

# Эволюция терапевтических мишеней в психиатрии: от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем»

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Было время, когда мишень в психиатрии была однозначной и не вызвала ни у кого сомнений. Это было «безумие» — широкое понятие, охватывающее поведение и переживания человека, не совпадающие с общепринятой нормой.

В восприятии общественности, врачей других специальностей и, что самое странное, яростных противников психиатрических больниц, традиционной мишенью психиатрии по-прежнему является «сумасшествие».

Тем не менее, в последние несколько десятилетий фактические мишени психиатрии кардинально изменились. Теперь в сферу деятельности психиатров входит широкий диапазон психических расстройств (в некоторых официальных международных документах также используется термин «проблемы с психическим здоровьем»), включая некоторые состояния, составляющие континуум с нормой. Настоящей проблемой стало определение границы между нормой и патологией. Как правило, эта граница определяется прагматически, на основании «клинической пользы», т. е. прогнозировании клинического исхода и реакции на лечение. Этот прагматизм может включать некоторую тавтологию — если диагностический порог определяется прогнозом реакции на терапию, то состояние человека признается психическим расстройством, как только появляется эффективный метод его лечения.

Существующий сценарий диагностики привел к массовой критике психиатрии.

С одной стороны, психиатров обвиняют в том, что они неправомерно «патологизируют» обычные жизненные трудности, расширяя, таким образом, сферу своего влияния (1, 2). При этом критики игнорируют упомянутую выше эволюцию мишеней в психиатрии (переход от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем») и упирают на то, что «патологизация» жизненных трудностей приводит к тому, что «обычные люди становятся сумасшедшими» (3). Чаще всего о неправомерной «патологизации» говорят в контексте детской и подростковой психиатрии, а также приводят ее в качестве доказательства «заговора» между врачами и фармацевтическими компаниями.

С другой стороны, психиатры подвергаются критике из-за того, что они выходят за рамки диагностики и лечения психических расстройств и занимаются профилактикой (укреплением психического здоровья) в общей популяции (4, 5). В некоторых странах действуют общественные организации, которые под руководством психиатров оказывают гражданам психосоциальную поддержку, в частности — людям, пострадавшим от экономического кризиса и стихийных бедствий (т. е. людям, чьи «проблемы с психическим здоровьем» не являются полноценными «психическими расстройствами»). Кроме того, общественность требует от врачей как можно раньше диагностировать и лечить «полноценные» психические расстройства. Психиатрам приходится работать с «предвестниками» или «продромами» психических расстройств. Зачастую эти состояния не выходят за пределы нормы, что также

приводит к обвинению в неправомерной «патологизации».

В настоящем номере этой проблеме посвящены две специальные статьи (6, 7).

Действительно, продолжающийся экономический кризис негативно сказывается на психическом здоровье граждан во многих странах, в особенности в тех из них, где социальная помощь малодоступна людям, попавшим в сложную жизненную ситуацию (безработица, долги, бедность и т. д.). В ситуациях неопределенности и потери жизненных ориентиров люди часто обращаются в службы психосоциальной поддержки.

Приведем несколько ситуаций, которые недавно имели место в Италии. Прошлой весной группа женщин, являющихся вдовами обанкротившихся предпринимателей-самоубийц, устроила митинг в одном итальянском городе. Женщины скандировали лозунг: «Наши мужья не были сумасшедшими!». Одна из них заявила: «Мой муж не был психически болен, он пошел на суицид из-за отчаяния!» (8). В это же время в другом итальянском городе вдова предпринимателя, который покончил с собой, обвиняла психиатров в том, что они не госпитализировали ее мужа в недобровольном порядке. Специалист рассудил, что ее покойный муж переживал из-за финансовых трудностей, однако, у него не было признаков психического расстройства. Вдова заявила: «Мой муж страдал от депрессии. Они должны были положить его в больницу!» (9).

Таким образом, с одной стороны, психиатры виновны в том, что они неправомерно патологизируют и стигматизируют обычный психологический дистресс, а с другой стороны, в том, что они не патологизируют и не лечат этот же самый дистресс как полноценное психическое расстройство.

В этом отношении показательна диагностическая дискуссия о «риске развития психоза» (т. н. «слабом психотическом синдроме» — «attenuated psychosis syndrome») и «юношеском биполярном расстройстве». Первую патологию предлагается включить в DSM-V, а вторая так и не была включена ни в одну классификацию, несмотря на мнение множества экспертов. Ранние диагностика и лечение шизофрении и биполярного расстройства (до манифестации типичной клинической картины) улучшает прогноз и смягчает течение этих заболеваний. Однако многие озабочены риском ложноположительного диагноза, который влечет за собой стигматизацию обществом и самими пациентами, а также приводит к нецелесообразному назначению психотропных средств (10, 11).

Безусловно, эта неопределенность сохранится в ближайшие годы. В сложившейся ситуации от психиатров требуется повышение качества диагностики, в частности, разработка дифференциальных диагностических критериев. Подробное описание «полноценных» психических расстройств, приведенное в существующих диагностических системах, может быть недостаточным (особенно для психиатров, которые работают в амбулаторной сети). Во-первых, требуется описание стандартных реакций на серьезные стрессоры (напри-

мер, описание «нормальной» скорби, реакции на банкротство, стихийные бедствия, войну, развал семьи или развод), а также описание «нормальных» состояний в различные периоды жизни (например, эмоциональную неустойчивость у подростков). Первым шагом в этом направлении стало включение в DSM-V описания «нормального» горя в сравнении с депрессией, вызванной потерей близкого человека. Во-вторых, нужно дать характеристику более тяжелым реакциям на упомянутые выше стрессоры, которые требуют внимания психиатра, однако, не выполняют критерии какого-либо психического расстройства. Хорошим примером такой реакции является тяжелый, угрожающий жизни психологический дистресс, связанный с финансовым крахом, но не соответствующий критериям депрессии. Отличительными чертами такого состояния являются отчаяние и стыд. Существующее определение «расстройств адаптации» в МКБ-10 и DSM-IV является слишком общим и двусмысленным — оно мало помогает в дифференциальной диагностике и разработке схемы лечения.

Безусловно, другие профессионалы в области психического здоровья (а также социальные работники, работающие вне медицинской сети) должны сотрудничать с психиатрами в разработке новых критериев. Такой подход поможет сформировать междисциплинарную, клинически значимую систему знаний в области психического здоровья, существование которой в настоящее время сомнительно.

Правильная квалификация описанных выше «проблем с психическим здоровьем» может помочь разработать адекватные методы помощи с опорой на сообщество. С одной стороны, существует риск ненадлежащего использования традиционных методов, применяемых в «настоящей психиатрии» (например, применение антидепрессантов у людей с психологическим дистрессом, возникшим на фоне финансовых трудностей). С другой стороны, также присутствует риск сокращения объема помощи до простой «практической консультации», которую могут доверить необученным добровольцам там, где требуются профессиональная помощь и дифференциальная диагностика.

Недостаточно просто доказать эффективность таких методов помощи. Нужно «перенаправить» общественное мнение, показать, что существует приемлемый баланс между преимуществами и рисками (в частности, риска стигматизации) любого обращения за психиатрической помощью (12). Наряду с разработкой новых методов лечения требуется интеграция психиатрической помощи в сообщество (включая активное сотрудничество с врачами общей практики, социальными службами и другими заинтересованными сторонами). Обычно подчеркивают важность лишь одного из этих компонентов, хотя на самом деле, они оба очень важны.

Наконец, нельзя игнорировать последствия мирового экономического кризиса в нашей отрасли: во многих странах сокращаются кадровые и финансовые ресурсы психиатрической службы. Нельзя перейти к решению новых задач, когда нет ресурсов для выполнения традиционных. Дискуссия на эту тему развернулась в странах, недавно подвергшихся стихийным бедствиям, в частности, в Индонезии и на Шри-Ланке. В этих странах врачам удалось справиться с чрезвычайными обстоятельствами — они убедили руководство в важности психиатрической помощи, добились расширения программ поддержки и лучшей интеграции медицинских услуг в сообщество. В других странах аналогичным образом можно использовать существующий экономический кризис — с его помощью можно продемонстрировать важность и эффективность гибкой психиатрической помощи в сложившихся обстоятельствах.

#### Литература:

1. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
2. Stein R. Revision to the bible of psychiatry, DSM, could introduce new mental disorders. Washington Post, February 10, 2010.
3. Kutchins H, Kirk SA. Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press, 1997.
4. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
6. Wahlbeck K, McDavid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry 2012;11:139-45.
7. Carlson GA. Differential diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents. World Psychiatry 2012;11:146-52.
8. Alberti F. Le vedove della crisi in corteo: i nostri mariti non erano pazzi. Corriere della Sera, May 5, 2012.
9. Di Costanzo A. Imprenditore suicida, la moglie accusa. La Repubblica, April 26, 2012.
10. Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: a risk-benefit analysis. Schizophr Res 2010;120:16-22.
11. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder? N Engl J Med 2010;362:1853-5.
12. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.