

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, И ГЕМБЛИНГ (ОТ DSM-5 К МКБ-11)

Михаил Леонидович Зобин

Московский центр по лечению зависимостей,
127055, Москва, ул. Сущевская, д. 21, e-mail: dr.zobin@yandex.ru

Реферат. Проанализированы основные инновации в классификации расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в DSM-5 в сравнении с прошлым (DSM-IV), настоящим (МКБ-10) и будущим (МКБ-11) руководствами. Обращено внимание на продуктивность научной дискуссии, включающей содержательные парамедицинские аргументы, для повышения качества клинических рекомендаций. Отмечена низкая чувствительность российской наркологии к происходящим изменениям.

Ключевые слова: зависимость, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, DSM-5.

SUBSTANCE USE DISORDERS AND GAMBLING
(FROM DSM-5 TO ICD-11)

Mikhail L. Zobin

Moscow Drug Addiction Treatment Centre,
127055, Moscow, Sushchevskaya str., 21,
e-mail: dr.zobin@yandex.ru

The analysis of the basic innovations in the classification of substance use disorders is given in the DSM-5 in comparison with the previous (DSM-IV), the present (ICD-10) and the future (ICD-11) guidelines. Scientific discussion including substantial paramedical arguments is noted to have positive effects on productivity-enhancing clinical guidelines. It is stated that Russian narcology is low sensitive to the recent changes.

Key words: dependence, substance use disorders, DSM-5.

Целью любой диагностической классификации является создание информационной основы для правильной оценки ситуации и эффективного действия. В сфере медицинской, в частности психиатрической и аддиктивной патологии, это означает что диагностическая система должна формировать информационное утверждение на основе которого принимаются клинические решения и осуществляются терапевтические практики. При этом диагностические критерии не образуют исчерпывающего определения базовых расстройств, они лишь обобщают наборы признаков, характеризующие отдельные заболевания. Иными словами, само заболевание не зависит от классификации. Однако от того,

насколько точно диагностические критерии будут отражать эту самостоятельную клиническую реальность, настолько обоснованными и адресными будут наши терапевтические усилия.

Весной 2013 г. было опубликовано 5-е издание диагностического руководства по психическим расстройствам – DSM-5 [9], выпущенное Американской Психиатрической Ассоциацией¹. Эта классификация является кульминацией многолетней работы по совершенствованию предшествующего руководства – DSM-IV [8], которое часто сравнивалось с МКБ-10 [22] и использовалось в исследовательских проектах, поскольку в DSM более тщательно прописаны диагностические критерии некоторых расстройств и критерии оценки результатов лечения.

С самого начала создатели DSM-5 стремились сохранить и по возможности усилить согласованность классификации с разрабатываемой МКБ-11. В частности, была создана координационная группа для гармонизации DSM-5 и МКБ-11 под руководством S. Human – председателя группы консультантов ВОЗ по ревизии главы психических и поведенческих расстройств в МКБ-10 и одновременно члена проблемной комиссии DSM-5. В работе по подготовке DSM-5 принимали участие более 400 экспертов из 13 стран, представляющих различные специальности от психиатрии и неврологии до эпидемиологии и статистики [19].

Проблемы, возникающие при переводе названия раздела (*Substance-Related and Addictive Disorders*), обусловлены тем, что в DSM-5 термин «вещество» (*substance*) используется без привычного для нас уточнения «психоактивное» (ПАВ). И хотя для этого существуют опреде-

¹Американская Психиатрическая Ассоциация (АПА) – общественная профессиональная организация, насчитывающая более 36 тысяч специалистов (клиницистов и исследователей), работающих в области проблем психического здоровья.

ленные содержательные основания, дословный перевод «расстройства, связанные с веществом» звучит явно неудовлетворительно. Формулировка «расстройства, связанные с употреблением вещества»¹ звучит лучше, но по-прежнему не хватает уточняющего определения. Какого вещества? Разумеется, почти во всех случаях речь идет о субстанциях, обладающих психотропным эффектом, но лишь в описательной части руководства указывается на преимущественно психоактивные вещества.

Весь раздел субстанционально-связанных расстройств в DSM-5 предлагается разделить на расстройства, связанные с употреблением какого-либо вещества (*Substance Use Disorder*), и расстройства, индуцированные этим употреблением (*Substance-Induced Disorder*). При этом расстройства, связанные с употреблением, определяются как проблемное употребление, ведущее к клинически значимому ущербу или дистрессу².

Одновременно расстройства, индуцированные употреблением, включают интоксикацию, синдром отмены и почти весь спектр психопатологических нарушений от психотических форм до нейрокогнитивного дефицита. Таким образом, в качестве индуцированных рассматриваются все клинические последствия употребления. Но в таком случае на долю расстройств, связанных с употреблением, остаются только социальные последствия. Однако это противоречит определению, в котором указывается на клинически значимые нарушения, характеризующие *Substance Use Disorder*. В результате возникает некоторая путаница с терминологией, которая в реальности нивелируется тем, что *Substance-Related* и *Substance Use Disorders* используются как синонимы, а термин *Substance-Induced* обычно применяется при описании психотических осложнений употребления (будь то белая горячка или параноидная вспышка, индуцированная приемом психостимуляторов). В самом общем виде эти расстройства характеризуются в DSM-5 как набор симптомов, возникающих в результате употребления вещества и продолжения его использования несмотря на негативные последствия.

¹Перевод *Substance Use Disorder* как «расстройства употребления» представляется неточным, поскольку интоксикация, синдром отмены и другие симптомы являются последствиями употребления, а не его расстройством (прим. авт.).

²Дистрессом Г. Селье называл отрицательный стресс, разрушительный процесс, ухудшающий протекание психофизиологических функций.

Важнейшим концептуальным изменением в DSM-5 в сравнении с DSM-IV является отказ от терминов «злоупотребление» и «зависимость». В DSM-IV злоупотребление часто представлялось облегченной формой или предстadium последующей зависимости, хотя сами проявления злоупотребления могли быть довольно разрушительными. При этом критерии злоупотребления в DSM-IV отражали только социальные последствия приема ПАВ, т.е. «злоупотребление» в DSM-IV не совпадало с понятием «употребления с вредными последствиями» в классификации ВОЗ, поскольку в МКБ-10 под вредными последствиями понимаются исключительно медицинские осложнения.

С термином «зависимость» возникла еще большая путаница, поскольку при употреблении наркотических веществ ее стали отождествлять с понятием наркомании, причем не только медицинские чиновники, но и наркологи. В то же время зависимость в чистом виде не имеет аддиктивного содержания, а представляет собой нормальную физиологическую реакцию адаптации. Когда физическую зависимость от опиоидов стали отождествлять с опиоидной наркоманией, это привело к трагическим последствиям — самоубийствам онкологических больных, лишенных доступа к обезболивающим средствам, из-за опасений возникновения зависимости. Кому-то показалось, что умирающим больным таким образом можно привить наркоманию.

Зависимость может возникать не только от ПАВ, она, например, может появляться в результате приема бета-блокаторов. Даже признаки физической зависимости от опиоидов не влекут за собой автоматически диагноза аддиктивного расстройства. Такие случаи иногда наблюдаются в хирургической практике. Преодоление синдрома отмены у этих больных часто приводит к полному отказу от употребления в последующем, так как отсутствует наркоманические мотивации и признаки психической зависимости.

В процессе разработки DSM-5 обсуждалось предложение заменить термины «злоупотребление» и «зависимость» (*“abuse”* и *“dependence”*) на «пристрастие» (*“addiction”*). Однако от этой идеи пришлось отказаться, во-первых, потому, что само понятие «пристрастие» недостаточно семантически ограничено [23], во-вторых, имеет негативные коннотации, определяющие стигматизацию, недопустимую в медицинской практике и, в-третьих, состояние интоксикации, синдром

отмены и другие проявления расстройства могут быть не связаны с феноменом аддикции. В итоге формулировка «расстройство, связанное с употреблением» была признана наиболее адекватной.

В разделе субстанционально связанных и аддиктивных расстройств DSM-5 выделяются отдельные формы расстройства по 10 классам различных ПАВ и одна специфическая поведенческая аддикция (табл. 1).

которым относится и кетамин (в DSM-IV это были отдельные рубрики). Несмотря на определенные различия в клинических проявлениях интоксикации и психотических нарушениях, расстройства, связанные с употреблением психотомиметиков и диссоциативов довольно близки по своим основным характеристикам, поэтому их сближение в новой классификации представляется вполне логичным.

Таблица 1

Диагностические рубрики в DSM-5

	Расстройства, связанные с употреблением ПАВ и гемблинг	Интоксикация	Синдром отмены
Алкоголь	+	+	+
Кофеин	–	+	+
Каннабис	+	+	+
Галлюциногены (включая PCP)	+	+	–
Ингалянты	+	+	–
Опиоиды	+	+	+
Седатики, гипнотики, анксиолитики	+	+	+
Стимуляторы	+	+	+
Табак	+	–	+
Другие/неизвестные вещества	+	+	+
Комбинированное употребление	–	–	–
Гемблинг	+	–	+

В сравнении с предшествующей классификацией (DSM-IV):

- Для кофеина добавлен синдром отмены, поскольку признается, что отказ от привычного употребления кофе в течение дня может приводить к повышенной вялости и сонливости. В то же время не достаёт данных для определения кофеина в разряд веществ, способных вызывать клинически выраженные нарушения здоровья или проявления дистресса, поэтому он помещен в специальный раздел, требующий дополнительных исследований. В этот же раздел введены и компьютерные игры, для которых недостаточно данных, чтобы формализовать их в качестве аддиктивного расстройства.

- Синдром отмены также добавлен для каннабиса. Возможно, этому способствовало появление синтетических каннабиноидов с более высоким аддиктивным потенциалом и повышенной фармакодинамической активностью.

- Галлюциногены, вдобавок к психотомиметикам, включают подрубрику фенциклидина (PCP) и остальных арилциклогексиламинов, к

- Стимуляторы (кокаин, амфетамины, метамфетамины) объединены в одну рубрику из-за тождественности клинических проявлений и церебральных механизмов воздействия – это также вполне оправданно, поскольку различия клинических эффектов растительных и синтетических стимуляторов выражены не более чем различия между растительными и синтетическими опиоидами.

- Комбинированное употребление ПАВ (то, что у нас часто называлось полинаркоманией), полностью изъято из классификации. Не потому, что не бывает одновременного и хаотичного употребления различных ПАВ, а потому, что в DSM-5 требуется указывать каждое вещество в отдельности.

- Впервые в разделе аддиктивной патологии появляется гемблинг – поведенческая аддикция, которая в предыдущей классификации относилась к расстройствам влечения вместе с клептоманией. Помещение гемблинга в этот раздел отражает результаты исследований, показавших, что это расстройство имеет те же клинические проявления, церебральные механизмы и

коморбидную психопатологию, что и химические аддикции. Кроме того, для лечения патологического пристрастия к азартным играм используются те же подходы, что и для лечения субстанциональных расстройств, в частности налтрексон и различные виды психотерапии, преимущественно поведенческой направленности. Все это позволило экспертам АПА объединить субстанциональные и поведенческие аддикции в общий раздел.

Вместо отдельных критериев для злоупотребления и зависимости в DSM-5 есть 11 общих критериев. При этом для постановки диагноза расстройства, связанного с употреблением ПАВ, необходимо наличие не менее 2 критериев в течение 12 месяцев.

1. Вещество часто принимается в больших количествах или в течение более длительного времени, чем предполагалось.

2. Отмечаются постоянное желание или безуспешные попытки сократить или контролировать употребление вещества.

3. Значительно увеличивается количество времени, которое тратится на поиск, употребление вещества и преодоление последствий интоксикации.

4. Неодолимое влечение к употреблению вещества.

5. Повторные употребления веществ, приводящие к утрате способности выполнять основные обязательства на работе, по месту учебы и в семье (прогулы, ухудшение качества работы и снижение успеваемости).

6. Продолжение использования вещества, несмотря на постоянные или периодически возникающие социальные или межличностные проблемы, вызванные или усугубляемые эффектами употребляемой субстанции (семейные конфликты, ссоры с окружающими и пр.).

7. Вследствие употребления веществ прекращаются или заметно сокращаются важные проявления социальной, профессиональной и досуговой активности.

8. Повторные использования вещества в ситуациях, связанных с физической опасностью (например, при управлении автомобилем, отдыха на воде и т. п.)

9. Употребление веществ продолжается, несмотря на знание о постоянных или периодических проблемах с физическим или психическим здоровьем, вызываемых или усугубляемых приемом вещества.

10. Признаки толерантности, определяемые любым из следующих феноменов:

а) необходимость заметного увеличения количества вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта;

б) заметное снижение эффекта при продолжении использования того же количества вещества (не относится к случаям приема лекарств под врачебным наблюдением).

11. Наличие синдрома отмены, проявляющегося одним из следующих феноменов:

а) появление физических симптомов при снижении дозы или отмены вещества;

б) употребление вещества для облегчения или избегания симптомов отмены (не относится к случаям приема лекарств под врачебным наблюдением).

Нетрудно заметить, что первые 4 критерия отражают утрату контроля над потреблением. При этом необходимость введения 4-го критерия (неодолимого влечения), которого не было в DSM-IV, активно оспаривалась. Это может показаться странным, поскольку в российской наркологии так называемое «патологическое влечение» принято считать стержневой характеристикой наркологического заболевания, т.е. без патологического влечения – нет аддиктивного расстройства. Парадокс, однако, состоит в том, что само влечение (крейвинг) может быть, а клинических проявлений расстройства может и не быть, как это случается в ремиссии. Но и при существующем расстройстве наличие крейвинга необязательно, хотя не все с этим согласны. В самом деле, как это возможно, употребление есть, а влечения к употреблению нет? Влечение к выпивке могут обнаруживать участники праздничного застолья, но в данном случае речь идет о качественно другом состоянии. Потребностный сдвиг с последующим употреблением ПАВ может реализовываться без осознанного влечения. В условиях утраты контроля над импульсом для употребления вполне достаточно отсутствия борьбы мотивов, что, впрочем, тоже часто оказывается слабым препятствием.

Некоторые авторы считают аддиктивное влечение исчерпывающим понятием, которое в силу своей нейробиологической основы «не нуждается в психопатологической интерпретации и нюансировке» [1]. Являясь реальным клиническим феноменом, аддиктивное влечение может объективизироваться современными техниками нейровизуализации и психометрическими мето-

дами. В то же время оно является неким эпифеноменом, поскольку все другие симптомы отражают расстройство или вытекают из него. Крейвинг же – единственный симптом, который предшествует клиническим проявлениям основного заболевания. Эту особенность отмечали противники его использования в качестве диагностического критерия, когда указывали на то, что поведенческие предпочтения не могут выступать симптомом последующего расстройства.

По мнению одного из членов рабочей группы [21], практическое использование DSM-5 легче, чем DSM-IV. В прежней классификации при отсутствии трех из семи критериев зависимости приходилось исследовать четыре дополнительных признака для подтверждения злоупотребления. В DSM-5 диагностический процесс является одноступенчатым. Кроме того, список единых критериев сводит к нулю проблемы так называемого диагностического сиротства, когда наличие только одного или двух критериев зависимости при отсутствии признаков злоупотребления не позволяли диагностировать ни того, ни другого состояния.

Надо отметить, что заключительный этап подготовки к выпуску DSM-5 широко освещался не только в профессиональных изданиях, но и в общественной печати, при этом основные изменения классификации подвергались довольно жесткой критике. Значительное число оппонентов не желали признавать DSM-5 «новой Библией» американской психиатрии [7, 16].

В прессе предлагаемые изменения особенно пристально рассматривались с позиций конфликта финансовых интересов [12]. В частности указывалось, что связи психиатров и фармацевтических компаний являются давними и глубокими, и психиатрия в этом альянсе лидирует среди прочих медицинских специальностей. Критически настроенные авторы усматривали латентные взаимосвязи между растущим количеством диагнозов в каждом очередном издании DSM и стремительным расширением арсенала психофармакотерапии [3, 24]. При этом подчеркивалось, что «психиатрия стала любимницей фармацевтической промышленности, которая вскоре сделала свою благодарность ощутимой». [4].

Подтверждением серьезности этих замечаний явился демонстративный выход из состава рабочей группы Г. Мосса – заместителя директора Национального института алкоголизма по клиническим и междисциплинарным исследо-

ваниям. Протестуя против введения крейвинга в перечень критериев аддиктивного расстройства, он заявлял, что единственным следствием такого решения будет расширение продаж налтрексона. Его сторонники обращали внимание на то, что сам этот термин («крейвинг») не имеет четких границ, а его отсутствие в DSM-IV не мешало совпадению диагнозов с МКБ-10 более чем в 95% случаев.

Одним из наиболее громогласных и авторитетных критиков новой классификации стал А. Frances, возглавлявший в свое время проблемную комиссию по подготовке DSM-IV. Он обвинял создателей DSM-5 в «научной несостоятельности», а сами подходы называл «диагностической инфляцией». Определение поведенческих излишеств в ранг клинического диагноза А. Frances воспринимал как скользкий путь, который приведет к тому, что «мы будем называть психическим расстройством все, что любим делать слишком часто» [11]. Некоторые профессионалы высказывали опасения, что объединение злоупотребления и зависимости в рамках единого расстройства приведет к необоснованному расширению диагностики и психиатрической экспансии в сферу нормальной жизнедеятельности, к вмешательству в личную жизнь обычных людей. Указывалось также, что гипердиагностика будет способствовать перераспределению ограниченных средств от реально нуждающихся в помощи к тем, кому лечение не показано, что снижение диагностического порога в отношении алкоголизации будет сопровождаться не только «ложной эпидемией», но и попытками избыточной медикализации терапевтических подходов, в то время как психологические и социальные проблемы не должны рассматриваться как болезни.

Отстаивая противоположные позиции, председатель рабочей группы С. О'Brien et al. [13, 14, 17, 20] указывали, что расширение диагностических оценок является профилактически ориентированным подходом и будет вести к более раннему началу терапии, что уменьшит расходы и улучшит конечные результаты лечения.

Кроме А. Frances, с критикой научной обоснованности DSM-5 выступило более 50 ассоциаций, занятых в области психического здоровья. Однако на призывы к независимой психиатрической экспертизе этого раздела, изложенной в открытом письме оппозиционеров [5], президент АПА ответил, что «не существует сторонней организации, обладающей ресурсами для проведения

необходимого объема экспертиз всех изменений собранных в DSM-5 [18].

Известный английский исследователь G. Edwards [10] высказывал опасения, что отказ от категорий злоупотребления и зависимости не будет принят МКБ-11, и это приведет к значительным диагностическим расхождениям с американской классификацией. Члены рабочей группы DSM-5 рассчитывали в свою очередь, что им удастся убедить экспертов ВОЗ в обоснованности нового подхода. Однако в МКБ-11 отказ от понятий «употребления с вредными последствиями» и «зависимости», кажется, не планируется, хотя окончательного решения еще не принято.

Критерии 5, 6 и 7 в общем перечне отражают социальные последствия употребления. Критерии 8 и 9 характеризуют риски этого употребления, при этом 8-й критерий в DSM-IV относился к злоупотреблению, а 9-й в МКБ-10 характеризует «употребление с вредными последствиями».

По мнению одного из разработчиков DSM-5 [21], среди 11 представленных критериев, возможно, существуют лишние или редко используемые признаки. Например, социальные последствия употребления, указанные в 5 и 7-м критериях можно было бы объединить, также как социальные (критерий 6) и медицинские (критерий 9) последствия. Разрешению этих вопросов на этом этапе помешали установленные сроки публикации DSM-5. Нет сомнений, что эти соображения с учетом накопленных знаний найдут свое решение в последующих изданиях классификации.

Критерии 10 и 11 являются, по существу, фармакологическими и отражают физическую зависимость. Это значит, что их присутствие необязательно для диагностики аддиктивного расстройства. В то же время наличие обоих этих симптомов не распространяется на тех, кто принимает лекарство под контролем врача. Это, например, относится к заместительной терапии агонистами опиоидной зависимости.

Медикализация употребления как способ перевода пациента в разряд ремиссии для отечественной наркологии является подходом нетрадиционным, а в некоторых случаях – неприемлемым. Исключение составляет лишь никотин-заместительная терапия. Другое дело – заместительная терапия опиоидной зависимости, когда требование к полному воздержанию выступает одновременно и условием, и целью лечения.

Хотя в DSM-IV предлагались принципы определения тяжести зависимости, они редко исполь-

зовались в клинических условиях. В DSM-5 существуют достаточно простые для реализации правила, позволяющие квалифицировать легкую, среднюю и тяжелую степени расстройств, вызванных употреблением ПАВ. Выраженность этих расстройств определяется количеством критериев:

- наличие единственного критерия не предполагает диагноза;
- 2-3 критерия соответствуют слабо выраженному расстройству;
- 4-5 – умеренному;
- 6 и более – тяжелому.

Слабо выраженное расстройство кодируется одной цифрой, а умеренное и выраженное расстройство – другой, т.е. расстройство с 4 и более критериями кодируются одной цифрой, а степень выраженности записывается словесно (Moderate or Severe). При этом слабо выраженное расстройство, как правило, соответствует тому, что по критериям DSM-IV называлось злоупотреблением, а умеренное и выраженное (4 и более признаков) в значительной степени соответствуют тому, что прежде обозначалось как зависимость [6].

Важно отметить, что даже слабо выраженное расстройство (2-3 критерия) может быть диагностировано только при наличии значительного ухудшения параметров функционирования пациента, что, как правило, указывает на нуждаемость субъекта в лечении.

Очевидно, что характеристики вреда будут зависеть от сопутствующих психических расстройств. Например, употребление марихуаны 2-3 раза в неделю у психически здорового субъекта может не достигать диагностического порога, несмотря на многолетний прием наркотика. Однако этот же паттерн употребления у больного шизофренией может ухудшать результаты лечения основного заболевания и провоцировать возникновение психотических приступов. Поэтому диагноз расстройства, связанного с употреблением, здесь более вероятен.

При формулировке диагноза в DSM-5 не допускается указания только на группу, за исключением алкоголя, каннабиса, табака и опиоидов. Например, для гипнотиков в МКБ-10 можно было указать: психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ. В DSM-5 вы не можете даже написать: расстройство, связанное с употреблением бензодиазепинов, необходимо указывать конкретный препарат, например, «расстройство, связанное с употреблением алпразолама;

умеренно выраженное». Для стимуляторов в МКБ-10 можно записать: употребление с вредными последствиями с указанием на фармакологическую группу, без уточнения конкретного вещества. В DSM-5 этот же диагноз будет звучать, например, как «расстройство, связанное с употреблением кокаина; слабо выраженное».

Хотя содержание терапевтического вмешательства не имеет жесткой привязанности к характеристикам тяжести расстройства, клиницисты Американского Общества Аддиктивной Медицины (ASAM), отмечают определенные корреляции между диагностическими оценками и терапевтическими подходами. При этом слабо выраженные расстройства предполагают краткосрочные терапевтические вмешательства и поддерживающие подходы умеренной интенсивности, в том числе основанные на принципах снижения вреда. Выраженные расстройства предполагают более интенсивные и продолжительные вмешательства, ориентированные на полное воздержание. Умеренно выраженное расстройство рассматривается как полигон для использования как менее, так и более интенсивных вмешательств в зависимости от особенностей конкретного случая и потребностей пациента. При таком подходе план лечения основывается на опыте предшествующей терапии сравнимых по тяжести случаев и может модифицироваться в зависимости от откликов на терапию и промежуточных результатов лечения.

В существующей классификации ВОЗ (МКБ-10) характеристика ремиссий детально не прописана, будут ли внесены критерии ремиссий при наркологических расстройствах в МКБ-11 пока неясно. В DSM-5 выделяются ранняя (*early remission*) и стойкая (*sustained remission*) ремиссия. Ранняя ремиссия не допускает ни одного критерия расстройства, кроме аддиктивного влечения, в течение, по меньшей мере, 3 месяцев, т.е. ремиссия в DSM-5 определяется с 3 месяцев воздержания (в DSM-IV она начиналась с 1-го месяца). Стойкой ремиссией называется воздержание более 12 месяцев. В DSM-IV еще имели место понятия «полной» (*full*) и «неполной» (*partial*) ремиссии. Парциальная ремиссия, в отличие от полной, допускала наличие одного или двух признаков зависимости, т.е. неполная ремиссия охватывала злоупотребление и субклинические проявления зависимости. Однако отказ в DSM-5 от дихотомии «злоупотребление» и «зависимость» в пользу континуума расстройств от мягких форм в виде 2-3 критериев до развернутых состояний с полным набором симптомов

в значительной степени лишает смысла сохранение понятия «неполной ремиссии», хотя и не исключает его полностью. Вместо использования понятия «неполной ремиссии» показателем положительной динамики может служить снижение тяжести расстройства, например, с 7-8 баллов до 2-3.

В DSM-5 выделяются также два особых условия ремиссии: в контролируемой среде (тюремное заключение, закрытое лечебное учреждение, реабилитационный центр и пр.) и в условиях заместительной терапии (агонистами, агонистами-антагонистами и антагонистами). Ремиссия опиоидной зависимости в условиях медикаментозной поддержки антагонистами возражений не вызывает. Другое дело – заместительная терапия агонистами. Ремиссия в этих условиях предполагает, что лечение назначено и контролируется врачом и, по крайней мере, в течение 3 месяцев отсутствуют все критерии субстанционального аддиктивного расстройства, за исключением толерантности и синдрома отмены. Как известно, официальная российская наркология не признает ремиссией состояние, когда бесконтрольное употребление нелегального наркотика заменяется контролируемым употреблением легального. Но это является особенностью только российской наркологии. Подобных вопросов относительно «контролируемой зависимости» ни в DSM, ни в МКБ не возникает.

Несмотря на все попытки разработчиков DSM-5 сблизить классификацию с МКБ-11, полностью избежать расхождений, видимо, не удастся. Но поскольку работа по совершенствованию руководства продолжается, а выпуск перенесен с 2015 на 2017 г., возможны еще существенные изменения. Поэтому в сравнительном анализе классификаций по расстройствам, связанным с отдельными ПАВ (табл. 2), представлен только проект МКБ-11.

Заметные различия в классификациях можно обнаружить в отношении психостимуляторов. В DSM-5 кокаин и амфетамины объединены в одну рубрику, из которой исключен кофеин. В МКБ-10 кофеин был объединен с синтетическими стимуляторами, а в МКБ-11 для него предлагается отдельная рубрика. Известно, что кофеин не вызывает нейромедиаторной дисрегуляции, подобной кокаину или амфетамину. В связи с этим можно было бы создать для него отдельную группу, вот только практическая значимость этой нозологической формы остается под вопросом. В клинической практике пациентов, обращающихся за лечением по поводу непреодолимого пристрастия к употреблению кофе, не встреча-

Таблица 2

Сравнительная характеристика классификаций по расстройствам, связанным с отдельными ПАВ

	DSM-IV	DSM-5	МКБ-10	МКБ-11
Алкоголь	+	+	+	+
Опиоиды	+	+	+	+
Каннабиноиды	+	+	+	+
Седатики, гипнотики и анксиолитики	+	+	+	+
Кокаин	+	–	+	+
Стимуляторы (включая кофеин)	+ (–)	+ (–)	+	+ (–)
Кофеин	–	–	–	+
Галлюциногены	+	+	+	+
Табак	+	+	+	+
Ингалянты	+	+	+	+
Экстази и родственные вещества	–	–	–	+
Диссоциативы (РСР, кетамин)	+	–	–	+
Другие специфические ПАВ	+	+	–	+
Неизвестные или неспецифические ПАВ	–	–	–	+
Непсихоактивные вещества	–	–	–	+
Комбинированное употребление ПАВ	+	–	+	–
Гемблинг	–	+	–	–

ется. Именно поэтому кофеин в DSM-5 отнесен к исследовательскому разделу.

В МКБ-11 предлагается отдельная рубрика для экстази и родственных веществ. Выделение экстази можно было бы обосновать некоторой спецификой его психотропного эффекта, из-за которого МДМА (метилдиоксиметамфетамин) часто относят к группе эмпатогенов, веществ, проявляющих не столько психостимулирующие свойства, сколько пробуждающих открытость, доверие и любовь к ближним. Среди родственных экстази соединений обычно называют МДА (метилдиоксиамфетамин), который традиционно рассматривается в группе психоделиков, хотя и обладает выраженными эмпатогенными эффектами. Являясь метиловым амфетамином, экстази структурно близок мескаину, но вряд ли это можно считать достаточным основанием для удаления мескаина из группы галлюциногенов, где ему самое место.

Диссоциативы в DSM-5 входят подрубрикой в галлюциногены, а в МКБ-11 для них предлагается отдельная рубрика. Клинических обоснований для такого решения не приводится.

Среди других специфических ПАВ предлагается рассматривать анаболические стероиды, антипаркинсонические средства, антигистаминные препараты, закись азота, летучие нитриты, растительные и синтетические катиноны. Представляется, что закиси азота и летучим нитритам нашлось бы место среди ингалянтов

(и по способу употребления, и по выраженности аддиктивного потенциала), а катинонам типа эфедрона (в связи с особенностями клинических проявлений) – самое место среди стимуляторов вместе с пировалеронами. В то же время в рубрике других специфических ПАВ, вероятно, можно рассматривать гидроксibuтират, холинолитики типа тропикамида, тианептин (коаксил®) и прегабалин (лирику®). Употребление всех этих веществ, несомненно, сопряжено с риском возникновения пристрастия, по меньшей мере в случаях уже существующей аддикции в отношении других ПАВ.

Для неизвестных или неспецифических ПАВ в МКБ-11 выделяется отдельная рубрика. В нее предлагается включать неопознанные вещества, которые потребитель не может идентифицировать либо в силу их новизны на нелегальном рынке, либо в связи с тем, что известные препараты продают под вымышленными названиями.

Новацией МКБ-11 является рубрика «Непсихоактивные вещества». Эти соединения не проникают через гематоэнцефалический барьер, поэтому не могут оказывать прямого воздействия на психическое состояние. Примером таких веществ могут служить диуретики, слабительные и эритропоэтин (гормон почек, который в спортивной медицине признается допингом, поскольку является стимулятором эритропоэза).

В наркологической практике подобных расстройств практически не встречается и,

кажется, существует мало оснований для вынесения их в отдельную клиническую форму. Конечно, поведенческие нарушения, связанные с употреблением непсихоактивных веществ, возможны, но, как правило, в рамках других психических заболеваний¹. В тех случаях, когда не происходит специфической вовлеченности церебральных систем вознаграждения, поведение, как правило, определяется другими мотивациями.

Комбинированное употребление ПАВ, отсутствующее в DSM-5, похоже будет изъято и в МКБ-11.

Для диагностики гемблинга (фигурирующего лишь в DSM-5), в отличие от субстанциональных расстройств, требуется как минимум 4 из 9 представленных здесь критериев:

1. Необходимость игры с нарастающими ставками для получения желаемых ощущений.
2. Беспокойство и раздражительность при попытках ограничить или остановить игру.
3. Повторные безуспешные попытки контролировать игровую деятельность.
4. Охваченность игровой активностью (постоянные мысли, переживания и фантазии, связанные с игрой).
5. Усиление потребности в игре при негативных переживаниях.
6. Стремление вернуться к игре, чтобы отыгаться.
7. Ложные заверения и попытки преуменьшить вовлеченность в игру.
8. Игровая активность, ставящая под угрозу личностно значимые отношения и карьеру.
9. Втягивание других в свои финансовые проблемы, вызванные проигрыванием средств.

Несмотря на то что гемблинг характеризуется повторными поведенческими паттернами компульсивной природы и игнорированием очевидных негативных последствий игровой активности, он не рассматривался разработчиками просто как вариант субстанционального расстройства [21]. И хотя наиболее подходящим местом для размещения гемблинга был признан выбранный раздел, чтобы подчеркнуть феноменологическую обособленность этого отклонения, рабочая группа предложила название «Substance-Related Disorders and Gambling Disorder». Члены комитета по надзору за подготовкой DSM-5, однако, в одностороннем порядке изменили название на существующее.

Выраженность расстройств патологического гемблинга определяется количеством критериев:

- 4-5 критериев – расстройство слабое;
- 6-7 критериев – умеренное;
- 8-9 критериев – значительное.

Даже при выраженном расстройстве, с учетом идентичности церебральных механизмов активности химическим аддикциям, определение гемблинга в разряд клинической формы многих настораживает. Ведь подобные критерии могут быть применимы и к другим состояниям, например, к крайним проявлениям романтической любви, которые также могут иметь деструктивные последствия, сопоставимые с поведенческой аддикцией.

В повседневной наркологической практике для формирования терапевтических решений актуально разделение истинно коморбидных психических расстройств и расстройств, индуцированных употреблением ПАВ. Дифференцирование этих состояний затрудняется их одновременным протеканием и однотипностью симптоматики. В DSM-IV отмечалось, что первичные сопутствующие расстройства возникают до начала употребления ПАВ или сохраняются более 4 недель после прекращения интоксикации или исчезновения острых проявлений синдрома отмены. Соответственно вторичные (индуцированные) расстройства возникают в период интоксикации или синдрома отмены; продолжаются не более 4 недель; определяют превышение ожидаемой тяжести интоксикации и синдрома отмены; последовательное их затухание в течение нескольких дней (1-2 недель) увеличивает надежность их диагностической оценки как вторичных нарушений. Однако ясность и простота критериев не всегда адекватно отражает клиническую реальность. Поэтому в DSM-5 для разделения сопутствующей и индуцированной психопатологии был предложен более гибкий подход с менее жесткими требованиями к временным рамкам расстройства, по меньшей мере в отношении отдельных психопатологических феноменов. Первичными сопутствующими расстройствами являются клинически значимые симптомы соответствующего психического заболевания с нарушениями в социальной, профессиональной и других сферах жизнедеятельности, которые предшествуют употреблению ПАВ или сохраняются более месяца после прекращения употребления (не распространяется на индуцированные проявления нейрокогнитивного дефицита и отдельные галлюцинаторные феномены) и не возникают

¹Одна из наших пациенток, страдающая шизофренией, постоянно вдыхала через нос стиральный порошок (прим. авт.)

исключительно в рамках делирия. Индуцированные расстройства появляются в период интоксикации, синдрома отмены или систематического употребления в течение одного месяца при условии, что данное ПАВ способно продуцировать психические нарушения. С учетом последнего критерия фармакологической специфичности разговоры о героиновых или метадонных психозах, возможно, уйдут в прошлое.

Как уже отмечалось, классификация должна создавать информационную основу для максимально эффективных терапевтических стратегий. В DSM-5, как и в готовящейся МКБ-11, особенно в обсуждениях и комментариях применительно к клинической практике, находят отражение общие тенденции современной аддиктологии. К сожалению, российская наркология остается мало чувствительной к этим изменениям. Кроме стигматизирующих морализаторских подходов и максималистских требований к результатам лечения, предлагаются несовместимые с требованиями безопасности и доказательности стандарты оказания медицинской помощи, не имеющие никакого отношения к научной обоснованности [2]. Остается лишь удивляться тому, с каким трудом принятые в других клинических дисциплинах терапевтические подходы, основанные на доказательствах, приживаются в отечественной наркологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. 2010. №3. С. 21–27.
2. Сиволап Ю.П. Федеральные рекомендации по диагностике и лечению в наркологии: критический анализ // Наркология. 2014. № 9. С. 68–74.
3. Angell M. The Epidemic of Mental Illness: Why? New York Review of Books. June 23, 2011 <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/> (Дата последнего доступа: 3.04.2015)
4. Angell M. The Illusions of Psychiatry. New York Review of Books. July 14, 2011 <http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jul/14/illusions-of-psychiatry/> (Дата последнего доступа: 3.04.2015)
5. Coalition for DSM-5. The open letter to DSM-5 Task Force. January 9, 2012 <http://dsm5-reform.com/the-open-letter-to-dsm-5-task-force/> (Дата последнего доступа: 3.04.2015)
6. Compton W., Dawson D., Goldstein R., Grant B. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol // Drug and Alcohol Dependence. 2013. Sep 1. Vol. 132 (1-2). P. 387–390.
7. Dhar M. DSM-5: Psychiatry's Contested Bible. The Fix 04/05/13 <http://www.thefix.com/content/DSM-5-substance-use-disorder-cost-effective8083> (Дата последнего доступа: 2.04.2015)
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
10. Edwards G. "The Evil Genius of the Habit": DSM-5 Seen in Historical Context // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2012. Vol. 73(4). P. 699–701.
11. Frances A. DSM-5 Is a Guide, Not a Bible: Simply Ignore Its 10 Worst Changes. February 2013 http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5_b_2227626.html (Дата последнего доступа: 3.04.2015)
12. Frances A. Why Will DSM-5 Cost \$199 a Copy? March 2013 http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/price-gouging-why-will-ds_b_2526899.html (Дата последнего доступа: 2.04.2015)
13. Hasin D.S. Combining Abuse and Dependence in DSM-5 Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2012. Vol. 73(4). P. 702–704.
14. Hasin D.S., Auriacombe M., Borges G. et al. The DSM-5 field trials and reliability of Alcohol Use Disorder // Am. J. Psychiatry. 2013. Apr. Vol. 170(4). P. 442–443.
15. ICD-11 Beta Draft. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentit%2f1602669465>. (Дата последнего доступа: 1.04.2015)
16. Juman R. What's So Bad About the New Definition of Addiction? The Fix 07/09/12. <http://www.thefix.com/content/professional-voices-dsm-5-revisions-controversy8529?page=all>
17. O'Brien C.P. Rationale for Changes in DSM-5 // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2012. Vol. 73(4). P. 705–705.
18. Oldham J.M. American Psychiatric Association. January 27, 2012. <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2011/11/apa-response-to-open-letter-call-for-independent-review.pdf> (Дата последнего доступа: 2.04.2015)
19. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. DSM-5: Классификация и изменение критериев // Всемирная психиатрия. 2013. №2. P. 88–94. Online publication: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Russian/WPA13-12-2_Low.pdf (Дата последнего доступа: 2.04.2015)
20. Schuckit M. Editor's Corner: Editorial in Reply to the Comments of Griffith Edwards // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2012. Vol. 73(4). P. 521–522.
21. Schuckit M. Editor's Corner: DSM-5 - Ready or Not, Here It Comes // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2013. Vol. 74(5). P. 661–663. Online publication: <http://aupa.wrlc.org/bitstream/handle/11204/3884/DSM-5%20Criteria%20for%20Substance%20Use%20Disorders.pdf?sequence=1> (Дата последнего доступа: 30.03.2015)
22. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO, 1992.
23. Willenbring M. DSM-5: The End of One-Size-Fits-All Addiction Treatment? May 8, 2013 <http://www.thefix.com/content/dsm-5-substance-use-disorder-individualized-treatment8614>. (Дата последнего доступа: 2.04.2015).
24. Whitaker R. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. 2010. Crown, 404 pp.

REFERENCES

1. Mendeleevich V.D. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal*. 2010. №3. pp. 21–27. (in Russian)
2. Sivolap Yu.P. *Narkologiya*. 2014. № 9. pp. 68–74. (in Russian)

Поступила 06.04.15.