

¹ А. В. Павличенко, канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО РНИМУ имени Н. И. Пирогова, ² М. М. Денисенко, канд. мед. наук, ст. науч. сотруд. отдела неотложной психиатрии и наркологии ГУ «ИНПН НАМН Украины», ³ В. В. Читлова, аспирант Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

¹ ГОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» (г. Москва, Россия)

² ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков, Украина)

³ ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (г. Москва, Россия)

ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ В МАТЕРИАЛАХ XXI ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО ПСИХИАТРИИ

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов XXI Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6—9 апреля 2013 г., Ницца, Франция), посвященных проблемам систематики расстройств аффективного спектра, расстройств личности, заболеваний, связанных со стрессом, и шизотипического расстройства в свете предстоящих ревизий DSM-5 и МКБ-11. Кроме того, отдельно обсуждается роль функционального снижения как важного компонента психиатрического диагноза.

Ключевые слова: DSM-5, МКБ-11, аффективные расстройства, расстройства личности, заболевания, связанные со стрессом, функциональное снижение, Конгресс ЕПА 2013

В связи с предстоящим пересмотром двух основных классификаций (DSM-5 и МКБ-11) большое место в программах ведущих психиатрических форумов уделяется вопросам систематики психических заболеваний. В рамках XXI-го Европейского Конгресса по психиатрии, который состоялся 6—9 апреля в Ницце (Франция), вопросы классификации активно обсуждались на ключевых симпозиумах, пленарных лекциях, дебатах «за» и «против» и образовательных семинарах для молодых психиатров. Настоящая публикация представляет собой расширенный обзор и анализ основных докладов Конгресса, посвященных предстоящей ревизии некоторых глав DSM-5 и МКБ-11 (аффективные расстройства, личностная патологии, болезни, связанным со стрессом, расстройства шизофренического спектра). Кроме того, отдельно обсуждается роль функционального снижения как важного компонента психиатрического диагноза.

Аффективные расстройства

Бывший президент Всемирной психиатрической ассоциации М. Мај (Италия) в своем докладе остановился на ревизии главы, посвященной расстройствам аффективного спектра. К сожалению, многочисленные исследования, направленные на поиск различий между **депрессивными расстройствами и обычной грустью**, не увенчались успехом и в настоящее время большинство ученых склонны рассматривать депрессивные состояния в рамках концепции аффективного континуума. В соответствии с критериями DSM-IV, вне зависимости от того, насколько психологически понятной и адекватной является реакция на психотравмирующее событие, диагноз большой депрессии рекомендуется устанавливать при достижении необходимого порога (оценивают такие показатели как степень тяжести, длительность и уровень функционального снижения). Единственным исключением из этого правила является реакция утраты (*bereavement*) при потере любимого человека. В частности, большую депрессию у таких больных рекомендуют диагностировать лишь в тех случаях, когда симптомы сохраняются не менее двух месяцев, или в случае выраженной социальной дезадаптации, патологических идей самоуничтожения, суицидальных тенденций и психотических симптомов. В DSM-IV также содержится дополнительное уточнение, согласно

которому «депрессивный синдром представляет собой ожидаемую и одобренную обществом» реакцию на смерть близкого человека и таким образом не может интерпретироваться как психическое заболевание.

В последние годы было показано, что не существует значительных различий между реакциями утраты и другими психогенными депрессиями в отношении клинических, анамнестических и социодемографических показателей (Wakefield, 2012). Таким образом, эксперты столкнулись с необходимостью сделать выбор в пользу расширения группы депрессий, связанных с утратой, путем включения в нее всех психогенных состояний или удаления критерия утраты из признаков депрессивного эпизода. В первой версии DSM-5, выпущенной в 2010 году, было рекомендовано исключить этот критерий. Однако позже было показано, что лица, перенесшие депрессию, связанную с утратой, в дальнейшем имеют значительно меньший риск повторного рецидива, чем больные, перенесшие аутохтонную депрессию (Mojtabaj, 2011). Более того, вероятность развития у них повторной депрессии оказалась не выше, чем у лиц без аффективных расстройств в анамнезе. В ходе развернувшейся дискуссии, в которой также приняли участие представители СМИ, активно обсуждались возможные последствия решения экспертов оставить критерий утраты в будущей классификации, такие, например, как высокая вероятность ложноположительных диагнозов и потенциальный риск вульгаризации концепции депрессии и психических расстройств в целом. В окончательной версии DSM-5 все же было решено исключить критерий утраты, однако, непосредственно в тексте было помещено указание на необходимость проводить дифференциальную диагностику между большой депрессией и «нормальной» реакцией горя. По мнению экспертов, это замечание должно ослабить расхождения между классификациями, так как в МКБ-11, так же как и в МК-10, планируется исключить из диагноза депрессивного эпизода «обычные для данной культуры нормальные реакции утраты».

Диагноз пролонгированной реакции утраты (горя) в МКБ-11 рекомендуется использовать лишь в тех случаях, когда с момента смерти близкого человека прошло более 6 месяцев и в клинической картине существенное место занимают такие симптомы как

чувство тоски, постоянные навязчивые воспоминания об умершем, трудности концентрации внимания и нарушение самоидентичности (ощущение, что часть личности умерла). Кроме того, эти симптомы должны сопровождаться значительным снижением функционирования в разных сферах жизни.

Несмотря на многочисленные предложения уменьшить временной критерий для диагностики **гипоманиакальных состояний**, обе группы экспертов посчитали это преждевременным. Также в обеих классификациях было решено включить в качестве облигатного признака гипомании и мании критерий «повышенная активность или энергия». Если эпизод мании (гипомании) возникает во время лечения антидепрессантами и сохраняется после их отмены, то следует диагностировать собственно маниакальное (гипоманиакальное) состояние в рамках биполярного расстройства.

Современные исследования, посвященные изучению **смешанных аффективных эпизодов**, показали, что диагностические критерии аффективных расстройств часто одновременно включают полярные по своей сути симптомы, что может иметь важные прогностические и терапевтические последствия. В соответствии с критериями DSM-IV, для диагностики смешанного эпизода необходимо одновременное существование очерченного маниакального и очерченного депрессивного синдрома, что тем самым игнорирует многочисленные случаи, когда доминирует один из синдромов. В DSM-5 решили полностью отказаться от диагноза «смешанного эпизода» и включить в критерии депрессивных и маниакальных эпизодов отдельную дименсию (спецификатор) «со смешанными чертами», которая требует наличия не менее трех полярных аффективных симптомов. Дефиниция «большая депрессия со смешанными чертами» включает такие классические маниакальные симптомы как повышенное настроение и самооценка, снижение потребности во сне и чрезмерная вовлеченность в деятельность, которая может привести к пагубным последствиям. В то же время, другие маниакальные и гипоманиакальные симптомы (раздражительность, психомоторное возбуждение и отвлекаемость), которые, по данным литературы, значительно чаще встречаются в структуре смешанного эпизода, не были включены в признаки данного расстройства. По мнению некоторых исследователей, здесь видится противоречие между описанием смешанного эпизода в классической и современной литературе, с одной стороны, и его описанием в DSM-5, с другой. Кроме того, в соответствии с критериями DSM-5, нельзя диагностировать смешанный эпизод при быстрой смене аффекта. В МКБ-11 предполагается сохранить рубрику «смешанный аффективный эпизод», которая будет включать стабильные и нестабильные смешанные состояния, случаи с выраженностью обоих синдромов, или состояния, когда доминирует один из них, а другой сохраняется на субсиндромальном уровне.

Несмотря на то, что коморбидность тревоги и депрессии превышает 50 %, ни в МКБ-10, ни в DSM-IV **тревожные симптомы** не фигурируют в критериях депрессивных расстройств. В то же время, их присутствие ассоциируется с более высоким суицидальным риском и длительностью аффективного эпизода.

Хотя в первой версии DSM-5 (2011) была предложена новая категория «смешанная тревога/депрессия», в последующие версии, также как и в окончательный вариант DSM-5, она не вошла. В то же время, обе классификации допускают существование субсиндромальной (подпороговой) тревоги в структуре депрессии: в DSM-5 предложено использовать для этих целей дименсию (спецификатор) «с тревожным дистрессом», а в МКБ-11 — «с выраженными тревожными симптомами». Если в клинической картине тревожные симптомы выражены значительно, то обе группы экспертов рекомендуют диагностировать коморбидное депрессии тревожное расстройство. В тех же случаях, когда диагностический порог преодолен лишь для тревожного, но не для депрессивного состояния, в МКБ-11 рекомендуется использовать дименсию «с выраженными депрессивными симптомами» в рамках тревожного расстройства. И, наконец, если и депрессивные, и тревожные симптомы сохраняются на субсиндромальном уровне, то в МКБ-11, также как и МКБ-10, рекомендуется диагностировать «смешанное тревожно-депрессивное расстройство». В DSM-5 этому соответствует рубрика «депрессивное расстройство БДУ».

Расстройства личности

В докладе профессора Гейдельбергского университета **S. Herperts** были представлены будущие изменения главы, посвященной патологии личности. Были названы несколько причин, побудивших экспертов пересмотреть соответствующие главы международной классификации: высокий уровень коморбидности (более 50 % лиц с расстройствами личности имеют, в среднем, еще 3 других расстройства), частое использование в клинической практике рубрики «расстройства личности БДУ», нестабильность диагнозов во времени, гетерогенность критериев и нечеткость диагностических порогов расстройств. По мнению экспертов, подходы к классификации личностных расстройств должны быть менее стигматизированными, рассматривать уровень функционирования и дисфункции отдельно от клинических критериев, дополнительно выделять патологические личностные стили, использование которых должно повысить стабильность диагнозов во времени.

Критерии диагностики личностных расстройств, приведенные в секции II DSM-5, существенно не изменились. Новые подходы были представлены лишь в секции III, куда помещаются состояния, требующие дальнейшего изучения.

Первый критерий (критерий А) личностных расстройств по DSM-5 (дезадаптация) проявляется в нескольких сферах: а) нарушение идентичности (нестабильный образ себя, часто связанный с чрезмерной самокритикой, чувство опустошенности); б) нарушение ориентации в жизни (нестабильность целей, ожиданий, ценностей или планов карьеры); в) снижение эмпатии (низкая способность распознавать чувства других); г) нарушения интимности (нестабильные и конфликтные отношения с близкими, страх быть покинутым). Критерий «А» было предложено оценивать по Шкале личностного функционирования, где «0» соответствует нормальному уровню, «1» — небольшому снижению, «2» — умеренному, «3» — серьезному, а «5» — «экстремально» выраженному снижению социального функционирования.

Второй критерий личностных расстройств (критерий «В») включает 5 личностных стилей (доменов), каждый из которых содержит полярные признаки: 1) негативная аффективность или стабильность (лабильность, враждебность, подозрительность, тревожность); 2) отрешенность или экстравертированность (изоляция, ангедония, депрессивность); 3) антагонизм или конформность (манипулятивность, поиск внимания, бездушие); 4) расторможенность или добросовестность (безответственность, импульсивность, поиск риска); 5) психотицизм или осознанность (эксцентричность, необычные идеи). В работах последних лет была продемонстрирована связь личностных стилей и даже симптомов с отдельными нейрональными сетями и участками мозга. В частности, эмпатия и межличностные отношения связаны с префронтальной корой, регуляция аффекта — с миндалевидным телом, экстраверсия и склонность к уединению — с областью поясной борозды, а дифференциация «я — другие» — с париетальной зоной.

В окончательной версии DSM-5 было оставлено лишь семь личностных типов расстройства (антисоциальное, пограничное, шизотипическое, избегающее, обсессивно-компульсивное, нарциссическое, смешанное). Диагностика каждого из них базируется на четких операциональных критериях. Понятие «расстройство личности» в DSM-5 будет включать не только определение личностного типа (категориальный диагноз) и уровня снижения функционирования, но, если это будет необходимо, выделение личностных сфер (доменов), в которых преимущественно проявляется дезадаптация (дименсиональный диагноз). При определении стратегии лечения рекомендуется также описывать отдельные симптомы, которые занимают в клинической картине существенное место. Основная критика подхода к оценке личностных расстройств, предложенная в DSM-5, заключается в отсутствии единой модели, которая могла бы объяснить связь дименсий и категорий, сложность использования в клинической практике и необоснованность удаления многих личностных типов, что в будущем может привести к негативным последствиям. Кроме того, до сих пор не представлено убедительных эмпирических данных в преимуществах данного подхода над другими (Ch. Pull, 2013).

В проекте МКБ-11 предполагается иной принцип диагностики расстройств личности. Эксперты ВОЗ предлагают убрать из классификации отдельные личностные типы как таковые (т. е. категориальный диагноз), а в рамках превалирующего дименсионального подхода ввести двухэтапный диагноз. Вначале (1 этап) рекомендуется оценить степень тяжести межличностной дисфункции, включая подпороговые состояния (личностные реакции в понимании отечественных психиатров). Было предложено 5 степеней тяжести: (1) нет личностных нарушений, (2) личностные проблемы трудно квалифицировать как расстройство, (3) личностное расстройство, (4) умеренно тяжелая степень выраженности расстройства, (5) тяжелое личностное расстройство. В принципе, врач в своей работе может ограничиться этим этапом, констатируя лишь факт дисфункции и степень ее снижения. Но можно пойти далее (2 этап) и постараться оценить пять личностных стилей (доменов): асоциальный/шизоидный, диссоциальный/антисоциальный, обсессивный/ананкастный,

тревожный/зависимый и эмоционально неустойчивый. В отличие от DSM-5, где каждый домен содержит несколько внешних признаков (*facets*), в МКБ-11 он будет включать лишь один основной симптом. В то же время, у многих исследователей существуют опасения, что ограничивая функционирование лишь сферой межличностных отношений, данный подход может затормозить развитие дальнейших научных исследований и будет иметь негативные последствия для всей службы психического здоровья.

В целом следует отметить, что в обеих классификациях основной акцент в диагностике расстройств личности делается на оценке степени выраженности личностной дисфункции (дезадаптации), причем, если в DSM-5 принимаются как сфера межличностных отношений, так и субъективного опыта (*self*), то в МКБ-11 подлежат оценке лишь специфика взаимоотношений с другими. Использование нескольких личностных стилей (доменов), по-видимому, поможет врачам выработать тактику лечения для конкретного пациента и характер психообразовательной работы. Кроме того, распространение дименсиональных принципов будет иметь дестигматизирующий эффект, а сами расстройства будут чаще выявляться в клинической практике. Однако, подход к диагностике личностной патологии, предложенный в DSM-5, где врачи должны будут оценить сразу три параметра (личностный тип, личностные стили и глубину дисфункции), по-видимому, встретит сложности в его реализации на практике.

Расстройства, связанные со стрессом

Председатель соответствующей рабочей группы МКБ-11 А. Maercher (Швейцария) отметил, что в МКБ-10 состояния, связанные с различными стрессовыми факторами, можно встретить в разных главах (F 43.0, F 62.0, F 94.0, Z 63.4). Основным нововведением обеих классификаций станет выделение новой группы (спектра) расстройств — психических расстройств, преимущественно ассоциированных со стрессом.

В МКБ-10 диагностика ПТСР основывалась на двух критериях: наличие психической травмы и характерной клинической картины. Описывая особенности психической травмы, эксперты рабочей группы МКБ-11 рекомендуют учитывать не столько ее исключительно угрожающий и катастрофический характер (как в МКБ-10), сколько ее экстремальность. В частности, суммарный эффект от воздействия психической травмы может приводить к высокой угрозе жизни (например, во время продолжающегося голода или длительных бомбардировок). В DSM-5 этот критерий понимается более широко и включает не только события, которые представляет непосредственную опасность для данного человека, но и те ситуации, когда он являлся свидетелем угрозы жизни или смерти другого человека или знал, что экстремальное событие случилось с близким родственником. В отличие от МКБ-10, где все критерии ПТСР имеют равное диагностическое значение, в проекте МКБ-11 предполагается опустить малоспецифичные симптомы, а наиболее важные поместить в три группы (дименсии): 1) *повторное переживание травмы «здесь и сейчас»*, когда события не только сохраняются в памяти, но и вновь «оживают» как в реальной жизни, так и в повторяющихся ночных кошмарах; 2) *избегание всяких напоминаний о травме*, которые могут вызвать повторные переживание

травматических событий в мыслях (ощущениях) и в ситуациях; 3) *повышенная возбудимость (hyperarousal)* в виде реакций испуга или чрезмерной настороженности при угрожающих в настоящий момент стимулах. В DSM-5, однако, содержится еще один (четвертый) критерий «негативные изменения в когнитивной сфере и нарушения настроения». Таким образом, в МКБ-11, в отличие от DSM-5, преобладает более узкое понимание ПТСР, что, по мнению экспертов, не позволит размыть границы между трагическими событиями жизни с одной стороны, и психическими расстройствами с другой.

Вместо рубрики МКБ-10 «стойкие личностные изменения, обусловленные катастрофическим событием» (F 62.0), в МКБ-11 предлагают ввести категорию «**комплексное ПТСР**», которая, помимо общих симптомов ПТСР, будет включать изменения в трех сферах: 1) *аффективное функционирование* (эмоциональная лабильность, вспышки агрессии, склонность к диссоциативным реакциям); 2) *отношение к самому себе* (восприятие себя как уродливого и никчемного человека, выраженное чувство стыда и вины); 3) *межличностные отношения* (сложность поддерживать отношения с другими людьми, избегание близких отношений).

Как известно, категория МКБ-10 «**расстройство адаптации**» использовалась врачами при невозможности диагностировать конкретное депрессивное или тревожное состояние, а также как предварительный диагноз в тех случаях, когда было неясно, какое из расстройств (ПТСР или расстройство настроения) развивается в дальнейшем. Перед экспертами ВОЗ стояла задача уточнить дифференциально-диагностические критерии данного состояния и описать роль стрессовых факторов в его развитии. Согласно определению, расстройство адаптации — это транзиторное расстройство, которое обычно развивается в течение месяца в условиях действия стрессовых факторов и разрешается в течение полугода. При этом глубина стресса не принимается во внимание, а симптомы не отвечают критериям ПТСР. Предложены три группы симптомов (дименсии): 1) *чрезмерное беспокойство* в виде волнения, постоянных неприятных мыслей; 2) *неспособность адаптироваться* в виде утраты интереса к работе, социальной жизни, заботе о других и проведению досуга, а также проблем со сном и снижением концентрации внимания; 3) *разнообразные другие клинические симптомы*, включая тревогу, депрессию и снижение контроля за своим поведением.

Категория «**острая стрессовая реакция**» должна подвернуться реорганизации. С одной стороны, понятие «реакция» подразумевает, что здесь речь не идет о психическом расстройстве в узком смысле. С другой стороны, эксперты соответствующей рабочей группы DSM указывают на то, что это состояние, симптомы которого напоминают ПТСР и являются его предиктором (Bryant, 2011), следует оставить в DSM-5 по просьбе страховых компаний. В частности, различные службы по оказанию помощи населению рекомендуют включить в классификацию категорию, которую можно будет использовать при обращении к ним лиц с различными эмоциональными и соматическими симптомами, возникающими сразу после воздействия какого-либо события. Использование кода «Z» для диагностики острой стрессовой реакции

позволит работникам сферы психического здоровья лучше распознавать эти состояния.

В настоящее время рабочая группа МКБ-11 инициировала стадию полевых исследований, в которых принимают участие различные международные центры, направленную на уточнение диагностических критериев стрессовых состояний. Кроме того, любой желающий может оставить свои комментарии и предложения по улучшению диагностики стрессовых расстройств на сайте ВОЗ, посвященного развитию МКБ-11 (www.who.int/classifications/icd11).

Расстройства шизофренического спектра

Анализ различных аспектов будущих классификаций психотических расстройств был сделан одним из соавторов ранее [1]. В настоящем сообщении нам хотелось бы остановиться на двух частных проблемах диагностики расстройств шизофренического спектра, которые подробно обсуждались на различных сессиях Конгресса и представляют большой практический интерес: целесообразность включения в диагностические признаки шизофрении критерия «снижение социального функционирования» и возможные изменения в диагностике шизотипического расстройства.

Первый из этих вопросов обсуждался во время симпозиума «**Дебаты: должно ли функциональное снижение быть диагностическим критерием шизофрении?**» Как известно, в DSM-IV обязательным критерием диагностики шизофрении является наличие значимого функционального снижения, которое прогрессирует после манифестации заболевания и проявляется в одной или более сферах (работа, межличностные отношения, самообслуживание). Эксперты рабочей группы по психотическим расстройствам DSM-5 после некоторых сомнений также решили оставить данный критерий. В то же время, в МКБ-10 он не упоминается, а относительно МКБ-11, которая должна выйти в свет только в 2015, у экспертов нет единого мнения по этому вопросу.

Основные аргументы в пользу включения критерия «снижение социального функционирования» в качестве обязательного признака шизофрении представила S. Galderisi (Италия). Было отмечено, что во многом этот принципиальный спор возвращает к разному пониманию шизофрении Крепелиным и Блейлером: является или не является шизофрения болезнью с плохим прогнозом? Если ответить утвердительно, то функциональное снижение является устойчивым признаком. Если принять точку зрения Блейлера, то требование функционального снижения необязательно. К сожалению, до сих пор у нас нет однозначного ответа, что во многом связано с тем, что до сих пор отсутствуют четкие внешние критерии оценки. Так, о дистрессе часто говорят лишь на основании того факта, что пациент ищет помощь, в то время как использование количественных (дименсиональных) шкал оценки уровня функционирования требуют специальной подготовки. В DSM критерий «функциональное снижение» оценивают по бинарной шкале (наличие или отсутствие) при наблюдении за течением болезни. Практические врачи при этом не испытывают каких-либо затруднений.

По мнению ВОЗ, одна из целей ревизии Международной классификации болезней состоит в разделении диагноза как такового и функционального статуса.

Последний рассматривается не только как исход заболевания, но и как результат многих других причин (влияние внешней среды, личностных факторов, стрессовых воздействий). С другой же стороны, признается, что дифференциально-диагностические критерии некоторых психических расстройств далеко не идеальны, и в отдельных случаях мы вынуждены принимать во внимание функциональное снижение как признак, позволяющий отличить психическое расстройство как таковое от непатологического состояния. В недавно опубликованном обзоре (Reed, 2012) приводятся данные опроса большого числа психиатров по этому вопросу. Так, более 2/3 из них считали, что функциональное состояние следует учитывать при постановке диагноза большинства или всех психических расстройств. Более 40 % специалистов полагали, что он должен быть обязательным диагностическим критерием в тех случаях, когда нужно сделать вывод о существовании психического расстройства. Кроме того, более трети из них заявили, что в отсутствие функционального снижения вообще нельзя диагностировать заболевание. Таким образом, включение функционирования в различные опросники и рекомендации не встречает возражений в профессиональном сообществе.

Недавно было показано (Linscott, 2012), что распространенность психотических симптомов в популяции (бредовые идеи и галлюцинации) составляет 8 % и не зависит от возраста и культуры. В то же время, по данным многочисленных эпидемиологических исследований, уровень распространенности психотических расстройств в целом не превышает 3 %. Было предложено несколько причин, объясняющих эти расхождения. Во-первых, возможно, что результаты эпидемиологических исследований ошибочны, а встречающиеся в популяции бредовые идеи и галлюцинации должны интерпретироваться как психотические заболевания. Во-вторых, по-видимому, психотические симптомы в популяции кардинальным образом отличаются от тех, которые встречаются при психотических расстройствах. И, в-третьих, психотические симптомы могут быть одни и те же, но при психических расстройствах также присутствуют и другие признаки (например, функциональное снижение или дистресс). Принимая во внимание эти факты, эксперты внесли в один из разделов проекта МКБ-11 следующее примечание: важнейшим отличием непатологических психотических симптомов от психических заболеваний является наличие функционального снижения. Существование этого признака является кардинальной чертой психотических расстройств в целом и позволяет оказывать этим больным квалифицированную психиатрическую помощь.

Было предложено внести в определение психического расстройства следующий диагностический критерий: оно должно сопровождаться значительным дистрессом и/или снижением социального функционирования в нескольких сферах (работа, межличностные отношения или уровень самостоятельного проживания и ведения хозяйства). Если же состояние не сопровождается дистрессом и/или функциональным снижением, то диагноз не может быть поставлен (критерий исключения).

Аргументы против включения функционального снижения в диагностические критерии шизофрении представил председатель рабочей группы

по психотическим расстройствам МКБ-11 **W. Gaebel** (Германия). Он, в частности, отметил, что в последнем издании Оксфордского психологического словаря функциональное снижение определено как любое снижение качества или стабильности (*strength*) физического или психологического функционирования, которое проявляется в нескольких сферах: основные жизненные навыки (прием пищи, ванны, одевание); инструментальные навыки (поддержание жилья в надлежащем состоянии, управление деньгами); функционирование в контексте семьи, общества, системы образования и т. д. В соответствии с этим определением, данный критерий нельзя использовать в классификации психических заболеваний. Кроме того, помимо собственно позитивных и негативных симптомов шизофрении, на уровень функционального снижения могут влиять еще и целый ряд других факторов, таких, например, как когнитивное функционирование, личностные особенности, факторы внешней среды и качество жизни. Было показано, что наличие семьи и друзей у больных шизофренией ассоциируется с меньшим уровнем безработицы и лучшими инструментальными навыками, а вмешательства, направленные на улучшение социальных связей, также положительно сказываются на трудоустройстве и навыках самообслуживания.

К сожалению, среди практических врачей недостаточно известна предложенная ВОЗ уже около 20 лет назад Международная классификация по функционированию, инвалидности и здоровью (ICF), которая предлагает значительно более широкое определение функционирования и не ограничивается лишь констатацией его снижения. В частности, в классификации ICF предлагается отдельно оценивать уровень снижения нетрудоспособности, которая может проявляться на уровне телесных функций (их снижение), личности (ограничение активности) и социума (ограниченное участие). Таким образом, ВОЗ предлагает оценивать уровень функционирования и нетрудоспособности вне рамок существующих диагностических критериев МКБ-10 с помощью дополнительной классификации ICF.

Как уже отмечалось, в DSM-IV функциональное снижение является обязательным компонентом диагноза шизофрении. В то же время, как оценивать критерий «клинически выраженное снижение» не совсем понятно, хотя в ней и есть два практических указания: во-первых, это дистресс (озабоченность и страдания, связанные с болезнью) и, во-вторых, ограничение функционирования («ограничения, связанные с выполнением социальных функций и трудовой занятостью»). Степень этого снижения важна для определения тяжести расстройства («легкое», «среднее» или «тяжелое»), которое, в свою очередь, определяют врачи-психиатры на основании своего клинического опыта.

Решение оставить в DSM-5 функциональное снижение в качестве обязательного критерия шизофрении встретило много возражений. С одной стороны, психотические симптомы сами по себе могут сопровождаться снижением функционирования, а другой — функциональное снижение далеко не всегда отмечается при шизофрении, а его наличие у здоровых лиц с психотическими симптомами не обязательно говорит о шизофрении. Кроме того, снижение социального функционирования отмечается у 40 % больных

шизофренией, находящихся в состоянии симптоматической ремиссии (Karow, 2011). Уровень функционирования при шизофрении не является величиной неизменной, но подвержен динамическим изменениям: как уже отмечалось выше, его можно улучшить при проведении адекватной психосоциальной терапии. Все эти данные свидетельствуют о том, что уровень функционирования как исхода шизофрении следует рассматривать отдельно от клинико-динамических характеристик заболевания.

Американская психиатрическая ассоциация до сих пор не предложила стандартизованный, валидный и надежный инструмент для измерения уровня функционирования. Широко используемую для этих целей Шкалу GAF (Global Assessment of Functioning) трудно считать таковой, т. к. в ней смешивается понятие «болезнь» и «нетрудоспособность», ее показатели больше коррелируют с клиническими симптомами, чем с уровнем функционирования, а уровень патологических значений Шкалы устанавливается произвольно. Вопрос можно ставить шире: насколько вообще использование шкал, опросников и самоопросников позволяет надежно оценить функционирование? Критические оценки, в первую очередь, касаются сложностей их использования в разных странах и культурах, а также нецелесообразность применения во время острых психотических состояний (Sabbag, 2011). Кроме того, многие рейтинговые опросники требуют специальной подготовки, а полученные данные об уровне функционирования могут сильно отличаться от того, кто непосредственно был респондентом (пациент, родственники, друзья или врачи).

В определении шизофрении в МКБ-11 (проект) есть упоминание о том, что расстройство *может быть* связано со значительным дистрессом и/или функциональным снижением в нескольких областях (работа, межличностные отношения, самообслуживание), хотя в качестве *обязательных критериев* для диагностики эти признаки не значатся. Как уже отмечалось, функциональное снижение подразумевает ограничения, связанные с симптомами болезни («дисфункция»), а дистресс связывается с беспокойством и волнениями из-за самого состояния, что больше напоминает концепцию «нетрудоспособности» в том виде, как она представлена в классификации ICF. Ее использование в качестве дополнительного инструмента позволит понять связь между болезнью как таковой и особенностями снижения как независимыми переменными. В то же время, включение в МКБ-11 функционального снижения как обязательного критерия приведет к смешению симптомов заболевания, тяжести расстройства и уровня функционирования. Кроме того, ICF позволит разработать терапевтические стратегии, которые будут прицельно воздействовать на отдельные компоненты функционирования.

Возможные **изменения в диагностике шизотипического расстройства** обсуждались в докладе президента Немецкой психиатрической ассоциации P. Falkai. Было отмечено, что дефиниция расстройства не терпела существенных изменений. Оно, в частности, характеризуется устойчивыми странностями поведения, необычной речью, идеями (*beliefs*), нарушениями восприятия, интенсивность которых не достигает типичных диагностических критериев шизофрении

и может проявляться разнообразными позитивными и негативными симптомами. Позитивная шизотипия включает следующие симптомы: подозрительность и параноидные идеи; нарушения восприятия (телесные иллюзии, деперсонализация, дереализация, слуховые галлюцинации), магические и бредоподобные идеи, а также другие странные идеи, которые не согласуются с культуральными нормами и не достигают критериев психотических расстройств; обсессии дисморфобического, сексуального и агрессивного содержания, не сопровождающиеся внутренней борьбой. Негативная шизотипия сопровождается ограниченной эмоциональностью, чувством отрешенности и отчужденности, необычным внешним видом и эксцентричным поведением.

Дифференцировать шизотипическое расстройство необходимо от других заболеваний шизофренического спектра и личностной патологии. От продромальной и резидуальной стадий шизофрении оно отличается большей стабильностью симптоматики и отсутствием отчетливых психотических эпизодов в анамнезе. С шизоидным расстройством личности его сближает структура межличностных особенностей, а различает частое наличие эксцентричного поведения и отдельные психотические симптомы. Негативная шизотипия и расстройства аутистического спектра (например, синдром Аспергера) также имеют много общих черт (малоконтактность, социальная отгороженность), что может привести, особенно при отсутствии продуктивных симптомов, к значительным дифференциально-диагностическим сложностям.

Еще одним важным изменением в МКБ-11 будет введение в критерии показателей функционирования и культуральных факторов. У лиц с шизотипическим расстройством часто наблюдается снижение функционирования, которое, так же как у больных шизофренией, эксперты рекомендуют измерять дополнительно с помощью классификации ICF. Шизотипическое расстройство встречается во всех культурах, но все же большая распространенность наблюдается в некоторых этнических группах. Следует принимать во внимание, что в некоторых странах отдельные симптомы позитивной и негативной шизотипии могут быть связаны не столько с психической болезнью, сколько с той позицией, которую они занимают в обществе.

В последние годы было выполнено несколько исследований, направленных на выявление генетических маркеров шизотипического расстройства (Raine A., 2006). В частности, была выявлена связь между геном COMT-val и негативной шизотипией, между делециями гена 22q11 и высокими показателями по самоопроснику KSQ, направленному на выявление шизотипии, а также ассоциация между мутациями гена FMR-1 и формальными расстройствами мышления, сниженной эмоциональностью и характерными межличностными особенностями у лиц с шизотипическим расстройством. В нескольких работах, правда выполненных уже достаточно давно и охватывающих небольшое число больных, была показана эффективность при шизотипическом расстройстве галоперидола и тиотиксена при психотических, деперсонализационных симптомах и социальной изоляции, а также флуоксетина при обсессивных симптомах (Humovitz, 1986, Markovitz, 1991).

В литературе обсуждается вопрос, который, скорее всего, пока не найдет отражения в МКБ-11, о двух независимых клинических подтипах шизотипического расстройства (Raine A., 2006). Истинная шизотипия, связанная с развитием мозга (*neurodevelopmental*), базируется на генетических, пренатальных и постнатальных факторах, имеет достаточно стабильную симптоматику, сродство к шизофрении, при ней целесообразно рассматривать вопрос о фармакотерапии. При псевдошизотипии, ассоциированной с психосоциальными факторами, симптомы неустойчивы во времени, не имеют отношения к шизофрении, и в качестве предпочтительной стратегии лечения рассматривается психотерапия.

В перечень признаков шизотипического расстройства в МКБ-11, по всей видимости, войдет деление на подтипы (позитивная и негативная), указание на необходимость оценивать культуральные особенности пациентов и уровень функционирования. Также будет добавлено уточнение, что расстройство может являться продромальной фазой шизофрении.

Анализ докладов XXI Европейского Конгресса по психиатрии, посвященных предстоящим изменениям двух основных классификаций психических расстройств (DSM-5 и МКБ-11), позволяет заметить, что в официальных систематиках прослеживается стремление сделать диагностику более простой и доступной для использования в разных странах, дестигматизировать и индивидуализировать диагноз, а также исключить из критериев малоспецифичные и нестойкие симптомы, что тем самым должно предупредить гипердиагностику одних психопатологических синдромов и гиподиагностику других. Что же касается содержательных сторон обеих классификаций, то здесь следует отметить доминирование смешанного (категориально-дименсионального) подхода, повышение значимости функционирования как важного дифференциально-диагностического признака расстройств, а также разрешение во многом искусственной проблемы коморбидности.

Несмотря на желание сблизить между собой DSM-5 и МКБ-11, чему в немалой степени способствует и участие одних и тех же исследователей в разработке обеих систематик, их разные цели во многом обуславливают и различия (M. Maj, 2013). Американская классификация будет использоваться преимущественно специалистами в области психиатрии и должна предоставить тщательно проработанный инструмент, который окажет помощь в выборе наилучшей терапевтической стратегии, которая обычно доступна в развитых странах. В отличие от этого, классификация ВОЗ обращается к более широкой аудитории, включая врачей общей практики из развивающихся стран. Ее цель — сделать диагностику психических расстройств простой и доступной для использования в разных медицинских учреждениях.

Список литературы

1. Павличенко А. В. Будущие классификации психотических расстройств // Психиатрия и психофармакология. — 2013. — Т. 15, № 1. — С. 67—72.
2. Bryant Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a review // J Clin Psychiatry. — 2011. — Vol. 72. — P. 233—249.
3. The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis / [Evert, H.,

Harvey, C., Trauer, T. and Herrman, H. J // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2003. — Vol. 38(4). — P. 180—188.

4. Karow A. Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists / A. Karow // Eur Psychiatry. — 2012. — Vol. 27(6). — P. 426—431.

5. Linscott R. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders / R. Linscott // Psychol Med. — 2013. — Vol. 43(6). — P. 1133—1149.

6. Maj M. What changes will DSM-5 and ICD-11 bring? / M. Maj // EPA Congress News. — 7 Apr 2013. — P. 12—14.

7. Mojtabaj R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5 / R. Mojtabaj // Arch Gen Psychiatry. — 2011. — Vol. 68(9). — P. 920—928.

8. Pull C. Too few or too many? Reactions to removing versus retaining specific personality disorders in DSM-5 / C. Pull // Curr Opin Psychiatry. — 2013. — Vol. 26(1). — P. 73—78.

9. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories / A. Raine // Annu Rev Clin Psychol. — 2006. — Vol. 2. — P. 291—326.

10. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification / [Reed G. Correia J. M., Esparza P. et al.] // World Psychiatry. — 2011. — Vol. 10(2). — P. 118—131.

11. Assessing everyday functioning in schizophrenia: not all informants seem equally informative / [Sabbag S., Twamley E. M., Vella L. et al.] // Schizophr Res. — 2011. — Vol. 131(1—3). — P. 250—255.

12. Wakefield J. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? / Wakefield J., First M. B. // World Psychiatry. — 2012. — Vol. 11(1). — P. 3—10.

Надійшла до редакції 11.06.2013 р.

А. В. Павличенко¹, М. М. Денисенко², В. В. Чітлова³

¹ ДБОУ ВПО «Російський національний дослідний медичний університет імені М. І. Пирогова» МОЗ Росії (м. Москва, Росія)

² ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків, Україна)

³ ФДБУ «Науковий центр психічного здоров'я» РАМН (м. Москва, Росія)

Проблеми класифікації в матеріалах XXI Європейського Конгресу з психіатрії

Ця публікація є оглядом матеріалів XXI конгресу Європейської психіатричної асоціації (6—9 квітня 2013 р., Ніцца, Франція), присвячених проблемам систематики розладів афективного спектра, розладів особистості, захворювань, пов'язаних зі стресом, і шизотипового розладу в світлі майбутніх ревізій DSM-5 і МКБ-11. Крім того, окремо обговорюється роль функціонального зниження як важливого компонента психіатричного діагнозу.

Ключові слова: DSM-5, МКБ-11, афективні розлади, розлади особистості, захворювання, пов'язані зі стресом, функціональне зниження, Конгрес ЄПА 2013.

А. В. Pavlichenko¹, М. М. Denisenko², V. V. Chitlova³

¹ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia);

² State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv);

³ Mental Health Research Center of RAMS (Moscow, Russia)

Future classifications of mental disorders (according to the proceedings of the XXIst European Congress of Psychiatry)

This publication provides an overview of plenary sessions, symposia and Pro&Con Debates of the XXIst European Congress of Psychiatry (6—9 April 2013, Nice, France) that cover contemporary problems of classification of affective disorders, personality disorders, stress-related disorders and schizotypal disorder. It is also discussed some advantages and disadvantages of proposed inclusion in the definition of schizophrenia such criterion as functional impairment.

Keywords: DSM-5, ICD-11, affective disorders, personality disorders, stress-related disorders, schizotypal disorder, functional impairment, EPA Congress 2013.