

КОРОТКИЙ ВИКЛАД ЗМІН У DSM-5 ПОРІВНЯНО З DSM-IV-TR

П'яте видання Діагностичного та статистичного підручника з психічних розладів (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5) було схвалено на Щорічному з'їзді Американської психіатричної асоціації (АПА) (the American Psychiatric Association; APA) у травні 2013 р. Це стало результатом більш ніж десятирічних зусиль щодо перевірки та перегляду діагностичних критеріїв та класифікації психічних розладів. Рішення про початок цієї роботи було ухвалено АПА ще у 1999 р. Протягом усього цього часу кількома робочими групами було обговорено та проаналізовано сильні та слабкі боки DSM-IV, сформульовано проблеми та гіпотези, які потрібно дослідити, після чого було ретельно вивчено величезний обсяг літературних оглядів та аналізів існуючих даних. На основі всебічного розгляду досягнень науки, аналізу досліджень та клінічної експертизи робочі групи розробили діагностичні критерії DSM-5. Хоча на цей час DSM-5 завершено, ще залишається великий обсяг роботи з його вдосконалення та поступового накопичення даних для наступних доповнень. Широкому колу питань, що стосуються DSM-5, присвячено спеціальну веб-сторінку АПА (<http://www.dsm5.org>), яка продовжує оновлюватися, і на якій керівники Робочої групи DSM-5 запрошують до діалогу та співробітництва фахівців у галузі психічного здоров'я та загальної медицини, пацієнтів та членів їх родин, а також представників громадських організацій.

Зміни, зроблені у діагностичних критеріях та текстах DSM-5, відображені у цьому розділі у тому ж самому порядку, в якому вони з'являються у класифікації DSM-5. Це не вичерпні вказівки; дрібних змін у тексті або словах, зроблених задля ясності, тут не описано. Також слід зазначити, що Секція I DSM-5 містить опис змін, що стосуються організації розділів DSM-5, багатоосової системи та введення вимірювальних оцінок (у Секції III).

Термінологія

Фразу «загальномедичний стан» у DSM-5 замінено на «інший медичний стан», що стосується усіх розладів.

Розлади нейронального розвитку

Інтелектуальна інвалідність

(Розлад інтелектуального розвитку)

Діагностичний критерій для інтелектуальної інвалідності (розладу інтелектуального розвитку) підкреслює необхідність оцінки як когнітивних можливостей (IQ), так і адаптивного функціонування. Тяжкість визначається скоріше адаптивним функціонуванням, а не балом IQ. У DSM-IV вживався термін «розумова відсталість». Однак, «інтелектуальна інвалідність» є терміном, який за останні два десятиріччя увійшов до загального обігу серед фахівців у сферах медицини, освіти та інших і серед груп громадськості та захисників. Більш того, федеральний статут США (Закон 111-256, Закон Рози) замінив термін «розумова відсталість» на «інтелектуальну інвалідність». Незважаючи на зміну назви, дефіцит когнітивних можливостей, що починається у період розвитку та супроводжується відповідними діагностичними критеріями, розглядається як психічний розлад. Термін «розлад інтелектуального розвитку» був взятий у дужки, щоб відбити класифікаційну систему BOO3, яка перелічує «розлади» у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ; МКХ-11 має вийти у 2015 р.), а усі «інвалідності» розміщує в Міжнародній класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ). Оскільки МКХ-11 ще не буде прийнято кілька років, «інтелектуальну інвалідність» було обрано як термін, який превалює у поточний момент з перехідним терміном на майбутнє у дужках.

Комунікаційні розлади

Комунікаційні розлади DSM-5 включають розлади мови (які поєднують експресивні та мішані рецептивно-експресивні розлади мови DSM-IV), мовленнєво-звукові розлади (нова назва для фонологічних розладів) та розлади плавності мовлення, що починаються в дитинстві (нова назва для заїкання). Також включаються соціальний (прагматичний) комунікаційний розлад, новий стан для стійких складностей при соціальному використанні засобів вербальної

та невербальної комунікації. Оскільки дефіцити соціальної комунікації є одним з компонентів розладу спектра аутизму (РСА), важливо відмітити, що соціальний (прагматичний) комунікаційний розлад не може бути діагностований при наявності обмежених повторюваних форм поведінки, інтересів та дій (інший компонент РСА). Симптоми деяких пацієнтів, які діагностувалися у DSM-IV як поширений розлад розвитку невизначений, можуть відповідати критеріям соціального комунікаційного розладу у DSM-5.

Розлад спектра аутизму

Розлад спектра аутизму — це нова назва у DSM-5, яка відбиває науковий консенсус щодо того, що 4 раніше окремі розлади насправді є єдиним станом з різними рівнями тяжкості симптоматики у двох ключових доменах. Тепер РСА охоплює колишні аутистичний розлад (аутизм), розлад Аспергера, дезінтегративний розлад дитинства та поширений розлад розвитку невизначений. РСА характеризується: 1) дефіцитом соціальної комунікації та соціальної взаємодії та 2) обмеженими повторюваними поведінкою, інтересами та діями (ОПП). Оскільки для діагнозу РСА потрібні обидва компоненти, у відсутності ОПП діагностується соціальний комунікаційний розлад.

Розлад дефіциту уваги / гіперактивності

Діагностичні критерії розладу дефіциту уваги / гіперактивності (РДУГ) у DSM-5 подібні до таких DSM-IV. Як і в DSM-IV, використовують ті ж самі 18 симптомів, які продовжують поділятися на 2 домени (неуважність та гіперактивність/імпульсивність). З них для діагнозу потрібні принаймні 6 симптомів з одного домену. Однак, у DSM-5 було зроблено деякі зміни: 1) було додано приклади до пунктів критеріїв, щоб полегшити застосування протягом усього життя; 2) крос-ситуаційні вимоги було посилено до «кількох» симптомів в кожному наборі; 3) критерій дебюту було змінено з «симптоми, які спричинили порушення, були присутні у віці до 7 років» на «кілька симптомів неуважності або гіперактивності-імпульсивності були присутні у віці до 12 років»; 4) підтипи було заміщено специфікаторами презентації, які напряду відображають попередні підтипи; 5) коморбідний діагноз з розладом спектра аутизму не дозволяється; 6) було зроблено зміну симптоматичного порогу для дорослих, щоб відбити значні свідчення їхніх клінічно значущих порушень РДУГ, з виділенням для РДУГ п'яти симптомів замість шести потрібних для молодших осіб, як за неуважністю, так і за гіперактивністю-імпульсивністю. Наприкінці, РДУГ було поміщено до розділу розладів нейронального розвитку, щоб відобразити кореляції розвитку головного мозку з РДУГ і рішенням DSM-5 видалити розділ DSM-IV, який включає усі діагнози, що зазвичай вперше встановлюються у дитячому або підлітковому віці.

Специфічний розлад навчання

Специфічний розлад навчання поєднує діагнози розладу читання, математичного розладу, розладу письмового вираження та розладу навчання невстановленого у DSM-IV. Оскільки дефіцити навчання у сферах читання, письмового вираження та математики зазвичай спостерігаються разом, включено кодовані специфікатори для типів дефіциту у кожній сфері. Текст визнає, що специфічні типи дефіцитів читання та міжнародному рівні описуються різними шляхами як дизлексія, а специфічні типи математичних дефіцитів — як дискалькулія.

Рухові розлади

У розділ розладів нейронального розвитку DSM-5 включено такі рухові розлади: координаторний розлад розвитку, розлад стереотипних рухів, розлад Туретта, стійкий (хронічний) руховий або вокальний тикозний розлад, інший специфічний тикозний розлад та неспецифічний тикозний розлад. Критерії тиків було стандартизовано для усіх цих розладів у вказаному розділі. Розлад стереотипних рухів було чіткіше відокремлено від розладів сфуксованої на тілі повторюваної поведінки, які знаходяться у розділі DSM-5 з обсесивно-компульсивних розладів.

Розлади спектра шизофренії та інші психотичні розлади

Шизофренія

Було зроблено 2 зміни до Критерію А DSM-IV для шизофренії. Першою зміною є видалення спеціального посилання на дивні маячення та Шнейдеріанські слухові галюцинації першого рангу (наприклад, два або більше голосів, що спілкуються). У DSM-IV тільки такий симптом потрібний для того, щоб відповідати діагностичним вимогам Критерію А, замість двох з інших перелічених симптомів. Це спеціальне посилання було видалене внаслідок неспецифічності Шнейдеріанських симптомів та ненадійності при розрізненні дивних та недивних маячень. Таким чином, у DSM-5 для будь-якого діагнозу шизофренії потрібні два симптоми Критерію А. Друга зміна є додатком вимоги до Критерію А, що особа повинна мати принаймні один з трьох таких симптомів: маячення, галюцинації та дезорганізоване мовлення. Принаймні один з цих ключових «позитивних симптомів» є необхідним для надійного діагнозу шизофренії.

Підтипи шизофренії

Підтипи шизофренії у DSM-IV (наприклад, параноїдна, дезорганізована, кататонічна, недиференційована та резидуальна) є вилученими через їхню обмежену діагностичну стабільність, низьку надійність та погану валідність. Ці підтипи, як також було показано, не демонструють окремих паттернів відповіді на лікування або лонгітудинального перебігу. Замість цього до Секції III включений вимірювальний підхід оцінки тяжкості ключових симптомів шизофренії, щоб зафіксувати важливу гетерогенність у типі симптомів та тяжкості, що виявляється поміж осіб з психотичними розладами.

Шизоафективний розлад

Головною зміною до шизоафективного розладу є вимога про те, щоб великий епізод розладу настрою був присутнім протягом більшості часу загальної тривалості розладу після відповідності Критерію А. Цю зміну було зроблено як на концептуальному, так і на психометричному ґрунті. Це робить шизоафективний розлад

лонгітудинальним діагнозом замість такого, що охоплює багато параметрів — і більшою мірою подібним до шизофренії, біполярного розладу та великого депресивного розладу, містком між якими є цей стан. Цю зміну було зроблено також для покращання надійності, діагностичної стабільності та валідності цього розладу, хоча й визнаючи, що характеристика пацієнтів з як психотичною, так і депресивною симптоматикою, або одночасно, або у різних точках хвороби, стала клінічним викликом.

Маячні розлади

Критерій А для маячних розладів більше не містить вимоги, що маячення повинно бути недивним. Специфікатор для маячення дивного типу забезпечує наступність з DSM-IV. Відокремлення маячного розладу від психотичних варіантів обсесивно-компульсивного розладу та дизморфічного розладу чітко зазначено новим критерієм виключення, який вказує, що симптоматика не повинна краще пояснюватися такими станами як обсесивно-компульсивний або дизморфічний розлади з відсутністю інсайту/маячних переконань. DSM-5 більше не відокремлює маячний розлад від поєданого маячного розладу. Якщо критерії для маячного розладу задовольняються, то встановлюється цей діагноз. Якщо цей діагноз не може бути встановленим, але присутні поєдані ідеї, тоді використовують діагноз «інший специфічний розлад спектра шизофренії та інших психотичних розладів».

Кататонія

Ті ж самі критерії використовують для діагностики кататонії у контексті чи то психотичного, чи то біполярного, депресивного або іншого медичного розладу, або невизначеного медичного стану. У DSM-IV потрібні 2 з 5-ти кластерів симптомів, якщо контекстом є психотичний або депресивний розлад, тоді як у випадку, коли контекстом є загальномедичний стан, потрібний лише один кластер симптомів. У DSM-5 усі контексти вимагають 3 кататонічні симптоми (із загальної кількості 12 характеристичних симптомів). У DSM-5 може бути діагностовано як специфікатор для депресивних, біполярних та психотичних розладів; як окремий діагноз у контексті іншого медичного стану; або як інший специфічний діагноз.

Біполярні та споріднені розлади

Біполярні розлади

Для збільшення точності діагнозу та полегшення раннього розпізнання у клінічних умовах Критерій А для маніакального та гіпоманіакального епізодів тепер включає наголос на змінах активності та енергії, а також настрою. Діагноз DSM-IV біполярного I розладу, мішаного епізоду, який вимагав, щоб особа одночасно відповідала повним критеріям як манії, так і великого депресивного епізоду, видалений. Замість цього додано новий специфікатор «з мішаними рисами», який може бути застосований до епізодів манії або гіпоманії, коли присутні риси депресії, і до епізодів депресії у контексті великого депресивного розладу або біполярного розладу, коли присутні риси манії/гіпоманії.

Інший специфічний біполярний та споріднений розлад

DSM-5 дозволяє специфікацію особливих станів для іншого специфічного біполярного та спорідненого розладу, включаючи категоризацію для осіб з великою депресією в анамнезі, які відповідають усім критеріям гіпоманії за

виключенням критерію тривалості (тобто, щонайменше 4 дні поспіль). Другий стан, що складає інший специфічний біполярний та споріднений розлад, полягає в тому, що присутні занадто мало симптомів гіпоманії для відповідності критерію повного біполярного II синдрому, хоча тривалість у 4 або більше днів є задовільною.

Тривожний дистресовий специфікатор

У розділі з біполярних та споріднених розладів і розділі з депресивних розладів окреслено специфікатор для тривожного дистресу. Цей специфікатор має на меті визначити пацієнтів з тривожною симптоматикою, яка не є частиною біполярних діагностичних критеріїв.

Депресивні розлади

DSM-5 містить кілька нових депресивних розладів, включаючи дизруптивний розлад порушення регуляції настрою та прменструальний дисфоричний розлад. Маючи на увазі стурбованість щодо потенційної надмірної діагностики та надмірного лікування біполярного розладу у дітей, було включено новий діагноз «дизруптивний розлад порушення регуляції настрою» для тих дітей молодше 18 років, які демонструють стійку дратівливість та часті епізоди пограничної неконтрольованої поведінки. На основі надійних наукових даних прменструальний дисфоричний розлад був перенесений з Додатку В DSM-IV «Набори та вісі критеріїв для подальших досліджень» до головного корпусу DSM-5. Нарешті, DSM-5 концептуалізує хронічні форми депресій у дещо модифікований спосіб. Те, що у DSM-IV розглядалося як дистимія, тепер підпадає під категорію стійкого депресивного розладу, який включає як хронічний великий депресивний розлад, так і колишній дистимічний розлад. Неспроможність знайти науково значущі розбіжності між цими двома станами призвела до їх поєднання з включеними специфікаторами для визначення різних шляхів діагностики та для забезпечення наступності з DSM-IV.

Великий депресивний розлад

Ані ключові симптоми критеріїв, що стосуються діагнозу великого депресивного розладу, ані відповідна тривалість принаймні у 2 тижні не були зміннені порівняно з DSM-IV. Критерій А для великого депресивного епізоду у DSM-5 ідентичний такому у DSM-IV, так само як і вимога клінічно значущого стресу або порушення соціальної, професійної або іншої важливої сфери життя, хоча тепер це вказується як критерій В, а не критерій С. Співіснування всередині великого депресивного епізоду принаймні 3-х маніакальних симптомів (недостатніх, щоб відповідати критеріям маніакального епізоду) тепер визнається за допомогою специфікатора «з мішаними рисами». Наявність мішаних рис в епізоді великого депресивного розладу підвищує ймовірність того, що ця хвороба існує у біполярному спектрі; однак, якщо відповідна особа ніколи не задовольняла критеріям маніакального або гіпоманіакального епізоду, діагноз великого депресивного розладу зберігається.

Виключення тяжкої втрати

У DSM-IV для великого депресивного розладу існував критерій виключення, який застосовувався до депресивних симптомів, що тривають протягом менше 2 місяців після смерті близької людини (тобто, виключення тяжкої втрати). Це виключення не увійшло до DSM-5 з кількох причин. Першою є видалення думки, що відчуття втрати типово триває лише 2 місяці, тоді як і лікарі, і фахівці, що

підтримують людей після втрати, визнають, що більш звичайною є тривалість у 1—2 роки. Друга полягає в тому, що втрата визнається тяжким психосоціальним стресогенним чинником, який може пришвидшити у вразливої особи великий депресивний епізод, що зазвичай починається незабаром після втрати. Коли великий депресивний розлад спостерігається в контексті тяжкої втрати, вона додає більшого ризику страждань, відчуття знеціненості, суїцидальної ідеації, гіршого соматичного здоров'я, гіршого міжособистісного та професійного функціонування та підвищує ризик стійкого комплексного розладу відчуття тяжкої втрати, який тепер описується чіткими критеріями у «Станах для подальших досліджень» у Секції III DSM-5. По-третє, пов'язана зі втратою велика депресія з найбільшою ймовірністю спостерігається в осіб з великими депресивними епізодами у минулому та у сімейному анамнезі. Це обумовлюється генетичним впливом та пов'язане з подібними характеристиками особистості, паттернами коморбідності, та ризиками хронізації та/або рецидивів, як і випадку великих депресивних епізодів, не пов'язаних з тяжкою втратою. Зрештою, депресивна симптоматика, яка асоційована з депресією, що пов'язана зі втратою, дає відповідь на таку ж саму психосоціальну та фармакологічну терапію, що й депресія, зі втратою не пов'язана. У критеріях для великого депресивного розладу деталізована додаткова інформація була заміщена більш спрощеним виключенням DSM-IV для того, щоб допомогти клініцистам у критичному розрізненні між симптомами, що є характерними для тяжкої втрати, та симптомами великого депресивного епізоду. Таким чином, хоча більшість осіб, що зазнає втрати близької людини, переживає втрату без розвитку великого депресивного епізоду, докази не підтримують відокремлення втрати близької людини від інших стресогенних чинників з точки зору їх ймовірності стимулювання великого депресивного епізоду або відповідної ймовірності того, що симптоми спонтанно зникнуть.

Специфікатори для депресивних розладів

У психіатрії критичною проблемою є суїцидальність. Так, клініцисту надаються вказівки з оцінки суїцидальних думок, планів та наявності інших чинників ризику для того, щоб визначити місце профілактики суїциду у лікувальному плані конкретного пацієнта. Як для біполярних, так і для депресивних розладів було додано новий специфікатор присутності мішаної симптоматики, який припускає можливість маніакальних рис в осіб з діагнозом уніполярної депресії. Значний обсяг проведених в останні два десятиріччя досліджень вказує на важливість тривоги як чинника, що стосується прийняття рішення щодо прогнозу та лікування. Специфікатор «з тривожним дистресом» надає клініцистові можливість оцінити тяжкість тривожного дистресу в усіх осіб з біполярними та депресивними розладами.

Тривожні розлади

Розділ DSM-5 з тривожних розладів більше не включає обсесивно-компульсивний розлад (який включено до обсесивно-компульсивних та споріднених розладів) або посттравматичний стресовий розлад та гострий стресовий розлад (який включено до розладів, пов'язаних з травматизуючими та стресогенними чинниками). Однак, послідовний порядок цих розділів у DSM-5 відображає міцні відносини між ними.

Агорафобія, специфічна фобія та соціальний тривожний розлад (соціальна фобія)

Зміни у критеріях агорафобії, специфічної фобії та соціального тривожного розладу (соціальної фобії) включають видалення вимоги, щоб особи старші 18 років визнавали, що їх тривожність є надмірною або безпідставною. Ця зміна базується на даних про те, що особи з такими розладами часто переоцінюють небезпеку у «фобічних» ситуаціях, і що більш старші особи часто помилково пов'язують «фобічні» страхи зі старінням. Замість цього тривожність має бути непропорційною реальній небезпеці або загрози у конкретній ситуації, після прийняття до уваги культуральних контекстуальних чинників. На додачу, 6-місячна тривалість, яка у DSM-IV була обмеженою особами молодше 18 років, тепер поширюється на будь-який вік. Ця зміна має на меті мінімізацію надмірної діагностики минулих страхів.

Панічні атаки

Ключові риси панічних атак залишаються незмінними, хоча ускладнена термінологія DSM-IV для опису різних типів панічних атак (тобто, ситуаційно пов'язані/зумовлені, ситуаційно схильні та неочікувані/незумовлені) є заміненою на терміни неочікувані та очікувані панічні атаки. Панічні атаки функціонують як маркер та прогностичний чинник для тяжкості діагнозу, перебігу та коморбідності при низці розладів, включаючи, але не обмежуючись тривожними розладами. Таким чином, панічна атака може бути вказаною як специфікатор, який можна застосувати до усіх розладів DSM-5.

Панічний розлад та агорафобія

Панічний розлад та агорафобія у DSM-5 не пов'язані. Так, колишні діагнози DSM-IV панічного розладу з агорафобією, панічного розладу без агорафобії та агорафобії без панічного розладу в анамнезі тепер заміщено двома діагнозами, «панічний розлад» та «агорафобія», з окремими критеріями кожний. Одночасна присутність панічного розладу та агорафобії тепер кодується двома діагнозами. Ця зміна визнає, що значна кількість осіб з агорафобією не переживає панічних симптомів. Діагностичні критерії агорафобії виходять з описів агорафобії у DSM-IV, хоча тепер вимагається підтвердження страхів у двох або більше агорафобічних ситуаціях, оскільки це є надійним засобом для відокремлення агорафобії від специфічних фобій. Також критерії агорафобії розширені, щоб відповідати наборам критеріїв інших тривожних розладів (наприклад, клінічне судження про страхи, як такі, що є непропорційними реальній небезпеці у конкретній ситуації, з типовою тривалістю 6 місяців та більше).

Специфічна фобія

Ключові риси специфічної фобії залишаються тими ж самими, але більше не існує вимоги, щоб особи старше 18 років визнавали, що їхні страхи та тривожність є надмірними або безпідставними, а вимоги до тривалості («типово тривають 6 місяців та більше») тепер стосуються будь-якого віку. Хоча вони й розглядаються зараз як специфікатори, різні типи специфічних фобій в основному залишилися незмінними.

Соціальний тривожний розлад (соціальна фобія)

Ключові риси соціального тривожного розладу (соціальної фобії) (що раніше називалося соціальною фобією) залишаються тими ж самими. Проте, було зроблено низку змін, включаючи вилучення вимоги про те, що особи старше 18 років повинні визнавати, що їхній страх або

тривожність є надмірними або безпідставними, й критерій тривалості «типово триває 6 місяців та більше» тепер вимагається для будь-якого віку. Більш значущою зміною є те, що специфікатор «генералізований» був видалений та замінений на специфікатор «тільки виконання». Проблема генералізованого специфікатора DSM-IV полягала у тому, що було складно оперувати специфікатором «страхи включають більшість соціальних ситуацій». Виявляється, що особи, які бояться тільки ситуацій виконання (тобто, розмови або виступу перед аудиторією) становлять окрему підкатегорію соціального тривожного розладу з точки зору етіології, віку дебюту, фізіологічної відповіді та відповіді на лікування.

Сепараційний тривожний розлад

Хоча у DSM-IV сепараційний тривожний розлад був класифікований у Секції «Розлади, що зазвичай вперше діагностуються у дитячому чи підлітковому періоді», тепер він класифікується як тривожний розлад. Ключові риси у більшості залишаються незмінними, хоча лексику критеріїв було змінено для більш адекватного уявлення експресії сепараційної тривожної симптоматики у дорослому віці. Наприклад, фігури прив'язаності можуть включати дітей дорослих з сепараційним тривожним розладом, а поведінка уникання може спостерігатися на робочому місці так же, як і в школі. Також, на відміну від DSM-IV, діагностичні критерії більше не конкретизують, що вік дебюту повинен бути до 18 років, оскільки значна кількість дорослих повідомляє про початок сепараційної тривожності після віку 18 років. Також для дорослих був доданий критерій тривалості — «типово триває 6 місяців та більше» — для мінімізації надмірної діагностики минулих страхів.

Селективний мутизм

У DSM-IV селективний мутизм був класифікований у Секції «Розлади, що зазвичай вперше діагностуються у дитячому чи підлітковому періоді». Тепер він класифікується як тривожний розлад, маючи на увазі, що переважна більшість дітей з селективним мутизмом є тривожними. Діагностичні критерії в основному не змінилися порівняно з DSM-IV.

Обсесивно-компульсивні та споріднені розлади

Розділ з обсесивно-компульсивних та споріднених розладів, який є новим у DSM-5, відображає зростаючу кількість доказів того, що ці розлади споріднені один з одним з точки зору низки діагностичних валідаторів, а також клінічну корисність групування цих розладів в один розділ. Нові розлади включають розлад накопичення, розлад дряпання (пошкодження шкіри), обсесивно-компульсивний та споріднений розлад, викликані вживанням психоактивних речовин / медикаментів, та обсесивно-компульсивний та споріднений розлад внаслідок інших медичних станів. Діагноз трихотиломанії у DSM-IV тепер називається трихотиломанія (розлад висмикування волосся) та був переміщений з класифікації DSM-IV «розлади контролю імпульсів некласифіковані» до обсесивно-компульсивних та споріднених розладів у DSM-5.

Специфікатори для обсесивно-компульсивних та споріднених розладів

Специфікатор «з незадовільним інсайтом (усвідомленням)» для обсесивно-компульсивного розладу у DSM-5 був вдосконалений для того, щоб розрізняти осіб з добрим

або задовільним інсайтом та з «відсутністю інсайту / маячними» думками щодо обсессивно-компульсивного розладу (тобто, з повним переконанням, що обсессивно-компульсивні думки є істинними). Аналогічні специфікатори «інсайту» було включено до дизморфічного розладу та розладу накопичення. Ці специфікатори мають на меті поліпшити диференціальний діагноз шляхом наголосу на тому, що особи з цими двома розладами можуть демонструвати спектр інсайту щодо своїх пов'язаних з розладом думок, включаючи відсутність інсайту / маячні симптоми. Ця зміна також підкреслює, що наявність відсутності інсайту / маячних думок виправдовує діагноз відповідного обсессивно-компульсивного або спорідненого розладу, а не розладу спектра шизофренії та іншого психотичного розладу. Специфікатор «пов'язаний з тиком» для обсессивно-компульсивних розладів відбиває зростаючий обсяг літератури щодо діагностичної валідності та клінічної користі визначення осіб з поточним або минулим коморбідним тикозним розладом, оскільки ця коморбідність може мати важливий клінічний вплив.

Дизморфічний розлад

У DSM-5 було додано дизморфічний розлад, діагностичний критерій, що описує повторну поведінку або психічні дії у відповідь на стурбованість дефектами або вадами зовнішнього вигляду, які відчуваються особою, у відповідності до даних, які вказують на поширеність та важливість цього симптому. Специфікатор «з м'язовою дизморфією» було додано, щоб відобразити зростаючий обсяг літератури щодо діагностичної валідності та клінічної користі проведення цього поділу в осіб з дизморфічним розладом. Маячний варіант дизморфічного розладу (який визначає осіб, які цілком переконані, що дефекти або вади, які вони сприймають, є дійсно аномальним зовнішнім виглядом) більше не кодується як водночас маячний розлад, соматичний тип та дизморфічний розлад; у DSM-5 ці прояви визначаються лише як дизморфічний розлад зі специфікатором «відсутність інсайту / маячні думки».

Розлад накопичення

Розлад накопичення є новим діагнозом у DSM-5. DSM-IV перелічує накопичення як один з можливих симптомів обсессивно-компульсивного особистісного розладу і зауважує, що граничне накопичення може спостерігатися при обсессивно-компульсивному розладі. Однак, доступні дані не вказують, що накопичення є варіантом обсессивно-компульсивного або іншого психічного розладу. Навпаки, існують докази діагностичної валідності та клінічної користі окремого діагнозу розладу накопичення, який відбиває стійкі труднощі при відмові

від володіння власністю внаслідок відчуття потреби зберегти ці речі та стресу, пов'язаного з відмовою від них. Розлад накопичення може мати унікальні нейробіологічні кореляти, є пов'язаним зі значними порушеннями та може давати відповідь на клінічне втручання.

Трихотиломанія (розлад висмикування волосся)

Трихотиломанія була включена до DSM-IV, хоча до назви розладу у DSM-5 було додано у дужках «розлад висмикування волосся».

Розлад дряпання (пошкодження шкіри)

Розлад дряпання (пошкодження шкіри) був доданий до DSM-5 вперше внаслідок переконливих доказів його діагностичної валідності та клінічної користі.

Обсессивно-компульсивний та споріднений розлад, викликані вживанням психоактивних речовин / медикаментів, та обсессивно-компульсивний та споріднений розлад внаслідок інших медичних станів

DSM-IV включала до діагнозів тривожних розладів внаслідок загальномедичного стану та тривожних розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, специфікатор «з обсессивно-компульсивними симптомами». Оскільки обсессивно-компульсивні та споріднені розлади тепер є окремою категорією, DSM-5 включає нові категорії для обсессивно-компульсивного та спорідненого розладу, викликаних вживанням психоактивних речовин / медикаментів, та обсессивно-компульсивного та спорідненого розладу внаслідок інших медичних станів. Ця зміна узгоджується з метою DSM-IV, відбиває визнання того, що психоактивні речовини, медичні препарати та медичні стани можуть давати симптоми, подібні до первинних обсессивно-компульсивних та споріднених розладів.

Інші специфічні та неспецифічні обсессивно-компульсивні та споріднені розлади

DSM-5 включає діагнози іншого обсессивно-компульсивного та спорідненого розладу, який може включати такі стани як зосереджений та тілі розлад повторних форм поведінки та обсессивні ревності, або неспецифічного обсессивно-компульсивного та спорідненого розладу. Зосереджений на тілі розлад повторних форм поведінки характеризується повторними формами поведінки, які відрізняються від висмикування волосся або дряпання шкіри (наприклад, обгризання нігтів, кусання губ, жування щік) та повторними спробами зменшити або припинити таку поведінку. Обсессивні ревності характеризуються немаячною стурбованістю невірності партнера, яка сприймається особою.

(Зміни у інших рубриках DSM-5 будуть подані у наступних випусках журналу)

Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6—9 апреля 2013 года, Ницца, Франция)

Представленные обзоры

Алфимова П. В. «Дофаминергический дисбаланс, дизрегуляция салиенса и система вознаграждения при шизофрении»

и

Павличенко А. В., Денисенко М. М., Читлова В. В. «Проблемы классификации в материалах XXI Европейского Конгресса по психиатрии»

подготовлены по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (апрель 2013 года, Ницца) молодыми учеными — участниками проекта «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 Всемирной психиатрической ассоциации (East European Educational WPA — Servier Academy — “EEE WPA — Servier Academy”).

УДК 616.89; ГРНТИ 76.29.52; ВАК 14.01.06

П. В. Алфимов, младший научный сотрудник
ФГБУ Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (г. Москва, Россия)

ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИЙ ДИСБАЛАНС, ДИЗРЕГУЛЯЦИЯ САЛИЕНСА И СИСТЕМА ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6—9 апреля 2013 года, Ницца, Франция)

Настоящая публикация представляет собой обзор симпозиума "Reward, Salience and Dopamine in Schizophrenia Patients" (Вознаграждение, салиенс и дофаминергическая передача у пациентов с шизофренией), прошедшего 8 апреля 2013 года под председательством А. Heinz (Германия) и О. Howes (Великобритания) в рамках XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6—9 апреля 2013 г., Ницца, Франция). Приведен краткий обзор основных дефиниций и гипотез, докладов четырех независимых научно-исследовательских групп из разных регионов Европы и соответствующих публикаций, посвященных дофаминергическому дисбалансу, нейровизуализационным находкам, нарушению салиенса и обработки сигналов в системе вознаграждения, имеющих место при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, салиенс, вознаграждение, дофаминергическая передача, негативные симптомы, нейровизуализация, вентральная область полосатого тела, конгресс ЕПА 2013

Салиенс (*salience*) в широком смысле — это способность идентифицировать значимые стимулы и отделять их от фоновых, малозначимых стимулов. Этот феномен лежит в основе функции внимания и обеспечивает выживание и научение индивида, позволяя ему сфокусировать ограниченные перцептивные и когнитивные ресурсы на важных наборах данных, поступающих из различных сенсорных систем. Выделяют два механизма салиенса — восходящий (реактивный, не связанный с памятью), который отвечает за незамедлительное привлечение внимания организма к значимому стимулу, а также нисходящий (предвосхищающий, связанный с памятью) механизм. Основным нейроанатомическим субстратом салиенса являются мезолимбические и лимбические структуры, а основным нейромедиатором, участвующим в формировании реакции на значимый стимул является дофамин, который преобразует эмоционально нейтральный бит информации в эмоционально окрашенную (положительную или отрицательную) реакцию — т. е. в «салиентное событие». S. Karur (2003) предположил, что гипердофаминергическое состояние лимбической системы, имеющее место при шизофрении, приводит к нарушению адекватного распределения салиентных событий в ответ на различные внешние и внутренние стимулы. Предполагается, что это нарушение обуславливает широкий спектр позитивных симптомов шизофрении (галлюцинаторно-бредовые симптомы, дезорганизация мышления и др.). Некоторые биологически ориентированные

психиатры небезосновательно считают нарушение салиенса стержневым феноменом при шизофрении и предлагают сгруппировать расстройства шизофренического спектра в будущих классификациях в группу «синдромов дизрегуляции салиенса» (Jim van Os J., 2009). В качестве возможных вариантов русского перевода этого термина предложены «синдром нарушения различения (приоритизации) стимулов», «синдром сверхвключаемости объектов восприятия» и «синдром нарушения избирательной фильтрации информации» (Мосолов С. Н., 2010).

Важным нейрофизиологическим понятием является «побудительный салиенс» (*incentive salience*). Этот конструкт был разработан при изучении роли дофаминергической передачи в системе вознаграждения при аддитивных расстройствах (Berridge K. и соавт., 1998). Побудительный салиенс — это мотивационный атрибут «желания» (*wanting*), который присваивается стимулу, предвосхищающему вознаграждение. Этот атрибут «желания» шире, чем простое гедонистическое «влечение» (*liking*), которое возникает при контакте с привлекательным стимулом. Атрибут «желания» придает стимулу мотивационное безусловное качество — он перестает быть простым сенсорным переживанием, он привлекает внимание и стимулирует поисковое поведение. В качестве примера можно привести отдаленный этап наркотической зависимости, когда у пациента давно утерян гедонистический компонент употребления ПАВ, однако, стимулы, напоминающие об употреблении (например, плакат с изображением шприцов, игл и ампул), способны спровоцировать поиск и употребление наркотического вещества. Предполагается, что