

Клиническое значение качественно различных подтипов депрессии

Депрессия – это гетерогенное заболевание с широкой вариативностью симптомов, поведения, степени тяжести, особенностей начала и течения этого расстройства. Учитывая его вариативный характер, можно предположить, что подтипы депрессии различаются по этиологическим и патогенетическим параметрам. Несмотря на наличие обнадеживающих результатов исследований, включая генетические и эпигенетические, исследования экспрессии генов, сочетания биомаркеров в крови, нейрокогнитивные и нейровизуализационные исследования, в клинической практике биомаркеры-кандидаты для диагностики депрессии по-прежнему не используются. Более того, этиологические и патогенетические факторы подтипов депрессии изучаются редко.

Клинически подтипы депрессии в определенной степени качественно различаются, что является важным для прогноза и оценки вероятного результата лечения. Различные подтипы депрессии дифференцируются по полярности (униполярная vs. биполярная), симптоматике (меланхолическая, атипичная, психотическая или тревожная), времени возникновения (связь с определенными событиями, временем года или возрастом), рекуррентности и степени тяжести¹. Эти диагностические спецификаторы и подтипы могут в определенной степени учитываться при выборе терапии.

Очевидно, что различие между униполярной и биполярной депрессией, характеризующейся пониженной психомоторной активностью², предполагает разные виды лечения. Антидепрессанты используются как монотерапия первой линии при лечении униполярной депрессии¹, но не при лечении биполярной депрессии, т. к. они могут привести к инверсии аффекта или смешанным эпизодам, дестабилизировать настроение и повысить риск возникновения быстрых циклов. Кроме того, разделение депрессии на легкую, умеренную и тяжелую помогает оценить долговременный риск рецидива и суицида³, а также определиться с выбором лечения (например, легкую депрессию не следует лечить

антидепрессантами, если депрессивный эпизод не становится хроническим). Некоторые данные свидетельствуют в пользу того, что трициклические антидепрессанты (ТЦА) и электросудорожная терапия эффективнее при меланхолической депрессии, чем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) с психотерапией, и что ингибиторы моноаминоксидазы эффективнее при атипичной депрессии, хотя эти данные все еще остаются неподтвержденными. Психотическая депрессия часто требует лечения комбинацией антидепрессантов с антипсихотиками, а сезонная депрессия эффективно лечится световой терапией. Наконец, депрессия с ранним началом (18-30 лет) в сравнении с депрессией с поздним началом (31-70 лет) может чаще сопровождаться расстройствами личности и невротизмом, меньшим количеством стрессовых событий до начала депрессии, но при этом различия в ответе на лечение в этих группах не обнаружено⁴.

Помимо этих отчасти противоречивых клинических и терапевтических результатов, деление депрессии на подтипы необходимо изучить подробнее. Все еще остающаяся без внимания проблематика вышеуказанных исследований состоит в том, что патофизиология и психопатология депрессивных эпизодов могут изменяться в течение болезни из-за прогрессирующего характера униполярного расстройства, с повышением риска рекуррентности, увеличением длительности и степени тяжести эпизодов⁵. Следовательно, предлагается деление униполярной депрессии на стадии: продромальную стадию с субклиническими симптомами и подпороговыми изменениями настроения, прогрессирующими к депрессивному эпизоду, рекуррентной депрессии и терапевтической резистентности⁶. Впрочем, до сих пор нет четких доказательств того, что ответ на лечение ухудшается с числом эпизодов⁶.

Менее изучен связанный с психопатологией подход к определению подтипов в соответствии с наличием основных признаков депрессии, т.е. симптомов, необходимых для

соответствия критериям DSM и МКБ. В соответствии с DSM-5 основными признаками депрессии являются подавленное настроение и ангедония. МКБ-10 добавляет третий основной признак, “уменьшение энергии и упадок сил”. Эти основные признаки клинически определяются как центральные для депрессии и включены в состоящую из шести пунктов версию Шкалы оценки депрессии Гамильтона, наравне с чувством вины, тревожностью и психомоторной заторможенностью⁷. Эта клинически и психометрически валидная шкала не дает феноменологической характеристики указанных трех признаков. По этим признакам также можно идентифицировать три подтипа депрессии, отмеченные преимущественно подавленным настроением, ангедонией или уменьшением энергии/упадком сил соответственно.

Правда, такое возможное деление депрессии на подтипы редко изучается, отчасти из-за того что основные элементы депрессии не получили ясного определения. В Исследовательских диагностических критериях МКБ-10 говорится, что депрессивное настроение должно “быть такой силы, чтобы восприниматься человеком как ненормальное, сохраняться большую часть дня, почти каждый день, без связи с внешними обстоятельствами (не-реактивное), как минимум две недели”. Эти слова частично повторены в самой МКБ-10: “Пониженное настроение, мало меняющееся день ото дня, не зависит от обстоятельств, может варьироваться в течение суток”. В соответствии с DSM-5 депрессивное настроение должно длиться “большую часть дня, почти каждый день, по сообщениям самого человека (например, чувство грусти, пустоты, безнадежности) или по наблюдениям других людей”. Ангедония тоже редко изучается, отчасти из-за того, что она недостаточно концептуализирована в рамках депрессии⁸. Симптомы ангедонии (например, сниженные интерес и активность) указывают на плохой прогноз лечения антидепрессантами и увеличение сроков наступления ремиссии⁸. То же самое касается психомоторных нарушений, которые могут иметь значение для

прогноза, но четких определений психомоторных явлений по-прежнему не удается сформулировать⁹.

В настоящее время мы разрабатываем и тестируем новую диагностическую систему оценки депрессии, сосредоточенную на феноменологии основных особенностей синдрома в соответствии с МКБ-10, DSM-5 (подавленное настроение, ангедония и уменьшение энергии) – “CORE Interview” (Основной опросник). Мы считаем, что повышенный акцент на феноменологии основных элементов улучшит валидность диагноза депрессии и поможет идентифицировать клинически значимые подтипы. Более конкретный диагноз поможет врачам определить пациентов, которым подойдет определенный тип лечения антидепрессантами и облегчит поиск генов и биомаркеров расстройств

Lars Vedel Kessing, Jens Drachmann Bukh

Psychiatric Center Copenhagen, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Перевод: Д. С. Филиппов (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. С.С. Потанин (Москва)

(*World Psychiatry* 2017;16(3):318-319)

Библиография

- 1 Thase ME. *J Clin Psychiatry* 2013;74(Suppl. 2):3-8.
- 2 Faurholt-Jepsen M, Brage S, Vinberg M et al. *J Affect Disord* 2012;141:457-63.
- 3 Kessing LV. *Br J Psychiatry* 2004;184:153-6.
- 4 Bukh JD, Bock C, Vinberg M et al. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011;7:140-7.
- 5 Kessing LV, Andersen PK. *Acta Psychiatr Scand* 2017;135:51-64.
- 6 Dodd S, Berk M, Kellin K et al. *J Affect Disord* 2013;150:344-9.
- 7 Bech P. *World Psychiatry* 2015;14:309-10.
- 8 Rizvi SJ, Pizzagalli DA, Sproule BA et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;65:21-35.
- 9 Bennabi D, Vandel P, Papaxanthis C et al. *Biomed Res Int* 2013;158746.

DOI:10.1002/wps.20461