

ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

УДК 159.9

Гасилина А.Н.

Московский институт открытого образования

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ, ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ

A. Gasilina

Moscow Institute of Open Education

PECULIARITIES OF COMORBIDITY, ANXIETY AND DEPRESSION

Аннотация. Различные теоретические направления не только подчеркивают взаимосвязь тревожности и депрессии, но и указывают на единство аффективных, когнитивных, физиологических поведенческих компонентов. Фактом, на котором сходится большинство исследований, представляется временная связь между этими нарушениями. Представленные данные, полученные на основе лонгитюдных исследований, подчеркивают предположение, что тревожность предшествует депрессии. Было также обнаружено, что дети с вторичным диагнозом «депрессия» и первичным «тревожность» имели более продолжительные депрессивные эпизоды.

Ключевые слова: тревога, депрессия, коморбидность, «беспомощность-безнадёжность».

Abstract. There are a number of theories not only emphasizing the connection between anxiety and depression, but also indicating the unity of the affective, cognitive, physiological and behavioral components. The fact most researchers seem to agree upon is that these disorders correlate in time. The data obtained in course of longitudinal studies confirm the hypothesis that anxiety precedes depression. It has also been found out that those children who were first diagnosed with 'anxiety' and then with 'depression' suffered longer periods of depressive states.

Key words: anxiety, depression, comorbidity, "helplessness – hopelessness".

Различные теоретические направления не только подчеркивают взаимосвязь тревожности и депрессии, но и указывают на единство аффективных, когнитивных, физиологических и поведенческих компонентов [4, 379-411; 8, 109-146; 14]. Несколько теоретических течений исследовали эту связь с точки зрения аффекта. Так, некоторые исследователи эмоций говорят, что есть небольшое число специфических и дискретных эмоций, которые определяют суть аффективной человеческой экспрессивности. Например, теория Izards определяет 10 основных эмоций. Тревожность и депрессия являются сложными комбинациями этих основных эмоций. Они пересекаются по своему содержанию, но различимы по преобладающей эмоции. В состоянии тревожности преобладает страх, а в состоянии депрессии — печаль [7, 81; 3, 852-857].

Альтернативная теория аффекта, касающаяся связи тревожности и депрессии, построена на идее негативной аффективности. Watson и Clark (1988) определили негативную аффективность как целый комплекс, включающий широкую категорию негативных эмоциональных характеристик. Они разработали 2-мерную модель аффекта с двумя ортогональными

факторами: позитивным и негативным аффектом. Высокопозитивная аффективность характеризуется такими прилагательными, как активный, увлеченный, взволнованный. Негативная аффективность не является отсутствием позитивной, а определяется больше как неприятная реакция активации, описываемая такими прилагательными, как нервный, враждебный, испуганный и бедствующий. Оба эти фактора настроения имеют характерные черты. В соответствии с этой моделью и тревожность, и депрессия характеризуются высокой негативной аффективностью. Однако эти два нарушения различаются тем, что только депрессия характеризуется низкой позитивной аффективностью. Эта теория аффективной структуры представляет собой иерархическую модель, предполагающую, что каждая составляющая настроения высокого порядка состоит из нескольких связанных, но абсолютно разных эмоциональных состояний [19, 346-353]. Авторы представили результаты 4 исследований, подтверждающих их иерархическую модель. Однако, проанализировав литературу, освещающую депрессивные и тревожные нарушения, Watson и Clark сделали вывод, что обоим нарушениям присущ элемент общего аффективного дистресса, но есть факторы, специфичные для каждого из них. В соответствии с этой моделью общим элементом является высокая негативная аффективность, в то время как депрессии свойственна низкая позитивная аффективность, а тревожности — напряжение и гиперактивность.

Большинство исследований позитивной и негативной аффективности были направлены на изучение взрослых, но так как они концептуализированы как характерные черты и составляющие состояний, эта модель может быть применена к анализу связи тревожности и депрессии у детей.

Beck et al. (1985) предложили когнитивную модель анализа тревожных и депрессивных нарушений. Центральным в их теории является система когнитивной избирательной организации и кодирования поступающей из окружающей среды информации. Эта

избирательная обработка может вызвать ряд ошибок при анализе информации. Именно искажение информации, по мнению Clark и Beck (1989), является первичной дисфункцией в состояниях тревожности и депрессии. С их точки зрения, тревожность и депрессию различает специфическое содержание плохо адаптированной системы. При состоянии тревожности искажения когнитивного процесса вызывают мысли об угрозе и опасности, а при депрессии — о потере и неудаче [1; 2].

Альтернативный когнитивно-поведенческий взгляд на связь тревожности и депрессии заключается в идее «беспомощности — безнадежности» [1]. Этот взгляд опирается на теорию безнадежности депрессивного состояния, которая, в свою очередь, основана на известной и переформулированной теории «беспомощности» состояния депрессии.

Эта теория представляет собой модель определенного типа депрессии, названной депрессией беспомощности. Беспомощность рассматривается как серьезная причина депрессии. Она определяется как негативное ожидание сильно желаемого исхода событий, помноженное на чувство беспомощности относительно своих возможностей изменить вероятный ход этих событий.

Таким образом, согласно этой концепции, безнадежность является причиной депрессии и должна предшествовать депрессии. Предположительно, депрессия безнадежности имеет характерные симптомы, включающие аффект печали, апатии, замедленной инициации свободных откликов, суицидальные действия и готовность к ним, рассеянность внимания и нарушения сна. Некоторые из этих симптомов сходны с симптомами DSM-III-R депрессивного эпизода (аффект печали, психомоторные задержки, проблема концентрации внимания, мысли о самоубийстве). Однако некоторые из симптомов, обозначенных в DSM-III-R, не являются типичными для депрессии безнадежности — это нарушения аппетита и чувство своей несостоятельности [1].

В соответствии с теорией депрессии без-

надежности безнадежность есть нечто среднее между отрицательно воспринимаемыми жизненными событиями и тем, что им приписывается. Приписывание и восприятие отрицательных неконтролируемых событий увеличивает вероятность переживания безнадежности. Теория беспомощности и безнадежности может также служить основанием для выделения некоторых синдромов тревожности. Тревожность может быть охарактеризована беспомощностью, но отличается от депрессии меньшей уверенностью в своей беспомощности. Человек, ощущающий беспомощность и сталкивающийся с негативными событиями, но не думающий о своей полной беспомощности, скорее страдает от тревожности. Синдром подобной тревожности характеризуется тревожной активацией поведения, которая усиливает внимание к контролю соответствующих ключевых (значимых) раздражителей.

В противовес этому индивид, думающий о себе как о беспомощном, но не уверенный в том, что неблагоприятные события произойдут, испытывает смешанный тревожно-депрессивный синдром [1].

Все эти теоретические подходы к изучению связи тревожности и депрессии пытаются определить их общие элементы и отличительные признаки.

Большинство исследователей сходятся на том, что, с одной стороны, тревожность и депрессия имеют много общих черт, но, с другой стороны, могут быть разведены, учитывая ощущение безнадежности — беспомощности как причинную и временную связь между тревожностью и депрессией [9].

Подход к изучению связи тревожности и депрессии у детей основан на данных о наследственной предрасположенности к психологическим нарушениям. Есть исследования, посвященные этой проблеме, а также изучению наследственных факторов нарушений у близнецов [6, 171-186].

Torgerson (1990) представил данные о взаимосвязи тревожности и депрессии у близнецов. Он исследовал пожизненную коморбидность нарушений, вызванных тревожностью

и депрессией, и обнаружил связь между смешанной тревожностью и депрессией и просто депрессией. Не было обнаружено связи между, во-первых, просто депрессией, во-вторых, смешанной тревожностью и депрессией и, в-третьих, просто тревожностью. Эти данные установлены только в отношении монозиготных близнецов, что предполагает наличие генетической предрасположенности.

В противоположность этому Kendler et al. (1992) в своих исследованиях близнецов выявили, что те же генетические факторы оказали влияние главным образом на депрессию и синдром общей тревожности. Отличия, выявленные в ходе двух исследований, могут быть результатом того, что изучались различные типы нарушений, вызванных тревожностью. Torgersen подчеркивал, что если бы он анализировал полученные данные в рамках нарушений, вызванных паникой и связанных с нею, то взаимосвязь между смешанной тревожностью и депрессией и просто депрессией была бы более явной. Если рассматривать тревожность и депрессию как отдельные виды нарушений, то следует ожидать проявления различных форм наследственной предрасположенности. Однако, если эти два нарушения оказываются частью единого, более глубинного явления, то наследственная предрасположенность не может быть четко установлена и различима.

Puig-Antich et al. (1986) изучали наследственную предрасположенность к депрессии (до момента полового созревания). Они сравнивали наследственную предрасположенность к психиатрическим нарушениям у детей с основным диагнозом депрессии, детей с эмоциональными нарушениями, не носящими депрессивного характера, и детей с нормальным развитием. Исследования показали, что в семьях, в которых есть дети с депрессивными нарушениями, наблюдается большее количество депрессивных заболеваний и более высокий уровень алкоголизма по сравнению с гармоничными семьями. Семьи детей с эмоциональными нарушениями, не носящими депрессивного характера, не сильно отличались по степени депрессивных

нарушений от семей детей с основным диагнозом депрессии и семей гармоничных. Не совсем понятно, почему возрастает степень алкоголизма в депрессивных семьях, но одно из объяснений предполагает, что алкоголизм и депрессия являются альтернативными проявлениями одной и той же скрытой патологии. Другое объяснение заключается в том, что наличие алкоголизма в семье влияет на детей таким образом, что они вероятнее всего впадут в состояние депрессии. Значительным недостатком этого исследования явился тот факт, что не были четко обозначены специфические нарушения у детей с эмоциональными нарушениями, не носящими депрессивного характера.

Livingston et al. (1985) изучали наследственность у 12 тревожных детей и у 11 с состоянием депрессии, находящихся в клинике. Они выявили мало различий в семейной наследственности у этих двух групп. Одно обнаруженное ими отличие касалось преобладающей степени алкоголизма у дальних родственников депрессивных детей. Не совсем ясно, в чем важность этих данных, особенно учитывая, что исследование проведено на маленькой выборке, а сами дети с подобными нарушениями не нуждаются в госпитализации.

Два исследования были направлены на изучение патологии у детей, рожденных в семьях с психологическими нарушениями. Weissman et al. (1985) сравнили преобладание психологических нарушений у детей, чьи родители имели диагноз депрессии, диагноз депрессии и нарушений, вызванных тревожностью, и родителей, не имевших нарушений. Показатели нарушений по классификации DSM-III-R были самыми высокими у детей, имеющих родителей с диагнозом «депрессия и нарушения, вызванные тревожностью». Дети родителей с диагнозом только депрессии не обнаружили никаких нарушений, вызванных тревожностью. Риск возникновения нарушений по классификации DSM-III-R был дополнен двумя характеристиками их родителей: количеством депрессивных эпизодов в их жизни и количеством ближайших

родственников с диагнозом «депрессия» или «нарушение, вызванное тревогой».

Turner, Beidel, Costello (1987) обследовали 16 детей-пациентов с нарушениями, вызванными тревогой, и сравнили их с детьми с нарушениями настроения и детьми родителей без нарушений. Они выявили преобладание нарушений по классификации DSM-III-R у детей родителей с нарушениями, вызванными тревогой, по сравнению с детьми нормальных родителей и выборкой детей с нарушениями настроения.

Исследования наследственности могут внести вклад в наше понимание отличительных и пересекающихся характеристик депрессии и тревожности у детей и подростков. Однако до сих пор остается без ответа один важный вопрос: наследственность или семейное окружение влияет на возникновение специфического нарушения, или этому способствует личностная предрасположенность к негативной аффективности?

Фактом, на котором сходится большинство исследований, представляется временная связь между этими нарушениями. Kovacs et al. (1989) представил данные, полученные на основе лонгитюдных исследований, подтвердивших предположение, что тревожность предшествует депрессии у детей с обоими нарушениями. Было также обнаружено, что дети с вторичным диагнозом «депрессия» и первичным «тревожностью» имели более продолжительные депрессивные эпизоды, чем дети с первичным диагнозом «депрессия» и вторичным «тревожностью».

Выше были рассмотрены детские нарушения, вызванные тревогой, как они классифицированы DSM-III-R, относительно их обоснованности и клинической достоверности как различных категорий в классификационной системе.

К настоящему времени есть данные, что нарушения, вызванные поведением избегания, неразличимы с социофобией, и поэтому эта категория была исключена из классификации DSM-IV. Хотя эмпирические данные и выступают в поддержку обоснованности диагноза нарушений, вызванных страхом разлу-

ки, и в некоторой степени – нарушений, вызванных чрезмерной тревожностью, степень коморбидности среди детских нарушений, вызванных тревожностью, показывает, что определение этих нарушений как отдельной категории может быть ошибочным.

В последней классификации детской тревожности выдвинуто предположение об эквивалентности детских нарушений взрослым. Таким образом, агрофобия у взрослых эквивалентна нарушениям, вызванным страхом разлуки, а синдром общей тревожности коррелирует с нарушениями, вызванными чрезмерной тревожностью. DSM-IV решает вопрос о взаимосвязи между проявлениями нарушений у взрослых и детей более радикальным способом — путем устранения отдельных категорий.

Как отмечают Kendall and Watson (1990), назрела необходимость в продолжительных и лонгитюдных исследованиях для определения связи между детскими и взрослыми нарушениями, вызванными тревожностью.

Используемая классификационная схема детской тревожности может быть подвергнута сомнениям на основе эмпирических исследований тревожности и депрессии, показывающих, что существует очевидная связь между тревожностью и депрессией. Однако полученные данные не говорят о том, что два эти нарушения неразличимы на стадии синдрома. Принимая во внимание, что некоторые исследования могут определить детей с первичным диагнозом тревожности, детей с первичным диагнозом депрессии и детей, отвечающих критериям обоих нарушений, то задачей будущих исследований, как подчеркивают Kendall and Watson (1990), является определение различий между вышеуказанными нарушениями и их соответствующими клиническими проявлениями.

В исследованиях для получения необходимой информации могут быть использованы различные теоретические подходы (теория эмоций Izard; когнитивная и 2-мерная модель аффекта Clark и Watson). Большинство рассмотренных здесь теорий могут только косвенно поддержать или опровергнуть

различные подходы. Например, идея «беспомощности — безнадежности» выдвигает несколько прогнозов относительно коморбидности, включая положение о временной связи между нарушениями. Получены также предположительные доказательства, что тревожность часто предшествует депрессии.

Большой проблемой, подлежащей изучению, представляется реакция на терапию. Если депрессия и тревожность являются частью синдрома общей негативной аффективности, то должен ли подход к терапии быть одинаков или требуются совершенно различные способы вмешательства [11, 833-835]. Как реагируют дети с тревожностью и дети с депрессией на одинаковый терапевтический подход?

Поэтому сравнительные теоретические исследования стратегий терапий и повышенное внимание к имеющим отличительные признаки результатам терапии могут прояснить связь между детскими нарушениями, вызванными тревожностью, и между тревожностью и депрессивностью.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Alloy L., Kelly K., Mineka S. Comorbidity of anxiety and depression disorders. Washington, 1990.
2. Beck A., Emery G. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. N-Y., Basic Books, 1985.
3. Blumberg S., Izard C. Discriminating patterns of emotions in 10- and 11-year-old children's anxiety and depression. J. Personality and Social Psychology, 1986. Vol. 51.
4. Clark D., Beck A. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. San Diego, 1989.
5. Clark L. The anxiety and depressive disorders; Distinctive and overlapping features. San Diego, 1989.
6. Crowe R. The genetics of panic disorder. – J. Psychiatric Developments, 1985. Vol. 2.
7. Izard C. Affects and behavior: anxiety as a negative affect. In Anxiety and Behavior // Ed. Ch. Spielberger. New York – London: Acad. Press, 1966.
8. Kendall P., Cantwell D., Kazdin A. Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. J. Cognitive Therapy and Research, 1989. Vol.13.
9. Kendall P., Watson D. Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features. N-Y, 1990.
10. Kendler K., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L.

- Major depression and generalized anxiety disorders: Some genes, (partly) different environment? J. Archives of General Psychiatry, 1992. Vol. 49.
11. Kendall P. Introduction to special section. Comorbidity and treatment implication. J. Consulting and Clinical Psychology, 1992. Vol. 60.
 12. Kovac M., Gatsonis C., Paulauskas S. Depressive disorders in childhood. J. Archives of General Psychiatry, 1989. Vol. 46.
 13. Livingston R., Nugent H., Rader L. Family histories of depressed and severely anxious children. American J. Psychiatry, 1985. Vol. 142.
 14. Maser J., Cloninger C. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
 15. Puig-Antich J., Rabinovich H. Relationship between affective and anxiety disorders in childhood. N-Y, 1986.
 16. Torgerson S., Comorbidity of major depression and anxiety disorders in twin pairs. American J. Psychiatry, 1990. Vol. 147.
 17. Turner S., Beidel D., Costello A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorder patients. – J. Consulting and Clinical Psychology in the offspring of anxiety disorder patients. J. Consulting and Clinical Psychology, 1987. Vol. 55.
 18. Watson D., Clark L. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders // J. Abnorm. Psychol., 1988. Vol. 97.
 19. Weismann M., Leckman J., Prusoff B. Depression and anxiety disorders in parents and children. J. Archives of General Psychiatry, 1985. Vol. 41.