

DSM-5: Классификация и изменения критериев

Darrel A. Regier¹, Emily A. Kuhl¹, David J. Kupfer²

¹American Psychiatric Association, Division of Research, Arlington, VA, USA;

²Department of Psychiatry, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA

Перевод: Павличенко А.В.

Редактура: Буховец И.И.

Пятое издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) знаменует собой первый значительный пересмотр данного документа с 1994 года, когда появилось DSM-IV. Изменения в DSM были, в первую очередь, обусловлены достижениями в области нейронаук, клиническими и общественными запросами и обозначили проблемы, связанные с системой классификации и критериями, вошедшими в обращение со времени выхода DSM-IV. Многие решения также диктовались желанием обеспечить лучшую согласованность с международной классификацией болезней и ее предстоящим 11 пересмотром (МКБ-11). В данной статье мы остановимся на некоторых изменениях, особенно тех, которые имеют большое клиническое значение и тех, которые демонстрируют усилия по улучшению международной совместимости классификаций, включая интеграцию культуральных аспектов с диагностическими критериями и изменения, которые способствуют гармонизации взаимоотношений между DSM и МКБ. Предполагается, что тенденция к сотрудничеству между Американской психиатрической ассоциацией (АПА) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) продолжится, т.к. DSM-5 будет пересматриваться и в дальнейшем, делая область психиатрии еще ближе к построению единой, целостной нозологии.

Ключевые слова: DSM-5, МКБ-11, диагноз, классификация

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) определяет общий язык, с помощью которого клиницисты, исследователи и чиновники системы здравоохранения в США говорят о психических расстройствах. Последнее издание DSM, его пятый пересмотр (DSM-5) (1), опубликованное в мае 2013 года, является первой большой ревизией диагностических критериев и классификации с 1994 года, когда вышло в свет DSM-IV (2).

Исторически сложилось так, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила собственную систему классификации психических расстройств, которая, в основном, использовалась с целью страховых выплат и сбора национальных и международных статистических данных. Однако после 1982 года, когда в Копенгагене состоялась международная конференция по классификации психических расстройств, во всем мире появилось осознание того, что МКБ должно предложить более четкие диагностические критерии психических расстройств по аналогии с теми, которые возникли в DSM-III в 1980 г. В дальнейшем в течение десяти лет продолжались консультации между Американской психиатрической ассоциацией (АПА), которая работала над DSM-IV, и ВОЗ, которая разрабатывала МКБ-10. Облегчило эту работу совместное соглашение между Национальным институтом психического здоровья США и ВОЗ (5).

Хотя официальная версия МКБ-10 содержит только краткое описание каждого расстройства, отдел ВОЗ по вопросам психического здоровья достиг соглашения с АПА по поводу публикации диагностических исследовательских критериев, подобных тем, которые содержатся в DSM-IV, а также клинических примеров и диагностических рекомендаций как части главы МКБ-10 по психическим и поведенческим расстройствам. Эти схожие, но независимые исследовательские критерии способствовали значительному международному сближению между клинической практикой и исследованиями в области психиатрии. В то же время, небольшие различия между ними явились причиной некоторых различий в отношении уровня распространенности и соотношений психических расстройств (9,10). С учетом этого опыта, при работе над DSM-5 и МКБ-11 была возможность не только улучшить это сотрудничество в плане диагностической значимости и валидно-

сти, но и повысить их совместимость с клиническими рекомендациями МКБ-11 и психиатрическим сообществом в целом.

Развитие DSM-5

Конкретные детали научной работы над DSM-5, а также обзор и процедура ее одобрения были описаны в другом месте (1,11-14). Если говорить кратко, то при создании DSM-5 учитывали те недостатки, которые были в DSM-IV. Кроме того, в нее старались интегрировать результаты последних научных и клинических достижений в области психиатрии. В качестве приоритетной рассматривалась задача по обеспечению больных наилучшей системой помощи. Важно также было сделать классификацию более пригодной для использования клиницистами и исследователями. В работе над ней приняло участие более 400 экспертов из 13 стран, представляющих различные специальности (психиатрия, психология, неврология, педиатрия, первичная медицинская помощь, эпидемиология, методология научных исследований и статистика). В сотрудничестве с отделом ВОЗ по вопросам психического здоровья и наркологии, и в соответствии с пятилетним соглашением между Национальным институтом здоровья и Американским психиатрическим научно-образовательным институтом, который является частью АПА, было проведено 13 международных научных конференций (2003-2008). В результате этого были опубликованы монографии, которые акцентировали внимание на пробелах, существующих в классификации и диагностических критериях, отталкиваясь от которых члены проблемной комиссии (Task Force) и рабочих групп стали выдвигать предложения по улучшению DSM-5.

Одна из таких монографий, написанная совместно экспертами АПА и ВОЗ, была специально посвящена вопросам психиатрического диагноза и классификации в США и в других странах (16). Кроме того, почти все другие монографии включали подробные сведения об оценке культуральных факторов и нозологии, включая влияние культуральных факторов на проявления тревоги и депрессии (17), классификацию психотических расстройств в западных и других странах (18), социо-культуральные факторы в контексте соматических расстройств (19). Дополнительно в рамках

совместного сотрудничества конкретными рабочими группами, ответственными за отдельные нозологии, были созданы соответствующие монографии (20-25).

Привлечение экспертов к работе в проблемной комиссии и отдельных группах, в частности, определялось диапазоном необходимых знаний, а также разнообразием обсуждаемой тематики. Почти каждая рабочая группа DSM-5 имела как минимум одного международного эксперта. Для того чтобы сведения о культуральных аспектах психических расстройств содержались уже в первых версиях руководства, исследовательской группе DSM-5 по гендерным и культуральным вопросам было поручено, основываясь на обзоре литературы и анализе публикаций, разработать рекомендации для отдельных рабочих групп, которые могли бы в дальнейшем служить обоснованием для предлагаемых изменений. Данные рекомендации включали обсуждение возможного влияния расовых, этнических и гендерных факторов на диагностические критерии; новые сведения о гендерных или культуральных различиях, таких, например, как разница в распространенности и психопатологии; описание имеющихся в литературе пробелов, указывающих на необходимость проведения полевых исследований или анализе дополнительной литературы. В качестве международного консультанта проблемной комиссии DSM-5 был приглашен бывший руководитель отдела ВОЗ по вопросам психического здоровья Norman Sartorius, который также был одним из разработчиков МКБ-10 и обладает уникальными знаниями в вопросах психиатрической диагностики.

Хотя в ходе исследований по транскультуральной психиатрии была установлена важность учета культурного и социального контекста при изучении клинических проявлений, ответа на терапию и того, как разные люди обращаются за психиатрической помощью, ведущие эксперты DSM признали, что обсуждение этих вопросов может также улучшить помощь больным и привлечет научное внимание. Так как в последнее время связь социального окружения с эпигенетическими механизмами, наследственностью, риском возникновения расстройств и протективными (resiliency) факторами становится все более очевидной, то в тексте DSM-5 поддерживается интерес к этим вопросам. В результате эксперты решили, что при кратком обзоре главы DSM, сопровождающем каждый набор диагностических критериев, культуральные, возрастные и гендерные аспекты будут упоминаться в тех случаях, когда будут получены данные об их влиянии на психопатологию, риск, течение, распространенность и другие аспекты диагноза. Эти вопросы упоминаются при описании подавляющего большинства диагностических категорий, хотя и не всех. В этом отношении следует отметить значительный шаг вперед DSM-5 по сравнению с DSM-IV, которая, в свою очередь, более точно, чем DSM-III, описывает культуральный контекст, хотя рассматривает культуральные, гендерные и возрастные аспекты преимущественно эпизодически, часто без конкретизации, и также не отводит им отдельных описаний. Особенности проявления симптомов в разных культурах также рассматриваются при описании критериев отдельных расстройств. Например, критерий В для социального тревожного расстройства (критерий А в DSM-IV) был расширен, и включает не только страх опозориться или страх самоуничтожения, но и тревогу по поводу оскорбления другими – намек на культурально обусловленный синдром *taijin kyofusho* и признание того факта, что симптомы могут чаще встречаться у лиц иных, не западных, культур (в частности, в Японии и Корее).

Классификация DSM-5

Несмотря на то, что DSM является американской классификацией диагностики психических расстройств, всеобщий интерес пользователей официаль-

ных статистических кодов МКБ к американскому руководству сохраняется с 1980 года, когда было опубликовано DSM-III. Классификация DSM-5 базируется на четких критериях, образующих «номенклатуру» психических расстройств вместе с обширным пояснительным текстом, который впервые полностью соотносится с электронной версией этой DSM. С другой стороны, МКБ-10 содержит ограниченный перечень исследовательских критериев, и ВОЗ в настоящее время предлагает использовать в МКБ-11 более подробные клинические описания и рекомендации, хотя и без упоминания отдельных исследовательских критериев. Вплоть до последнего времени целью совместных усилий АПА и ВОЗ являлось развитие общей исследовательской базы для ревизии как DSM-5, так и МКБ-11, чему способствовала поддержка Национального института здоровья США, организовавшего проведение различных конференций и серии «встреч, направленных на поиск гармонизации». Создатели DSM-5 стремились сохранить и, по возможности, усилить согласованность обеих классификаций в плане методологии, что является непростой задачей, так как выход каждой из них намечен на разное время (публикация МКБ-11 планируется в 2015 году). Однако уже на начальных этапах работы была создана координационная группа по гармонизации DSM-МКБ под руководством Steven Hyman, председателя группы консультантов ВОЗ по ревизии главы психических и поведенческих расстройств МКБ-10 и члена проблемной комиссии DSM-5. Данная группа собиралась в режиме телеконференций и нескольких личных встреч и имела своей целью упрощение обмена информацией о процессе работы над каждой главой и уменьшение расхождения между ними. Следует отметить, что некоторые председатели или члены рабочих групп по пересмотру МКБ также являлись членами рабочих групп DSM-5.

Уже на начальном этапе стало ясно, что одной из основных задач является развитие совместного проекта по созданию «метаструктуры» или организационной системы, внутри которой расстройства группируются в схожие кластеры на основе общей патофизиологии, генетики, риска развития болезни и других данных, полученных из исследований по нейронаукам и клиническим дисциплинам. Дескриптивный и феноменологический подход к классификации, который был реализован в DSM-IV, устарел. Кроме того, с учетом результатов исследований, выполненных за последние двадцать лет, он представляется неточным. Более того, организационная структура МКБ-10 была открыта для преобразований, и ожидалось, что новая система нумерации болезней в МКБ-11 может быть адаптирована к значительному увеличению числа кодов, доступных для всех медицинских заболеваний.

В результате инициатива DSM-5 по разработке более подходящего фундамента для организации классификации психических расстройств была быстро преобразована в совместный проект проблемной комиссии DSM-5 и комиссии экспертов по ревизии МКБ-10 (развитие МКБ-11). На основе расширенного набора «валидных критериев», первоначально предложенного еще в 1970 г. Robins и Guze, была подготовлена серия обзоров и аналитических статей, которая была опубликована в международном психиатрическом журнале (27-34). Достаточно быстро стало понятно, что использование подобных «валидаторов» («признаков») более уместно при описании групп расстройств или спектров, чем для обозначения индивидуальных категориальных диагнозов. Поэтому было решено использовать новый принцип организации DSM-5 и МКБ-11, который отражен в таблице 1. Линейная структура этой системы должна лучше показать степень связи между группами расстройств, в то время как внутренняя структура поможет лучше описать возрастные аспекты психических расстройств.

Таблица 1. Диагностические главы DSM-5
Расстройства психического развития
Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния
Биполярные и связанные с ним расстройства
Депрессивные расстройства
Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства
Связанные с психическими травмами и стрессами расстройства
Диссоциативные расстройства
Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния
Расстройства питания и приема пищи (feeding and eating disorders)
Расстройства выделения (экскреции)
Расстройства режима «сон-бодрствование»
Сексуальные расстройства
Гендерная дисфория
Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства (disruptive, impulse-control, and conduct disorders)
Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ и аддиктивные состояния
Нейрокогнитивные расстройства
Личностные расстройства
Парафилии
Другие психические расстройства

Так как большинство исследований в области генетики и психиатрии, выполненные за последние 20 лет, указывают на общую генетическую предрасположенность к возникновению психотических и аффективных, в частности биполярных, расстройств, то позиция DSM-IV рассматривать их как отдельные состояния не получает подтверждения (35). Поэтому в DSM-5 вслед за главой, посвященной шизофрении и другим психотическим расстройствам, следуют биполярные и связанные с ними состояния (которые сейчас отделены от униполярных расстройств настроения), и лишь затем идет глава по депрессивным состояниям. Это также согласуется с последними достижениями в области изучения генома психических расстройств (36), которые выявили общий полиморфизм генов между болезнями психического развития (расстройство аутистического спектра, РАС, синдром дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ), шизофренией, биполярным расстройством и большим депрессивным расстройством. Стоит заметить, что эти состояния составляют четыре первые главы DSM-5.

Аналогичная картина – группирование расстройств в большей степени на основе достижений нейронаук, чем на психопатологии – также имеет место внутри диагностических категорий. Как отмечалось выше, РАС и СДВГ в настоящее время помещаются в группу «расстройства психического развития» вместе другими состояниями, распределенными по всей DSM-5, которые в предыдущей номенклатуре помещались в главу «расстройства, впервые диагностируемые в младенчестве, детстве и подростковом возрасте». В главе «обсессивно-компульсивные и связанные с ними состояния» также присутствуют дисморфофобическое расстройство (в DSM-IV классифицируемое среди соматоформных заболеваний) и трихотилломания (выдергивание волос), которую в DSM-IV относили к «импульсивным расстройствам БДУ». В отношении трихотилломании, сходной по симптоматике, коморбидности и наследственной отягощенности с обсессивно-компульсивным расстройством и другими состояниями, связанными с телесными симптомами и повторными действиями (например, эксkoriации – самоповреждения

кожи), было выдвинуто предположение, что она более близка к обсессивно-компульсивным и родственным им расстройствам, чем к соседствующим с ней в DSM-IV таким расстройствам как патологический гэмблинг, периодическое влечение к совершению взрывов, клептомания, пиромания (37). Подобно психическим расстройствам детского возраста, тревожные расстройства в DSM-IV также встречаются в различных главах этого руководства: базирующиеся на страхе тревожные расстройства (например, фобии); тревожные расстройства, связанные с обсессиями и компульсиями (обсессивно-компульсивное расстройство); состояния, возникающие после травмы и чрезмерного стресса (посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР); расстройства, характеризующиеся диссоциацией (например, диссоциативная амнезия).

Помимо этого, структура DSM-5 предполагает выделение более широких кластеров расстройств среди групп диагностических категорий на основе сходных преморбидных характерологических особенностей и/или объединения состояний, которые при ближайшем рассмотрении оказываются очень схожи друг с другом, включая расстройства психического развития, шизофрению и другие психотические расстройства. Как показано в серии публикаций, посвященной «метаструктуре» классификации, биполярные расстройства занимают промежуточную позицию между шизофренией и психотическими расстройствами, с одной стороны, и эмоциональными состояниями и расстройствами интернализации (internalizing disorders), демонстрирующими высокий уровень растормаживания (disinhibition), психотицизма и негативной аффективности, с другой (31). Расстройства интернализации с высоким уровнем негативной аффективности включают депрессивные состояния, тревожные, обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства, состояния, связанные с психическими травмами и стрессами, а также диссоциативные расстройства. Соматические заболевания также часто сосуществуют с эмоциональными нарушениями или расстройствами интернализации, которые включают психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния, расстройства питания и приема пищи, расстройства режима «сон-бодрствование» и сексуальные расстройства. Расстройства экстернализации (externalizing disorders) включают агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства, а также расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ, и аддиктивные состояния (38).

Интеграция дименсий

В DSM-IV говорится о «больших сомнениях в отношении того, что любая категория психических расстройств представляет собой полностью самостоятельную единицу с четкими границами, которые отделяет ее от другого психического расстройства» (2, стр. xxxi), однако использование строгих категориальных границ все же создает впечатление о психических заболеваниях как об отдельных, дискретных феноменах. Следует отметить, что в разных медицинских дисциплинах состояния часто рассматриваются как континуум между «нормой» и патологией и не определяются с помощью строгой границы, которая отделяет болезнь от ее отсутствия, например, уровень холестерина крови и гликозилированного гемоглобина. Развивая структуру, которая близко соотносится с этим подходом, DSM-5, наряду с категориями, включает дименсиональные аспекты диагноза. В конечном счете, диагноз все еще сильно зависит от решения «да» или «нет», но использовании спецификаторов, подтипов, шкал тяжести и поперечной (“cross-cutting”) оценки симптомов поможет врачам лучше определять степень выраженности болезни, что невозможно при строгом категориальном подходе.

В качестве примера можно привести новый спецификатор «с тревожным дистрессом», применяемый для оценки депрессивных состояний, биполярных расстройств и родственными им состояний включает симптомы, которые непосредственно не являются критериями диагностики большинства расстройств настроения (напр., сложность концентрации на чем-либо из-за волнения), но, тем не менее, дают возможность описать конкретный вариант расстройства, который обуславливает возникшие нарушения и/или дистресс и служит основанием для терапевтических вмешательств. Этот спецификатор дает клинически полезную информацию для планирования лечения и изучения исходов, которые в DSM-IV, скорее всего, оказались бы в остаточной рубрике «без дальнейшего уточнения», а также может помочь как практическим врачам, так и ученым лучше осознать важность оценки тревоги в присутствии эмоциональных симптомов. Включение в DSM-5 спецификаторов тяжести помогает оценить клиническую картину и предоставляет информацию для выработки наилучшей стратегии терапии, так как лечение конкретных нетяжелых расстройств должно отличаться от схемы лечения состояний средней и тяжелой степени тяжести (39).

Некоторые расстройства DSM-IV в DSM-5 были объединены в спектры. Наиболее яркие примеры – расстройства аутистического спектра, включающие симптомы, которые в DSM-IV рассматривались в рубриках аутистического расстройства, синдрома Аспергера, расстройства психической дезинтеграции в детстве (child disintegrative disorder) и общего расстройства психического развития БДУ. Это предложение о пересмотре получило поддержку экспертов, так как не удалось собрать надежных данных, доказывающих необходимость дальнейшего разделения данных расстройств (40). Хотя в DSM-5 все проявления этих состояний отнесены в одну рубрику, спецификаторы позволяют определить варианты РАС, включая наличие или отсутствие интеллектуального снижения, структурные нарушения речи, сопутствующие соматические заболевания или утрату приобретенных навыков. Ребенка, у которого ранее в соответствии с критериями DSM-IV определяли синдром Аспергера, при использовании DSM-5 следует диагностировать как пациента с РАС и использовать дополнительные уточнения «без интеллектуального снижения» и «без структурных изменений речи».

Наконец, использование в DSM-5 измерений будет способствовать проведению научных исследований и совершенствованию клинической практики. Кроме того, подобная измерительная оценка может быть применима поперек (across) расстройств путем использования поперечной (феноменологической) количественной оценки. Эти измерительные критерии, основанные на информации, полученной от пациента и заполняемые клиницистом, должны подтолкнуть врачей оценивать группы (домены) симптомов, относящиеся к большинству, а может, и ко всем психическим расстройствам. К ним, в частности, относятся настроение, тревога, сон, когнитивное функционирование. В том случае, если конкретный домен определен, на втором уровне предполагается его более глубокая оценка. Если диагностические критерии расстройства достигнуты, то третий уровень оценки поможет установить степень тяжести. Например, первый уровень феноменологической оценки расстройств у данного пациента говорит о наличии депрессивного настроения. При этом врач заполняет короткий бланк, оценивающий эмоциональный дистресс и депрессию, и этот бланк, в свою очередь, является частью Информационной системы для измерения исходов болезни на основе отчетов пациентов (PROMIS). Балльная оценка позволяет предположить возможное наличие большого депрессивного расстройства, а после проведения кли-

нического интервью, которое оценивает диагностические критерии, можно поставить диагноз депрессии. Для оценки начальной степени тяжести расстройства можно использовать Опросник здоровья пациентов, состоящий из 9 пунктов, который в дальнейшем можно применять через регулярные интервалы времени и клинически оценивать динамику и уровень лечебного ответа. Если в печатной версии DSM-5 содержится лишь первый уровень феноменологической оценки, то в электронной версии руководства, доступной для скачивания и клинического использования без дополнительной оплаты, присутствуют все три уровня измерительной оценки.

Ревизия диагностических критериев

В целом, значительных изменений в диагностические критерии большинства расстройств внесено не было. Краткое описание основных отличий DSM-5 от DSM-IV можно найти в приложении к руководству или более подробно на соответствующем сайте (www.psychiatry.org/dsm5). Ниже следует краткое изложение некоторых изменений.

Объединение и разделение расстройств DSM-IV

Ревизия ряда расстройств состояла в том, что критерии многих диагностических категорий объединили в одну, если отсутствовали убедительные данные в пользу их дальнейшего разделения. Наиболее яркий тому пример – РАС. Как уже отмечалось, введение поведенческих спецификаторов указывает на варианты РАС, отнесенные к одной категории, в то время как в DSM-IV они относятся к разным расстройствам. Психическое расстройство с преобладанием соматических симптомов (somatic symptom disorder) в значительной степени совпадает с описанием соматизированного расстройства, ипохондрии, болевого расстройства и недифференцированного соматоформного расстройства. Кроме того, многие пациенты, которым раньше ставили диагноз «ипохондрия», сейчас могут быть отнесены в рубрику «тревожное расстройство, связанное с заболеванием» («illness anxiety disorder»), которая впервые появилась в DSM-5. Расстройство, связанное с употреблением ПАВ (substance use disorder), является комбинацией двух категорий DSM-IV (злоупотребление (abuse) и зависимость от ПАВ), последняя из которых была признана неадекватной из-за неправильного употребления термина «зависимость» («dependence»), который используется для описания нормального физиологического состояния отмены при употреблении определенных веществ и препаратов. Кроме того, добавление в данную рубрику шкалы тяжести позволит диагностировать легкое (mild) расстройство, связанное с употреблением ПАВ, которое будет кодироваться отдельно (как это было с кодом МКБ для квалификации злоупотребления в классификации DSM-IV) от состояния средней или глубокой степени выраженности (обозначаемого кодами МКБ, ранее использовавшимися для квалификации состояния зависимости от ПАВ).

С другой стороны, в некоторых случаях расстройство, которое в DSM-IV являлось отдельной категорией, в DSM-5 было разделено на независимые рубрики. Так, категория DSM-IV «реактивное расстройство привязанности» включала два подтипа «эмоционально замкнутый/скованный» и «чрезмерно активный/расторможенный». Несмотря на общую этиологию (отсутствие постоянной эмоциональной поддержки со стороны ближайшего окружения) подтип реактивной привязанности (реактивное расстройство привязанности) представляет собой манифестацию незавершенной и непрочной социальной привязанности, которая больше относится к расстройствам интернализации, как и депрессивное расстройство. В то же время доказано, что при подтипе социальной расторможенности (расстройство патологического вовлечения в социальные контакты, «disinhibited social engagement disorder») у

детей не обнаруживается признаков прочной социальной привязанности и само состояние больше напоминает расстройство экстернализации, включая СДВГ. Два подтипа демонстрируют различия в плане динамики и ответа на терапию, и поэтому каждому из них в DSM-5 был присвоен статус отдельного расстройства. Подобно этому, выделенные в DSM-IV подтипы расстройств сна, связанные с нарушением дыхания, рассматриваются в DSM-5 как отдельные расстройства (т.е., синдром обструктивного апноэ и гипопноэ во сне, центральное апноэ, связанная со сном гиповентиляция), что вполне согласуется с международной классификацией расстройств сна (2 издание).

Спецификаторы и подтипы

Спецификаторы и подтипы описывают феноменологические варианты расстройств, указывая на определенные подгруппы, которые вместе с другими показателями влияют на планирование и проведение лечения. Число спецификаторов и подтипов в DSM-5 расширено по сравнению с DSM-IV, что связано с введением дименсиональной оценки расстройств. Внутри депрессивных, биполярных и связанных с ними состояний спецификатор «со смешанными чертами» заменяет 2 диагностические рубрики DSM-IV (биполярное расстройство I типа и смешанный эпизод). Как известно, субсиндромальные смешанные состояния в структуре депрессивных и маниакальных эпизодов очень распространены и могут требовать специальных лечебных мероприятий (42, 43), однако они должны быть исключены из классификации, согласно требованию DSM-IV иметь полные диагностические критерии для обоих синдромов. Спецификатор «со смешанными чертами» в настоящее время применяется для диагностики как униполярных, так и биполярных состояний. Спецификатор «с ограниченными социальными эмоциями» добавлен в рубрику «расстройства адаптации» для того, чтобы описать детей с чрезмерной грубостью и негативной аффективностью, более выраженной (напр., более частые и тяжелые вспышки агрессии) и хуже поддающейся терапии, чем у детей, которые не попадают в данную рубрику (44). Были разработаны специальные терапевтические стратегии, которые лучше помогают именно этой группе детей.

Большое нейрокогнитивное расстройство (NCD) примерно соответствует диагнозу деменции в DSM-IV, хотя критерии деменции были пересмотрены, в том числе и для того, чтобы образовать новую рубрику – легкое NCD, характеризующееся существованием нейрокогнитивных нарушений, которые не достигают уровня выраженной дисфункции или нарушения функционирования и напоминают мягкое когнитивное снижение, которое было включено в приложение DSM-IV. Помимо основных критериев большого и легкого NCD, было предложено 10 этиологических подтипов с отдельными критериями и соответствующими описаниями для каждого из них. Кроме четкой связи с определенными этиологическими факторами, большинство критериев для разных подтипов в значительной степени схожи друг с другом. Однако существуют важные, хотя и достаточно тонкие различия между этими подтипами, которые базируются на информации, полученной в результате изучения постморальных лабораторных корреляций и наблюдений за прогрессирующим болезнью, и которые появились за последние 20 лет. Многие, хотя и не все, из этих подтипов были кратко описаны в DSM-IV, однако в DSM-5 для каждого из них установлена отдельная рубрика и приводятся их детальные описания, в том числе и для того, чтобы помочь практическому врачу определить возможную этиологию.

Новые расстройства

Все вошедшие в окончательный текст рубрики DSM-5 оценивались самым тщательным образом, а включение новых диагнозов подвергалось еще более строгой проверке. Основываясь на обзоре существующей доказа-

тельной базы в области нейронаук, на клинической пользе и значении для сферы общественного здоровья несколько новых расстройств были включены в классификацию, причем многие из них были заимствованы из главы DSM-IV «состояния, требующие дальнейшего изучения». Патологическое накопительство (hoarding disorder) определяется как чрезмерное собирание часто бесполезных вещей, в том числе мусора, что нередко делает условия проживания пациентов и/или членов семьи опасными. Деструктивное расстройство дисрегуляции настроения (disruptive mood dysregulation disorder, DMDD) было предложено включить в классификацию в ответ на делящиеся уже не менее десяти лет дискуссии о правомерности считать постоянное чувство раздражительности у детей основным симптомом биполярного расстройства в детском возрасте. С учетом впечатляющего роста выявляемости биполярного расстройства у детей рабочая группа DSM-5 по расстройствам детского и подросткового возраста сравнила исследования по изучению клинико-динамических особенностей и лечению классического биполярного расстройства и биполярного расстройства, при диагностике которого использовался критерий «постоянное чувство раздражительности». В итоге эксперты пришли к выводу, что разделение на два отдельных расстройства на основании эпизодического или постоянного характера раздражительности представляется убедительным (45). Таким образом, те дети, чье поведение характеризуется постоянным нарушением социальных норм, а не кратковременными эпизодами раздражительности, в DSM-5 больше не будут диагностироваться как лица с биполярным расстройством. Им будет выставляться диагноз DMDD. Другие значимые новые диагнозы (которые были взяты из Приложения к DSM-IV) включают компульсивное переедание (binge eating disorder), предменструальное дисфорическое расстройство, синдром беспокойных ног, расстройство поведения, вызванное нарушением быстрой фазы сна (REM-фазы).

Удаление из DSM-IV

Одним из самых противоречивых предложений в DSM-5 явилось удаление из большого депрессивного эпизода критерия «исключение реакции горя» (bereavement exclusion). Согласно DSM-IV, у лиц, перенесших тяжелую утрату на протяжении последних двух месяцев, и, одновременно, имеющих симптомы большого депрессивного расстройства, диагноз депрессивного состояния не ставился. Смысл этого состоял в том, чтобы предотвратить диагностику психического расстройства у лиц с нормальными реакциями горя в ответ на потерю близких. К сожалению, это привело к тому, что лица, перенесшие тяжелую утрату и имеющие развернутый депрессивный эпизод, правильно не диагностировались и не получали адекватного лечения. Следует учитывать также, что временной критерий утраты достаточно противоречив. Кроме того, оказались безуспешными попытки доказать тот факт, что переживание утраты – включая не только смерть близких, но и другие потери, например, работы – может привести к депрессивным симптомам, которые необходимо отличать от симптомов, связанных с большим депрессивным расстройством. Хотя симптомы горя и других потерь часто имитируют депрессию и здесь нет необходимости предполагать наличие психического расстройства, есть группа лиц, у которых утрата приводит к депрессивному расстройству (или у которых депрессивное расстройство уже существовало). Для этих больных правильная постановка диагноза и лечение могут привести к выздоровлению. В результате критерий «исключение реакции горя» был отменен и заменен более описательной характеристикой, которая позволит различить симптомы, характерные для «нормальной» реакции и те, которые указывают на наличие психического расстройства (46).

Изменения в названиях

Пересмотр широко используемой терминологии требует подбора наиболее подходящих терминов для описания некоторых психических расстройств. Этот вопрос особую озабоченность вызывает у организаций, занимающихся защитой прав потребителей. Термин «умственная отсталость» пересматривали несколько раз, прежде, чем название «ограниченная способность к умственной деятельности (расстройство развития интеллектуальных способностей)» («intellectual disability (intellectual developmental disorder)») было окончательно одобрено. Совместный договор об обозначениях отражает использование термина «ограниченная способность к умственной деятельности» в законодательстве США (47), в профессиональных журналах и некоторых общественных организациях, в то время как использование кавычек при описании термина отсылает к языку, характерному для МКБ-11 (48). Как отмечалось ранее, термины «злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) и зависимость от ПАВ» были удалены и вместо них сейчас используется единый термин «расстройства, связанные с приемом ПАВ». Название главы о ПАВ («расстройства, связанные с употреблением ПАВ и аддиктивные расстройства») было изменено для того, чтобы включить в него термин «аддиктивный». Это согласуется с предложенным соглашением об использовании терминов для МКБ-11 и соответствует желанию включить в классификацию патологический гэмблинг как поведенческий синдром с соответствующей симптоматикой и патофизиологией (напр., активация системы вознаграждения), которые в значительной степени напоминают те изменения, что наблюдаются при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ. Также для того, чтобы придерживаться единого языка с МКБ, рубрика DSM-IV «без дальнейшего уточнения» была переименована и пересмотрена и были введены категории «обусловленное другими факторами» и «неуточненное».

Выводы

Окончательный вывод о влиянии DSM-5 можно будет сделать лишь после того, как появится опыт использования этого руководства в практике. Эпидемиологические исследования помогут определить изменения уровня распространенности психических расстройств и коморбидных заболеваний, чему будет способствовать проведение межнациональных исследований тех заболеваний, которые важны для систем здравоохранения разных стран мира (шизофрения, большое депрессивное расстройство и расстройства, связанные с употреблением ПАВ). Ближайшими ориентирами для DSM-5 являются подготовка материалов, которые должны помочь использовать ее в учреждениях первичной медицинской сети, адаптация инструментов оценки и создание доказательной базы для ревизии электронных версий DSM-5. Также в дальнейшем необходимо тестировать и развивать принципы дименсиональной оценки, включая разработку детской версии используемой в разных странах Программы ВОЗ по оценке нетрудоспособности 2.0.

Продолжая сотрудничество с ВОЗ при работе над последующими пересмотрами DSM, мы сможем обеспечить более приемлемую международную классификацию психических расстройств и продвинуться по пути создания единой нозологии и подхода к диагностике. Такие совместные усилия будут способствовать тому, что 200,000 психиатров из разных стран мира смогут оказывать лучшую помощь их пациентам с потенциально деструктивными и меняющими жизнь болезненными состояниями, а также развивать более комплексные и совместные международные исследования, призванные найти причины психических заболеваний и лекарства для их лечения.

Благодарность

Эта статья опубликована благодаря соглашению с Американской психиатрической ассоциацией, которая сохраняет за собой авторское право. Copyright 2013, Американская психиатрическая ассоциация. Все права защищены.

Библиография

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
3. Jablensky A, Sartorius N, Hirschfeld R et al. Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol- and drug-related problems: a research agenda for the 1980s. *Psychol Med* 1983;13:907-21.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
5. Sartorius N (Principal Investigator). The WHO/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Joint Project on Diagnosis and Classification. Cooperative agreement U01MH035883, from the National Institute of Mental Health to the World Health Organization, 1983-2001.
6. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Tenth revision of the international classification of diseases. Geneva: World Health Organization, 1992.
7. World Health Organization. ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
8. World Health Organization. ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1993.
9. First MB, Pincus HA. Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV. A response. *Br J Psychiatry* 1999;175:205-9.
10. Andrews G, Slade T, Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry* 1999;174:3-5.
11. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al (eds). Evolution of the DSM-V conceptual framework: development, dimensions, disability, spectra, and gender/culture. Arlington: American Psychiatric Association, 2010.
12. Clarke DE, Narrow WE, Regier DA et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry* 2013; 170:43-58.
13. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 59-70.
14. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013;170:71-82.
15. Regier D (Principal Investigator). Developing the Research Base for DSM-V and ICD-11. Cooperative agreement U13MH067855 from the National Institute of Mental Health, National Institute on Drug Abuse, and National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism to American Psychiatric Institute for Research and Education, 2003-2008.
16. Saxena S, Esparza P, Regier DA et al (eds). Public health aspects of diagnosis and classification of mental and behavioural disorders. Refining the research agenda for DSM-5 and ICD-11. Arlington: American Psychiatric Association and World Health Organization, 2012.
17. Goldberg D, Kendler KS, Sirovatka PJ et al (eds). Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2010.

18. Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA et al (eds). Deconstructing psychosis: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2009.
19. Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A et al (eds). Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2009.
20. Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ et al (eds). Dimensional models of personality disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2006.
21. Saunders JB, Schuckit MA, Sirovatka PJ et al (eds). Diagnostic issues in substance use disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2007.
22. Sunderland T, Jeste DV, Baiyewu O et al (eds). Diagnostic issues in dementia: advancing the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2007.
23. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification: refining the research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2008.
24. Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ et al (eds). Stress-induced and fear circuitry disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2009.
25. Hollander E, Zohar J, Sirovatka PJ et al (eds). Obsessive-compulsive behavior spectrum disorders: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association, 2010.
26. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
27. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39:1993-2000.
28. Sachdev P, Andrews G, Hobbs MJ et al. Neurocognitive disorders: cluster 1 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39:2001-12.
29. Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ et al. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39:2013-23.
30. Carpenter WT Jr, Bustillo JR, Thaker GK et al. Psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39:2025-42.
31. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G et al. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39:2043-59.
32. Krueger RF, South SC. Externalizing disorders: cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39:2061-70.
33. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar appear in the meta-structure? *Psychol Med* 2009;39:2071-81.
34. Wittchen H-U, Beesdo K, Gloster AT. A new meta-structure of mental disorders: a helpful step into the future or a harmful step back into the past? *Psychol Med* 2009;39:2083-9.
35. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull* 2007;33:905-11.
36. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* (in press).
37. Stein DJ, Grant JE, Franklin ME et al. Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27:611-26.
38. Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:921-6.
39. Baumeister H. Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: time for the evidence to become practice. *J Affect Disord* 2012;139:240-3.
40. Lord C, Petkova E, Hus V et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:306-13.
41. Zeanah CH, Gleason MM. Reactive attachment disorder: a review for DSM-V. Report presented to the American Psychiatric Association, 2010; available online at www.dsm5.org.
42. Agosti V, Stewart JW. Hypomania with and without dysphoria: comparison of comorbidity and clinical characteristics of respondents from a national community sample. *J Affect Disord* 2008; 108:177-82.
43. Suppes T, Mintz J, McElroy SL et al. Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1089-96.
44. Frick PJ, Moffitt TE. A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Groups to include a specifier to the diagnosis of conduct disorder based on the presence of callous-unemotional traits. Report presented to the American Psychiatric Association, 2010; available online at www.dsm5.org.
45. Leibenluft MD. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011;168:129-42.
46. Zisook S, Corruble E, Duan N et al. The bereavement exclusion and DSM-5. *Depress Anxiety* 2012;29:425-43. Rosa's Law. Public Law No. 111-256, 2010.
47. Salvador-Carulla L, Reed GN, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in
48. ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.