

Żałoba jako zaburzenie psychiczne

Richard A. Bryant

The British Journal of Psychiatry 2012. 201. 9-10

Nowe wersje klasyfikacji psychiatrycznych DSM-5 i ICD-11 starają się opisać reakcje psychopatologiczne na śmierć bliskiej osoby. Brak wystarczających danych do stworzenia zasad pozwalających na wyraźne odróżnienie zaburzeń depresyjnych od fizjologicznej reakcji żałoby z objawami typu depresyjnego. Są natomiast dowody na to, że celowe jest wyróżnienie przedłużonej reakcji żałoby, niebędącej depresją, a mimo to powodującej znaczne upośledzenie funkcjonowania.

Zarówno klasyfikacja DSM-IV, jak i ICD-10 z góry uznały, że reakcja żałoby nie może być zaburzeniem psychicznym,^{1,2} ponieważ jest normalną odpowiedzią na utratę kogoś bliskiego. Również w przeszłości odrzucano możliwość opatrywania reakcji na śmierć bliskiej osoby jakąkolwiek psychiatryczną etykietą. W klasyfikacji DSM-5, która powinna zostać opublikowana w 2013 roku, nastąpiło istotne przesunięcie traktowania reakcji żałoby – wprowadzono dwie ważne zmiany, będące przyczyną znacznych kontrowersji (patrz www.dsm5.org).

Medykalizacja żałoby?

Autorzy DSM-IV ostrzegali lekarzy przed rozpoznawaniem depresji u osób, które utraciły kogoś bliskiego, uważając, że w takiej sytuacji reakcja na śmierć nie może być uznana za chorobę psychiczną. Zgodnie z zapisem w DSM-IV depresję należy rozpoznawać jedynie wtedy, gdy smutek i przygnębienie trwają przez ponad dwa miesiące od śmierci bliskiej osoby i gdy towarzyszą im inne oznaki depresji, takie jak np. myśli samobójcze lub spowolnienie psychoruchowe. W DSM-5 proponuje się jednak odstępianie od rozpoznawania reakcji żałoby, częściowo ze względu na dowody wskazujące, że depresja po utracie osoby bliskiej jest bardzo podobna do depresji występującej na skutek innych stresorów życiowych.^{3,4} Zwolennicy tej zmiany twierdzą, że nieuznawanie reakcji żałoby za rodzaj depresji mogło być powodem nieotrzymywania właściwej pomocy lekarskiej przez osoby doświadczające takiego stanu.⁵ Przeciwnicy zwracają uwagę, że może dojść do medykalizacji ostrej reakcji żałoby, co może doprowadzić do nie-

potrzebnego rozpoczynania farmakoterapii u osób przeżywających fizjologiczny proces emocjonalny.^{6,7} Zebrane ostatnio dane wskazują, że depresja spowodowana śmiercią bliskiej osoby jest zwykle mniej poważna – a zagrożenie występowania nawrotów choroby jest mniejsze – niż w przypadku innego typu zaburzeń depresyjnych.⁸ Na tej podstawie sugerowano, że stan po utracie osoby bliskiej nie jest porównywalny z innymi postaciami depresji, a co za tym idzie należy zachować ostrożność przed podjęciem decyzji o zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych. Problem podobieństwa zaburzeń występujących w następstwie utraty bliskiej osoby do zaburzeń depresyjnych występujących w wyniku innych stresorów życiowych nie został jak dotąd rozwiązany. Na razie nie ma wystarczających danych empirycznych, aby opierać decyzje diagnostyczne na rozróżnieniu między przemijającym a przewlekłym (powikłanym) stanem depresyjnym. Wobec braku dowodów autorzy obydwu systemów diagnostycznych stanęli przed pytaniem, w jaki sposób sformułować ostrożne wskazówki dla lekarzy, tak aby z jednej strony nie zachęcać do opisywania fizjologicznych ludzkich reakcji jako patologii, a z drugiej zapewnić właściwe leczenie ewidentnych stanów depresyjnych. Warto przy tym zauważyć, że uwaga dotycząca reakcji żałoby nie mówi o tym, iż występowanie takiej reakcji wyklucza rozpoznanie depresji, a jedynie zaleca, aby lekarz zastanowił się czy zwykła reakcja żałoby nie stanowi w określonym przypadku lepszego wyjaśnienia dla obserwowanych objawów depresji.⁶ Pozostaje jednak pytanie: czy dysponujemy wystarczającą liczbą danych, aby nie zwracać lekarzom uwagi, że muszą być ostrożni w przypadku rozpoznawania depresji u osób będących w ostrej fazie reakcji żałoby?

Richard A. Bryant, PhD, School of Psychology, University of New South Wales, NSW 2052, Australia; e-mail: r.bryant@unsw.edu.au

Konflikt interesów: autor jest członkiem grupy roboczej DSM-5 pracującej nad zagadnieniami związanym z PTSD, urazem i dysocjacją oraz grupy roboczej ICD-11 pracującej nad klasyfikacją zaburzeń związanych ze stresem.

Nowe rozpoznanie

Inna duża zmiana w DSM-5 to proponowane rozpoznanie „reakcji adaptacyjnej związanej z utratą bliskiej osoby”. Po raz pierwszy uwzględniono możliwość uznania pewnej postaci żałoby za zaburzenie psychiczne. Postać tę zdefiniowano jako ciężką reakcję żałoby (severe grief reaction) trwającą przez co najmniej 12 miesięcy po śmierci osoby bliskiej lub przyjaciela, podczas których osoba chora doświadcza silnej tęsknoty za zmarłym, bólu emocjonalnego lub też przez większą część dnia jest zaprzątnięta myślami o śmierci. Reakcji tego typu mogą także towarzyszyć trudności w zaakceptowaniu śmierci, złość związana z utratą, poczucie zmniejszenia sensu życia, życiowej pustki i trudności w angażowaniu się w nowe związki lub w zajmowaniu się nowymi formami aktywności.⁹ Przeprowadzone w przeszłości badania wskazują, że tego rodzaju problemy mogą występować u 10-15% osób doświadczających żałoby.^{10,11} Wyniki kilku badań wskazują, że u większości osób objawy ostrego dyskomfortu ustępują w ciągu 6-12 miesięcy od śmierci bliskiej osoby, jeśli natomiast w tym czasie nie ustępują, to można się spodziewać dalszych problemów związanych z przeżywaniem intensywnej żałoby.^{11,12}

Argumenty przeciw

Pomysł wprowadzenia nowego rozpoznania wzbudził silny sprzeciw. Po pierwsze wskazuje się, że żałoba jest odczuciem nieuniknionym, ponieważ śmierć i utrata są nieodłącznymi elementami życia człowieka, a w związku z tym ból emocjonalny odczuwany na skutek utraty bliskiej osoby jest w pełni zrozumiały i nie powinien być traktowany w kategoriach medycznych (medyalizowany). Po drugie w różnych kulturach ludzie różnie radzą sobie z żałobą, nie jest więc możliwe przedstawienie jednej zuniformizowanej propozycji opisu takiej reakcji, którą można by odnieść do różnych kultur. Po trzecie żałoba, w przeciwieństwie do innych reakcji psychologicznych, ma bliskie powiązania z praktykami religijnymi, a psychiatria nie powinna takich związków zakłócać. Po czwarte żałoba jest wystarczająco opisana przez występujące w jej przebiegu lęk i depresję, nie ma więc potrzeby tworzenia nowego konstruktów diagnostycznego.

Sześć argumentów za

Są jednak poważne argumenty przemawiające za wprowadzeniem specjalnej jednostki diagnostycznej w celu opisanie przetrwałej i sprawiającej problemy reakcji żałoby. Po pierwsze badania z wykorzystaniem analizy czynnikowej wskazują, że kluczowe elementy charakterystyczne dla reakcji żałoby (np. tęsknota za zmarłym) są odmienne niż w przypadku lęku i depresji i sprawiają, że jest to wyjątkowy stan psychiczny.¹⁰ Podstawowa różnica między żałobą a depresją polega na występowaniu tęsknoty w przypadku przedłużonej reakcji żałoby; przewlekłe poczucie braku zmarłej osoby i związane

z nim cierpienie nie występują w przypadku depresji będącej skutkiem żałoby. Po drugie coraz więcej dowodów wskazuje na to, że u znacznego odsetka osób doświadczających ciężkiej reakcji żałoby niezminiejszającej się w miarę upływu czasu dochodzi do istotnego upośledzenia funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego oraz do pogorszenia stanu zdrowia somatycznego. Mocne dowody wskazują na to, że osoby spełniające kryteria rozpoznania przewlekłej reakcji żałoby doświadczają także innych problemów natury psychologicznej (np. depresja, nadużywanie substancji), przejawiają niewłaściwe zachowania zdrowotne (np. zwiększenie liczby wypalanych papierosów), doświadczają zaburzeń somatycznych (np. nadciśnienia tętniczego, zwiększonego ryzyka nowotworu, zwiększonej częstości chorób układu krążenia) oraz gorzej funkcjonują.^{10,13} Po trzecie pojęcie żałoby obejmujące przewlekłą tęsknotę dotyczy wielu różnych kultur, także innych niż zachodnia, oraz różnych okresów życia jednostki.^{13,14} Po czwarte przedłużona reakcja żałoby charakteryzuje się odmiennym zestawem czynników predykcyjnych oraz zaburzeń poznawczych.¹¹ Po piąte – choć depresja związana z utratą osoby bliskiej reaguje na leki przeciwdepresyjne, to w przypadku reakcji żałoby nie są one skuteczne.¹⁰ Po szóste w terapii przewlekłej reakcji żałoby metody swoiście nakierowane na leczenie podstawowych objawów zaburzenia są skuteczniejsze niż leczenie depresji.¹⁵

Wymienione dowody wydają się uzasadniać celowość wprowadzenia nowej jednostki diagnostycznej opisującej mniejszość ludzi przeżywających żałobę, u których występuje przedłużona reakcja żałoby powiązana z zaburzeniami funkcjonowania. Twierdzenie, że opisywanie reakcji żałoby jako zaburzenia psychicznego jest niewłaściwe, nie uwzględnia występowania, u znacznej mniejszości osób, które utraciły kogoś bliskiego, zespołu objawów mogących być przyczyną istotnych problemów psychologicznych, medycznych i społecznych i które można leczyć przy użyciu interwencji o udowodnionej skuteczności. Ponieważ do 15% osób, które utraciły kogoś bliskiego, przeżywa ciężką reakcję żałoby, łatwo obliczyć, że rocznie w Stanach Zjednoczonych należy się liczyć z około milionem nowych przypadków tego zaburzenia, jest to więc istotny problem zdrowia publicznego. Wprowadzenie jednostki diagnostycznej mogącej ułatwić identyfikację i leczenie tych osób może stanowić istotne ułatwienie w sprawowaniu opieki na znaczną część osób doświadczających przedłużającej się reakcji żałoby.

Potrzeba uzyskania dowodów

Propozycje nowych rozwiązań w tym zakresie wymagają jeszcze rozważnego namysłu. Poważne argumenty przemawiają za tym, aby reakcji żałoby, która nie trwa zbyt długo, nie traktować jako zaburzenia psychicznego. Obawy przed tym, że mogłoby to prowadzić do stygmatyzacji i niepotrzebnego leczenia wydają się uzasadnione. Ważne jest więc znalezienie odpo-

wiedniego punktu równowagi między identyfikowaniem tych osób z reakcją żałoby, które wymagają leczenia, a nadmiernym przypisywaniem rozpoznania psychiatrycznych reakcjom, które mają jedynie przemijający charakter. Obowiązujące obecnie kryteria ograniczające możliwość rozpoznania depresji u osób, które utraciły kogoś bliskiego, zmierzają właśnie w tym kierunku. Decyzja o rezygnacji z tego ograniczenia mogłaby zaburzyć równowagę i doprowadzić do nadmiernie częstego rozpoznawania ostrej reakcji żałoby. Problem polega na tym, że nie posiadamy danych, które pozwoliłyby na wyznaczenie wyraźnej granicy między przemijającą i przetrwałą depresją będącą następstwem utraty bliskiej osoby. W przypadku swoiście pojmowanej reakcji żałoby [odróżnianej od depresji w następstwie utraty – przyp. tłum.] sytuacja jest inna – są dowody na to, że utrzymywanie się takiej reakcji dłużej niż 12 miesięcy można uznać za patologię, przy czym ryzyko fałszywie dodatniego rozpoznania jest niewielkie, a wykorzystanie tego typu odróżnienia pozwala na zidentyfikowanie grupy osób doświadczających istotnych zaburzeń funkcjonowania, które można objąć skutecznym programem leczenia. Utworzenie nowej jednostki diagnostycznej nie oznacza, że problem żałoby zostanie raz na zawsze rozwiązany (w tym sensie, że osoby, które utraciły kogoś bliskiego, przestaną odczuwać jakikolwiek dyskomfort z tego powodu) ani tego, że jest jakiś jeden wspólny dla wszystkich sposób radzenia sobie z żałobą. Celem tej zmiany w systemie klasyfikacyjnym jest jedynie umożliwienie zidentyfikowania odczuwających przewlekły dyskomfort osób w celu udzielenia im pomocy.

Ważne jest, aby podczas dyskusji nad nowymi propozycjami diagnostycznymi kierować się raczej dowodami niż emocjami. Przyjęcie ideologicznie nacechowanego punktu widzenia, zgodnie z którym w żadnym wypadku nie można określać żałoby jako zaburzenia psychicznego, może spowodować odmowę skutecznego leczenia dla znacznej grupy osób. Potrzebna jest wyważona debata nad dalszym rozwojem tej jednostki diagnostycznej, tak aby wykorzystywane przy jej rozpoznaniu kryteria były zgodne z wciąż gromadzonymi dowodami i aby zachowane

zostało jasne rozróżnienie między przedłużoną a fizjologiczną reakcją żałoby.

From the British Journal of Psychiatry (2012) 201, 9–10. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). APA, 1994.
2. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Tenth Revision). WHO, 1992.
3. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB, Horwitz AV. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 433-40.
4. 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.
5. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A, Gorwood PA, Chouinard G. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 1091-7.
6. First MB. DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24: 1-9.
7. Wakefield JC. Should uncomplicated bereavement-related depression be reclassified as a disorder in the DSM-5? Response to Kenneth S. Kendler's statement defending the proposal to eliminate the bereavement exclusion. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 203-8.
8. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 920-28.
9. American Psychiatric Association. DSM-5 Development: G 04 Adjustment Disorders. APA, 2011 (<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=367>).
10. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009; 6: e1000121.
11. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 103-17.
12. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 616-23.
13. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 637-62.
14. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Payne MW, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 911-9.
15. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2601-8.