

Горе в DSM-5: оценки и решения, касающиеся предложений признать горе патологией

Где же находится горе в диагностическом отношении теперь, когда «пыль осела» и классификация DSM-5 наконец одобрена? Рабочая группа DSM-5 рассмотрела беспрецедентную серию предложений по диагностике психических расстройств, вызванных горем, там, где сейчас горе считают вариантом нормы. Взятые вместе, эти предложения могли полностью изменить психиатрическую концепцию горя и алгоритмы помощи пациентам, перенесшим тяжелую утрату. Мишенью для признания патологией были как депрессивные симптомы во время горя, так и горе само по себе – печаль, отсутствие веры и другие переживания, характерные для реакции утраты.

Четыре предложения в отношении состояний, связанных с переживанием горя, добрались до заключительного этапа пересмотра DSM-5. Это само по себе значительное событие. Ниже мне бы хотелось рассмотреть данные предложения, оценить их обоснованность и представить окончательные решения рабочей группы, тем самым дав обзор статуса горя после одобрения DSM-5.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ УДАЛИТЬ КРИТЕРИЙ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ УТРАТЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬШОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Это было, пожалуй, самое дискуссионное диагностическое предложение после депатологизации гомосексуализма. Горе иногда провоцирует развитие большого депрессивного расстройства (БДР). Однако некоторые симптомы депрессии, такие как подавленное настроение, бессонница, уменьшение интереса, снижение аппетита, нарушения концентрации внимания, являются общими дистресс-симптомами, которые часто присутствуют при нормальном горе (1). Таким образом, нормальное горе может соответствовать критерию 5-симптомов-в-течение-2-недель для БДР, что приводит к ошибочному «ложноположительному» диагнозу БДР. Исключение тяжелой утраты (ИТУ) исправляло эту ситуацию, выделяя в качестве нормы те «неосложненные» вызванные горем депрессивные эпизоды, которые включают только общие симптомы дистресса и быстро проходят. «Осложненные» эпизоды классифицировались как БДР несмотря на наличие недавней утраты, если они включали симптомы, наводящие на мысль о патологии, такие как психомоторная заторможенность, суицидальные мысли, чувство никчемности или значительная длительность эпизода. Удаление критерия ИТУ означает, что две недели общих дистресс-симптомов депрессии после смерти любимого человека подпадают под диагноз БДР.

Основным аргументом в пользу удаления критерия ИТУ было то, что исключаемые им случаи оказываются такими же, как и прочие, случаями БДР по показателям валидности патологии (2). Однако когда данные были систематизированы, утверждение, что результаты исследований подтверждают такое сходство, оказалось необоснованным (3). Несколько недавних работ также продемонстрировали ложность утверждения о схожести этих состояний, показав, например, что рецидивы депрессии и развитие тревожных расстройств, которые имеют высокую частоту после БДР, имеют место при эпизодах без ИТУ не чаще, чем в популяции людей,

которые никогда не страдали БДР, демонстрируя, что ИТУ имеет сильную прогностическую валидность (4-6). Опасения, что недиагностированные депрессивные эпизоды будут приводить к повышению уровня суицидных попыток, также оказались необоснованными (7). Два исследования показали, что неосложненная вызванная горем депрессия схожа с неосложненными реакциями на другие источники стресса, что подняло вопрос о том, должен ли критерий ИТУ быть удален или, наоборот, распространен и на другие стрессоры (8, 9)? Последние исследования свидетельствуют о том, что расширение исключения применительно к неосложненным реакциям на все основные стрессоры имеет одновременно как конкурентную, так и прогностическую валидность. В отличие от случаев БДР частота рецидивов и другие показатели валидности при таких реакциях не отличаются от общепопуляционных показателей (10, 11).

Оценка: Это ошибочное и эмпирически неподтвержденное предложение. Правило ИТУ демонстрирует одновременно и конкурентную, и прогностическую валидность с достаточными и воспроизводимыми доказательствами высокого качества. Спекулятивные утверждения в пользу удаления критерия ИТУ были сфальсифицированы эмпирически.

Результат: Предложения об удалении критерия ИТУ было принято рабочей группой DSM-5. ИТУ было удалено в DSM-5. Этот критерий был заменен на расплывчатое упоминание о том, что нормальное горе и реакции на другие стрессовые факторы могут проявляться депрессивными симптомами, и врач должен оценивать это, принимая решение о диагнозе. Однако критериев, которыми можно было бы руководствоваться при таком разграничении указано не было, что существенно затрудняет проведение исследований, и, вероятно, будет способствовать тому, что само это упоминание будет игнорироваться.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВВЕСТИ НОВУЮ КАТЕГОРИЮ «СТОЙКОЕ КОМПЛЕКСНОЕ РАССТРОЙСТВО, ВЫЗВАННОЕ ТЯЖЕЛОЙ УТРАТОЙ»

До DSM-5 недепрессивные переживания горя не относили к каким-либо категориям психических расстройств. Тем не менее, две исследовательские группы работали над проверкой обоснованности признания интенсивной, длительной реакции горя патологией, которую обозначили как «длительное» или «осложненное» расстройство, вызванное горем (12, 13). Валидизация опиралась либо на риск будущего вреда, такого как развитие расстройства (т.е. здесь смешивают расстройство и риск развития расстройства), либо на утверждение, что горе у данной группы пациентов «выбивает из колеи» или «замораживает» в «бесконечной» печали (т.е. утверждение, которое не обосновано данными изучения динамики).

Две исследовательские группы предложили свои диагностические критерии для предлагаемой категории, каждая с претензией на их эмпирическую обоснованность. В DSM-5 это противоречие было разрешено путем создания диагностических критериев, которые сочетали в себе элементы обоих предложений наряду с некоторыми новыми элементами, и рекомендацией размещения в разделе 3 для дальнейшего изучения.

Критерии исследовательских групп не требовали, чтобы симптомы продолжались с острой стадии горя, в то время как в DSM-5 появилось требование, чтобы симптомы присутствовали большую часть дней после смерти близкого. Более того, в DSM-5 увеличился порог продолжительности симптоматики после утраты с 6 месяцев, которые были предложены исследователями, до 12 месяцев – гораздо более оправданной точки отсечения, хотя, возможно, всё еще слишком ранней с учетом данных о том, что многие люди в этот период еще находятся на пути выздоровления и не «выбиты из колеи» или «заморожены» в своем горе (14).

Критерии горя как расстройства в DSM-5 требуют наличия по крайней мере одного из четырех симптомов «сепарационного дистресса» (тоска/печаль, интенсивная скорбь, поглощенность воспоминаниями об умершем, поглощенность обдумыванием обстоятельств смерти) и по крайней мере 6 из 12 дополнительных симптомов, включая трудность принять утрату, потрясение/ошеломление/онемение, отсутствие положительных воспоминаний, ожесточение/злоба, самобичевание, избегание напоминаний, трудности доверия, желание присоединиться к умершему, одиночество/отчужденность, отсутствие целей/пустота, чувство, что умерла частица себя, а также трудности поддержания интересов или выполнения намеченных планов. Отметим, что все эти явления обычно могут иметь место в период острой реакции горя, таким образом, в пользу патологии свидетельствует длительное персистирование симптоматики вместо постепенного снижения ее интенсивности.

Оценка: В принципе, добавление подходящим образом сформулированной категории для устойчивого интенсивного горя без нормальной траектории адаптации к утрате вполне оправдано. В DSM-5 были улучшены изначальные предложения исследовательских групп, что даст повышение общей валидности и большую согласованность с данными о течении. Однако первоначальные предложения каждой исследовательской группы проходили эмпирическое тестирование, в то время как компромиссные критерии DSM-5 не имеют истории исследований. Кроме того, многие клинические случаи свидетельствуют, что горе по предлагаемой в этом наборе критериев длительности может представлять собой как плато, так и нормальную, но медленную траекторию излечения, особенно когда утрата или её взаимодействие с личностью или контекстуальными переменными особенно тяжелы. Предложения исследовательских групп, кажется, имеют ошибку в выделении клинического случая, тогда как здесь оправдана повышенная осторожность, потому что данная диагностическая категория имеет высокий потенциал для злоупотреблений, особенно если горе станет целью для разработки новых лекарств.

Результат: Стойкое комплексное расстройство, вызванное тяжелой утратой, было принято для включения в раздел 3 DSM-5 для дальнейшего изучения. Это позволяет сразу ставить диагноз в разделе "указать прочее".

ПРЕДЛОЖЕНИЕ УДАЛИТЬ КРИТЕРИЙ ИСКЛЮЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ УТРАТЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

В DSM-IV также содержался критерий ИТУ для расстройства адаптации (РА): «симптомы не являются реакцией тяжелой утраты». Из-за ожидаемого удаления ИТУ при диагностике депрессии было предложено, чтобы ИТУ при РА также было удалено.

Тем не менее, РА и БДР не идентичны в этом отношении. Диагноз РА включает вариант «с депрессивным настроением» («когда преобладающим проявлением являются такие симптомы, как подавленное настроение, плаксивость или чувство безнадежности»), но в

отличие от депрессии здесь нет порогов продолжительности или симптоматики. Следовательно, устранение критерия ИТУ при диагностике РА будет означать, что любые переходные субсиндромальные депрессивные симптомы, такие как грусть и бессонница, в течение первых недель или месяцев после утраты будут иметь право на диагноз РА. Такие симптомы почти повсеместны в начале нормальной реакции утраты (1). Не было ни одного исследования, в котором бы рассматривалось ИТУ при диагностике РА (15).

Оценка: Это ошибочное и эмпирически неподтвержденное предложение.

Результат: Это предложение было отклонено рабочей группой DSM-5. В DSM-5 критерии РА включают критерий ИТУ.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВВЕСТИ НОВУЮ КАТЕГОРИЮ «РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ, ВЫЗВАННОЕ ТЯЖЕЛОЙ УТРАТОЙ»

Ожидание удаления ИТУ из критериев диагностики РА привело к необходимости включения симптоматики горя в перечень симптомов РА, поэтому для диагностики стойкой недепрессивной симптоматики при переживании горя была предложена новая категория – «расстройство адаптации, вызванное тяжелой утратой». Это предложение является попыткой обходным путем ввести в DSM категорию осложненного/длительного горя.

Согласно предлагавшимся критериям, пациент должен «в течение не менее 12 месяцев после смерти близкого родственника или друга большую часть дней испытывать тоску/печаль по умершему, интенсивную скорбь и душевную боль, или быть поглощенным воспоминаниями об умершем и обдумыванием обстоятельств его смерти. Он может также иметь трудности с принятием утраты, ожесточение, связанное со смертью близкого, нарушенное самоощущение, ощущение бессмысленности жизни и трудности с планированием будущего или вовлеченностью в повседневную активность и взаимоотношения с окружающими».

Исходя из данного определения, требуется только один симптом – тоска/печаль «или» озабоченность, остальные симптомы всего лишь «могут также» присутствовать. Однако нет никаких исследований в отношении того, необходим ли один или несколько симптомов, а существующие исследования ясно указывают на недействительность этой дефиниции, согласно которой многие или даже большинство обследованных в нескольких исследованиях (16-20) переживших горе людей имели бы данный диагноз. Например, Prigerson и др. (16) обнаружили, что среди всех лиц, перенесших смерть близкого, через 1 год после утраты переживания печали в среднем возникают через день, что близко к предлагаемому порогу, сформулированному как «большая часть дней».

Оценка: Это ошибочное и эмпирически неподтвержденное предложение.

Результат: Это предложение было отклонено рабочей группой DSM-5. Диагноз «расстройство адаптации, вызванное тяжелой утратой» не появится в DSM-5.

ВЫВОДЫ

Два из четырех предложений заключались в том, чтобы признать патологией – расстройством адаптации – практически любое переживание горя. Они справедливо были отклонены. Критерий ИТУ при диагностике большой депрессии был удален, несмотря на убедительные доказательства, подтверждающие его валидность: торжество политики DSM над наукой. Наконец, новая категория «стойкое комплексное расстройство, вызванное тяжелой утратой» была включена

в раздел 3 данного руководства для дальнейшего изучения. В принципе, это нужная категория, если критерии сформулированы правильно. Однако, скорректированные в окончательной редакции критерии, которые являются более строгими, чем первоначальные предложения, все еще не демонстрируют надлежащей специфичности.

В итоге, рабочая группа приняла три достаточно мудрых решения и допустила одну крупную ошибку, критерий ИТУ необходимо вернуть как можно скорее. После одобрения DSM-5 нормальная реакция горя не подпадает под диагноз психического расстройства, если она включает в себя лишь отдельные симптомы депрессии. Однако, если нормальная реакция горя включает в себя несколько общих депрессивных дистресс-симптомов, её будут ошибочно считать патологией. Учитывая то, как часто встречаются такие депрессивные чувства в рамках нормальной реакции горя, для значительного процента людей, переживших утрату, это будет являться риском ложноположительного диагноза.

Jerome C. Wakefield^{1,4}

¹*Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, 550 First Avenue, New York, NY 10016;*

²*Silver School of Social Work, New York, NY 10003;*

³*InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives – Research, Education and Services), Bellevue Hospital/New York University, New York, NY 10016;*

⁴*Department of Psychiatry, Division of Clinical Phenomenology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY 10032, USA*

Перевод: Мартынихин И.А.

Редактура: Алфимов П.В.

Библиография

1. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
2. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
3. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the evidence support the proposed elimination of the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-11.
4. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
5. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of the DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:480-5.
6. Gilman SE, Breslau J, Trinh NH et al. Bereavement and the diagnosis of major depressive episode in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2012;73:208-15.
7. Wakefield JC, Schmitz MF. Normal vs. disordered bereavement-related depression: are the differences real or tautological? *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:159-68.
8. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
9. 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.
10. Wakefield JC, Schmitz MF. Can the DSM's major depression bereavement exclusion be validly extended to other stressors? Evidence from the NCS. *Acta Psychiatr Scand* (in press).
11. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013;12:44-52.
12. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009;6:e1000121.
13. Shear MK, Simon N, Wall M et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
14. Wakefield JC. Should prolonged grief be classified as a mental disorder in DSM-5? *J Nerv Ment Dis* 2012;200:499-511.
15. Strain JS, Friedman MJ. Considering adjustment disorders as stress response syndromes. *Depress Anxiety* 2011;28:818-23.
16. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM-V. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H et al (eds). *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association, 2008:165-86.
17. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:904-10.
18. Bonanno GA, Kaltman S. Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychol Bull* 1999;126:760-76.
19. Thompson LW, Gallagher-Thompson D, Futterman A et al. The effects of late-life spousal bereavement over 30-month interval. *Psychol Aging* 1991;6:434-41.
20. Bowlby J. *Loss: sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3)*. New York: Basic Books, 1980.

DOI 10.1002/wps.20053