящих людей в ответ на утрату могут развиваться симптомы, характерные для большого депрессивного эпизода» и что «человек, понесший тяжелую утрату, как правило, расценивает свое подавленное настроение как «нормальное»».

Согласно DSM-IV, при наличии признаков реакции на тяжелую утрату диагноз большого депрессивного эпизода не может быть исключен полностью. Однако для постановки этого диагноза существуют такие пороговые критерии, как большая длительность состояния, более отчетливое нарушение функционирования или наличие специфических симптомов (клинически очерченное чувство собственной никчемности, суицидальные мысли, психотические симптомы или психомоторная заторможенность). Целью постановки вопроса является сведение к минимуму вероятности ложноположительной диагностики (в равной мере с избеганием упрощения понятия «психического расстройства»).

Существующий в DSM-IV подход основан на доказательной базе. Во-первых, большой депрессивный синдром представляет собой в действительности «ожидаемую реакцию» на смерть близкого человека: в США его распространенность среди людей, понесших тяжелую утрату, через год после события колеблется в пределах от 29 до 58%, а в течение первого года после утраты критериям синдрома соответствует состояние примерно половины всех вдов и вдовцов (1). Во-вторых, проявления синдрома являются психологически понятной, «культурально допустимой реакцией» на событие: находящиеся в трауре люди и их окружение воспринимают депрессивные нарушения как «нормальные», тогда как больные с первичным аффективным расстройством сами воспринимают развивающееся у них состояние как некую непоследовательную перемену, отчетливо контрастирующую с «обычным самочувствием» (2). В-третьих, психомоторная заторможенность, ощущение собственной малозначимости и суицидальные мысли менее характерны для людей с депрессивным синдромом после тяжелой утраты (1).

Учитывая тот факт, что в МКБ-10 не освещаются вопросы, связанные с тяжелой утратой, в профессиональной среде высказывается мнение о том, что если из DSM-5 изъять исключение, связанное с депрессивными состоя-

ниями переживания траура, то это уравнило бы содержание существующих диагностических систем. Однако это неверно. Согласно клиническим описаниям и диагностическим указаниям в МКБ-10 (3, р. 150), «нормальная реакция горя адекватна культурному окружению и обычно не превышает по длительности 6 месяцев» и должна кодироваться не в разделе психических расстройств, а в разделе XXI («Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения»). Этот класс соответствует разделу DSM-IV, в котором описываются состояния после тяжелой утраты. Правда состоит в том, что в определении депрессивного эпизода (который, как практически все определения в МКБ-10, не содержит критериев исключения) отсутствуют упоминания о тяжелой утрате, однако, в МКБ-11 данное упущение, вероятно, будет исправлено (таким образом, на самом деле исправления в DSM-V могут породить несоответствие между этими двумя системами).

Учитывая эти моменты, и принимая во внимание ожидаемые изменения в DSM-V (4), вычеркивание из критериев диагноза большого депрессивного эпизода критерия исключения, касающегося тяжелой утраты, может быть оправдано только наличием исследований с четкими и неопровержимыми данными, подтверждающими такую необходимость (5). Опубликованный в данном номере журнала обзор Wakefield и First (6) позволяет утверждать, что подобных достоверных свидетельств до сих пор не получено.

Ассоциированная с тяжелой утратой большая депрессия, согласно данным двух последних независимых исследований (7,8), была связана со значительно более низким риском депрессивных эпизодов в дальнейшей жизни. Эти два долгосрочных исследования расцениваются в качестве необходимых доказательств корректности имеющейся диагностической структуры (9). Более того, даже в исследованиях, на которые обычно ссылаются приверженцы удаления критерия исключения, связанного с тяжелой утратой, было обнаружено, что больные при депрессиях траура в значительно меньшей степени, чем при других депрессиях, связанных с утратой, обращаются за медицинской помощью (10), испытывают существенно менее выраженное снижение функциональных способностей (11) и характеризуются достоверно более низким нейротизмом и чувством вины (10). Все эти данные согласуются с используемым в DSM-IV подходом.

Таким образом, необходимо дальнейшее обсуждение данной проблемы до того, как будет удален критерий исключения, связанный с реакцией на утрату, что может быть впоследствии раскритиковано психиатрическим сообществом как несоответствие требованиям DSM-5 для вводимых в нее изменений («существенные изменения могут вводиться при наличии строгого соответствия между различными необходимыми данными») и который, вероятно, будет воспринят обществом как стремление психиатрии записать в болезни нормальные человеческие чувства. Тем не менее, для повышения предиктивной валидности диагностики, возможно, потребуются пересмотреть саму формулировку критерия, связанного с тяжелой утратой (6,12).

Уточнение

Автор статьи - Председатель рабочей группы Всемирной организации здравоохранения по классификации аффективных и тревожных расстройств, которая работает с международной группой экспертов по пересмотру главы «Психические и поведенческие расстройства» МКБ-10. Несмотря на его вовлеченность в деятельность обеих групп, данная статья представляет лишь мнение самого автора, но не официальную позицию Всемирной организации здравоохранения.

Литература:

1. Zisook S, Paulus M, Shuchter SR et al. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord* 1997;45:85-95.
2. Clayton PJ, Herjanic M, Murphy GE et al. Mourning and depression: their similarities and differences. *Can Psychiatr Assoc J* 1974; 19:309-12.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. Kendler KS, Kupfer D, Narrow W et al. Guidelines for making changes to DSM-5. www.dsm5.org.
5. Maj M. Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness: should the DSM-IV approach be revised? *Am J Psychiatry* 2008;165:1373-5.
6. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11: 3-10.
7. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
8. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of bereavement-related depression: evidence for the validity of the DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* (in press).
9. Pies RW. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *J Affect Disord* 2009;116:1-3.
10. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
11. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses. Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
12. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity? Evidence from the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:66-73.