## Обзор материалов симпозиума Совета Молодых Ученых Российского Общества Психиатров «Навстречу МКБ-11» на XVI Всероссийской Школе молодых психиатров в Суздале, 15 апреля 2023 года

А.В. Леонова<sup>1</sup>, И.А. Федотов<sup>2</sup>, Е.М. Чумаков<sup>3</sup>, А.В. Павличенко<sup>4</sup>, Э.А. Ахметова<sup>5</sup>, А.Р. Асадуллин<sup>5</sup>, Н.Н. Петрова<sup>3</sup>

- <sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Тюмень, Россия)
- $^{2}$ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Рязань, Россия),
- <sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург, Россия)
- <sup>4</sup> Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (Москва, Россия)
- <sup>5</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Уфа, Россия)

#### Резюме

В статье приводится обсуждение новых разделов и систематических единиц в МКБ-11. Подробно рассмотрена глава «Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства», показано изменение концепции от вида невроза в МКБ-9, через отдельную нозологию в МКБ-10 к целой группе расстройств в новой классификации. Отдельно представлены критерии, диагностические принципы и подходы к терапии дисморфического расстройства в современном понимании. Большое внимание уделено рубрике «Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ или аддиктивного поведения». Подробно обсуждено внесение важных концептуальных изменений, отражающих современные тенденции с точки зрения появления новых психоактивных веществ и новых форм клинических проявлений. Рассмотрены нейробиологические основы пристрастия к азартным и компьютерным играм, имеющим феноменологические и нейробиологические параллели с клептоманией, шопоголизмом и компульсивным расстройством сексуального поведения. Освещена тема кластеризации симптомов депрессивного синдрома с разбором фармакологических препаратов, показывающих эффективность в каждом отдельном случае, согласно анализу современной литературы. Проанализированы новые подходы к диагностике личностных расстройств, показаны их существенные преимущества.

**Ключевые слова:** Совет Молодых Ученых, Российское Общество Психиатров, международная классификация болезней одиннадцатого пересмотра, Суздальская Школа молодых психиатров.

**Для цитирования:** А.В. Леонова, И.А. Федотов, Е.М. Чумаков, А.В. Павличенко, Э.А. Ахметова, А.Р. Асадуллин, Н.Н. Петрова. Обзор материалов симпозиума Совета Молодых Ученых Российского Общества Психиатров «Навстречу МКБ-11» на XVI Всероссийской Школе молодых психиатров в Суздале, 15 апреля 2023 года. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 2: 4–9.

# Review of the Council of Young Scientists of the Russian Society of Psychiatrists symposium materials "Towards the ICD-11" at the XVI All-Russian School of Young Psychiatrists in Suzdal, April 15, 2023

A.V. Leonova<sup>1</sup>, I.A. Fedotov<sup>2</sup>, E.M. Chumakov<sup>3</sup>, A.V. Pavlichenko<sup>4</sup>, E.A. Akhmetova<sup>5</sup>, A.R. Asadullin<sup>5</sup>, N.N. Petrova<sup>3</sup>

- <sup>1</sup>Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Tyumen, Russia)
- <sup>2</sup>Ryazan State Medical University named after I.I. acad. I.P. Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Ryazan, Russia),
- <sup>3</sup> St. Petersburg State University (St. Petersburg, Russia)
- <sup>4</sup>Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia)
- <sup>5</sup> Bashkir State Medical University of the Russian Ministry of Health (Ufa, Russia)

#### Abstract

The article provides a discussion of the new divisions and systematic units in the ICD-11. The chapter "Obsessive-compulsive and related disorders" is considered in detail, the change in the concept from the type of neurosis in ICD-9, through a separate nosology in ICD-10 to a whole group of disorders in the new classification, is shown. The criteria, diagnostic principles and approaches to the treatment of dysmorphic disorder in the modern sense are presented separately. Much attention is paid to the rubric "Disorders due to substance use or addictive behaviours". The introduction of important conceptual changes reflecting current trends in terms of the emergence of new psychoactive substances and new forms of clinical manifestations is discussed in detail. The neurobiological foundations of addiction to gambling and computer games, which have phenomenological and neurobiological parallels with kleptomania, shopoholism and compulsive sexual behavior disorder, are considered. The topic of symptoms clustering of the depressive syndrome is covered with the analysis of pharmacological preparations that show effectiveness in each individual case, according to the analysis of modern literature. New approaches to the diagnosis of personality disorders are analyzed, their significant advantages are shown.

Keywords: Council of Young Scientists, Russian Society of Psychiatrists, International Classification of Diseases of the eleventh revision, Suzdal School of Young Psychiatrists.

For citation: A.V. Leonova, I.A. Fedotov, E.M. Chumakov, A.V. Pavlichenko, E.A. Akhmetova, A.R. Asadullin, N.N. Petrova. Review of the Council of Young Scientists of the Russian Society of Psychiatrists symposium materials "Towards the ICD-11" at the XVI All-Russian School of Young Psychiatrists in Suzdal, April 15, 2023. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 2: 4–9.

С 13 по 17 апреля 2023 года под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации при поддержке Департамента здравоохранения Владимирской области прошла XVI Всероссийская Школа молодых психиатров в Суздале. Мероприятие является одним из главных событий для специалистов, работающих в сфере психического здоровья, как в области науки, так и с точки зрения практической ориентации. В этом году Школа проходила без уча-

стия своего ректора, основателя Петра Викторовича Морозова. Однако благодаря активному участию в организационном процессе самых близких по родственным связям, а также по духу людей, учеников и единомышленников Петра Викторовича Суздальская Школа 2023 года сумела сохранить прежний формат, насыщенный по своей образовательной и развлекательной составляющей. Была выдержана и традиционная дружественная атмосфера ме-

роприятия – каждый участник смог почувствовать себя частью большого психиатрического сообщества, для которого важными являются мысли и идеи человека вне зависимости от его статуса и занимаемой должности.

Важным элементом Школы молодых психиатров в Суздале является активное привлечение молодых специалистов к формированию идей выступлений, тем предстоящих обсуждений. В этом году с участием представителей Совета Молодых Ученых (СМУ) Российского Общества Психиатров (РОП) и Комиссией РОП по работе с молодыми учеными и специалистами был организован симпозиум под председательством д.м.н., профессора Петровой Н.Н. Главным вопросом слало обсуждение новых разделов и систематических единиц в Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11).

#### Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства

Открыл заседание доклад к.м.н., доцента Федотова Ильи Андреевича «ОКР-спектр расстройств в МКБ-11». В сообщении было показано, как концепция обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) эволюционировала от вида невроза в МКБ-9, через отдельную нозологию в МКБ-10 к целой группе расстройств в новой классификации. Данная группа образовалась путем перемещения туда нозологии из группы нарушения импульсного контроля (трихотилломании), а также добавления трех новых диагнозов: Патологическое накопительство (хординг), Патологическая озабоченность собственным запахом и Патологические экскориации. Была подчеркнута близость на патогенетическом и клиническом уровне этой группы с тревожными расстройствами. Важной отличительной чертой новой классификации также является наличие уточняющего критерия:

- с удовлетворительной или сохранной критикой большую часть времени индивидуум способен допустить возможность, что его убеждения и поведение могут быть неправильными;
- со снижением или отсутствием критики большую часть времени пациент убежден, что его убеждения и поведение не являются проблемными, несмотря на доказательства обратного. Отсутствие критики, демонстрируемое индивидуумом, существенно не меняется в зависимости от уровня тревоги.

При этом, степень критичности к переживаниям может существенно меняться даже за короткие временные промежутки, например, в зависимости от уровня текущей тревоги или дистресса, и потому ее следует оценивать в отношении периода времени, достаточного для учета таких колебаний (например, несколько дней или недель).

Данный подход стирает привычную границу дифференциации бредовых (с отсутствием критики) и навязчивых идей (с сохранением критического отношения, эгодистонности). В этом случае, вопрос дифференциации ОКР и психозов будет решаться по другим критериям – диагностировать ОКР следует в случае полной согласованности патологических убеждений с другими клиническими признаками расстройства – навязчивыми мыслями, образами или импульсами, то есть эти убеждения возникают исключительно в контексте симптоматических эпизодов обсессивно-компульсивного расстройства. У лиц с ОКР так-

же не наблюдается других признаков психоза (например, галлюцинаций или формальных расстройств мышления).

Далее в докладе были рассмотрены критерии диагностики нозологий данной группы. Так для Патологической озабоченности собственным запахом характерна устойчивая озабоченность наличием неприятного запаха, который объективно другими не наблюдается. Это сопровождается повторяющимися попытками его скрыть, частыми перепроверками, избеганием социальных ситуаций из-за идей особого отношения в связи с запахом, субъективным дистрессом от этих переживаний. Для Ипохондрии критерии аналогичны, но касаются озабоченности собственным здоровьем, с такими же частыми перепроверками, избеганием медицинских процедур и значительным субъективным дистрессом. При Патологическом накопительстве основным критерием является избыточное накопление вещей вне зависимости от их реальной ценности. При этом, в отличии от склонности к коллекционированию, которая является нормой, здесь нет избирательности, и это приводит к захламлению жилых помещений с невозможностью их использования. Расстройства телесно направленного повторяющегося поведения (трихотилломании и экскориации) характеризуются периодическими и привычными действиями в отношении своих кожных покровов (например, выдергиванием волос, сдиранием кожных покровов, обкусыванием губ), обычно сопровождаемыми безуспешными попытками уменьшить или прекратить такое поведение. Такое поведение может носить характер множественных коротких эпизодов в течение дня или менее частых, но более длительных периодов. Симптомы также приводят к значительному дистрессу или выраженным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования.

В завершении доклада Федотова И.А. было подчеркнуто, что концепция ОКР развивается, при этом возникают новые сложные вопросы дифференциальной диагностики и применения новых классификаций в клинической практике. Это требует анализа и адаптации МКБ-11 к клиническим реалиям. В ответах на вопросы разбирали границу между ОКР-спектром и нормой.

#### Дисморфическое расстройство

Выступление к.м.н. Леоновой Алены Владимировны «Дисморфия: новое психическое расстройство в МКБ-11» стало продолжением доклада Ильи Андреевича Федотова и было посвящено более детальному изложению темы дисморфического расстройства (ДР) – начиная от истории возникновения термина, эпидемиологических данных, клинического патоморфоза, видам, вопросам диагностики и, в завершении, терапией рассматриваемой патологии.

Термин ДР является не новым, впервые его применили в конце XIX века. С того времени место расстройства в классификаторах психических болезней, подходы к диагностике и терапии менялись неоднократно. Длительное изучение ДР показало, что оно имеет много общих феноменологических и симптоматических переменных, позволяющих квалифицировать его как расстройство обсессивно-компульсивного спектра. Пациенты с ДР демонстрируют повторяющееся поведение, напоминающее навязчи-

вости, характерные для ОКР. Отмечается, что отсутствие критики при ДР не может быть основанием определения расстройства в раздел психотических. Только наличие сопутствующих нарушений мышления, галлюцинаций, а также отсутствие согласованности между комплексом переживаний свидетельствуют о необходимости применения другого диагноза. Трудности диагностики, отсутствие настороженности врачей-психиатров относительно этой патологии, приводят к тому, что основными диагнозами у людей с ДР остается депрессивное, тревожное расстройство и ОКР, зачастую являющиеся лишь сопутствующими. При этом наибольший риск имеет суицидальное поведение - на протяжении своей жизни около 80% людей с ДР страдают суицидальным мышлением и от одной четверти до почти 30% предпринимают попытку самоубийства. Показатели суицидальности увеличиваются при наличии других расстройств, таких как химические аддикции, большое депрессивное расстройство, расстройства пищевого поведения и расстройства личности.

Для определения подходов к терапии важным моментом является дифференциальная диагностика ДР от других сходных по клинической картине заболеваний. Так, синдром нарушения целостности восприятия собственного тела часто может быть принят за ДР. При этом синдроме, в отличие от ДР, люди не считают, что их конечности неполноценны, и не хотят косметически изменить их внешний вид. Они чувствуют, что одна или несколько конечностей не являются частью их «я» (форма обратной «фантомной конечности») и что ампутация приведет к тому, что они станут более здоровыми. В случае, если беспокойство ограничивается не одним или несколькими участками тела, а затрагивает мускулатуру всего тела, то это называется «мышечной дисморфией». Ипохондрия имеет больше соматических симптомов, связанных с восприятием болезни, тогда как ДР связано с внешним видом. Другими словами, люди с ипохондрией в основном озабочены значением симптома, в то время как при ДР человек болезненно переживает тот факт, что воспринимаемая аномалия вообще существует. При ипохондрии основное внимание уделяется телесным функциям (например, сердцебиению или потоотделению), расплывчатым и неоднозначным физическим ощущениям (например, боль в какой-либо части тела) или с незначительным физическим отклонениям (например, небольшая язва или случайный кашель). Еще одной патологией, имеющей во многом сходные клинические проявления, являются расстройства пищевого поведения. Люди с расстройством пищевого поведения и ДР имеют общее искаженное представление об образе тела и многие другие симптомы, такие как, например, низкая самооценка. Если переживания пациента преимущественно сосредоточены на наличии избыточного веса, то это не соответствует ДР. Истинная коморбидность ДР и расстройства пищевого поведения возникает, когда пациент обеспокоен воображаемыми дефектами своей внешности, не связанными с весом и телосложением формой носа, состоянием кожи, волос. Сочетание этих расстройств влечет за собой значительно более низкое общее функционирование и высокую стойкость. Диагноз гендерного несоответствия может быть выставлен при наличии выраженного и стойкого несовпадения гендера и

определенного при рождении пола лицами, что сопровождается сильным неприятием или дискомфортом от первичных или вторичных половых признаков, а также желанием и стремлением жить и быть принятым как человек ощущаемого гендера.

Важная особенность оказания помощи пациентам с ДР это ступенчатость -наименее интрузивное вмешательство (например, просвещение или самопомощь) следует использовать в первую очередь, переходя к более интенсивным методам терапии только тогда, когда предыдущее воздействие оказалось недостаточно эффективными. На начальных этапах применяются методы психообразовательного характера с привлечением членов семьи. В дальнейшем применяется когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) с возможностью добавления медикаментозной терапии. В единственном плацебо-контролируемом рандомизированном клиническом исследовании при ДР был показан положительный эффект от применения флуоксетина [Phillips K.A. et al, 2002]. По данным экспертов оптимальной дозой препаратов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при ДР является максимально переносимая, в этом случае существует зависимость «доза-эффект», сходная с ОКР. Длительность лечения не должна быть менее 12 недель. Важно отметить, что не выявлено никаких доказательств эффективности антипсихотических препаратов при ДР в качестве монотерапии или в качестве аугментационной стратегии с СИОЗС. Тем не менее, антипсихотики могут быть полезны для симптоматического лечения состояний сильного возбуждения. В заключении Леонова А.В. подчеркнула необходимость применения комплексного подхода в диагностике и лечении ДР и преемственности оказания помощи.

### Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и аддиктивным поведением

Следующим сообщением был доклад профессора, д.м.н. Асадуллина Азата Раилевича «Аддиктология в эпоху МКБ-11». Современные изучения животных моделей и нейровизуализационные исследования все больше проясняют картину нейробиологии зависимости, включая молекулярные и синаптические модификации, задействованные нейронные цепи, и последствия их аномального функционирования. Эти изменения, наряду с описанием механизмов обучения, которые формируются в ответ на ожидание вознаграждения, усиливают друг друга в своего рода идеальном шторме и приводят к симптомам зависимости. Тем самым происходит побуждение к поиску временного облегчения с постоянным влечением к психоактивному веществу (ПАВ) – крейвингу. При этом формируется порочный круг, физиологическое естественное снижение способности сопротивляться желанию употребить ПАВ часто приводит к рецидиву и сопровождающему его сожалению или стыду за неудачу. Однако, несмотря на значительные успехи в понимании нейробиологической основы зависимости от психоактивных веществ, происходит пренебрежение поведением, потенциально «вызывающим привыкание» и возникновение вопроса: является ли такое поведение «поведенческой зависимостью». Докладчиком было высказано предположение, что ряд патологи-

ческих состояний, таких как расстройство, связанное с азартными играми, клептомания, шопоголизм и зависимость от секса имеют феноменологические и нейробиологические параллели с злоупотреблением ПАВ. В докладе была предложена парадигма понимания, что сфера зависимостей претерпела драматические изменения в последние годы. Так, например, с момента публикации в 2001 году Констанс Холден статьи, в журнале Science, где была обсуждена концепция «поведенческой зависимости», вопрос о том, как наилучшим образом концептуализировать зависимости и что включать в понятие зависимости, был в центре внимания многих последующих исследователей [Holden C., 2001]. Все это было отображено в современных рубрификаторах, таких как Диагностическое статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) и МКБ-11, которые пытались решить эту нозологическую головоломку - может ли «поведение» считаться зависимостью и не надо ли расширить дефиницию «зависимого поведения» и включать в нее не только психоактивные вещества, но и типы поведения. И если вдруг да, то какие типы поведения следует включить?

В отличии от подхода авторов DSM-5, рабочая группа по МКБ-11 предложила сохранить категорию расстройств контроля импульсов и в широком смысле определить эти расстройства как повторяющуюся неспособность противостоять импульсу, влечению или побуждению совершить действие, которое приносит удовольствие человеку (по крайней мере, в краткосрочной перспективе), несмотря на долгосрочный устойчивый вред как самому человеку, так и социуму в целом. Рядом авторов концепции МКБ-11 было предложено, что расстройство, связанное с азартными играми, следует включить в эту категорию, а не в ряд с зависимостью от психоактивных веществ, и что категорию следует расширить, включив в нее компульсивное сексуальное поведение. Были подробно рассмотрены и другие группы нарушений контроля над импульсами, такие как проблемное использование интернета и навязчивые покупки, в связи с чем было высказано мнение, что на данный момент недостаточно данных, чтобы поддержать их включение в качестве независимых состояний психического здоровья. Аналогичным образом, рядом авторов, было предложено сохранить патологическую азартную игру в категории расстройств импульсивного контроля, тем не менее она была классифицирована в разделе «Расстройства вследствие аддиктивного поведения». Считалось, что категоризация проблемного поведения в азартных играх как зависимости была преждевременной на основе научных данных, и что такое изменение в классификации не имело четкой клинической градации. Прежде всего учитывая, что лечение, отличное от алгоритмов лечения зависимости от психоактивных веществ, может быть более эффективным для терапии проблемного поведения в азартных играх. Несмотря на то, что многочисленные данные могут указывать на то, что зависимость от азартных игр, клинически во многом напоминает зависимость от психоактивных веществ, больший вес имеют данные, подтверждающие его связь с другими расстройствами контроля импульсов, что дополнительно подтверждают его категоризацию как расстройства контроля импульсов, тем не менее, в МКБ -11 они были классифицированы в разделе «Расстройства вследствие аддиктивного поведения» под шифрами 6С50 и 6С51.

Основываясь на текущих результатах, обсуждающих включение в группу зависимостей категории расстройств контроля импульсов с патологическими азартными играми, клептоманией, пироманией, компульсивным сексуальным расстройством, не считаются верным, с учетом позиций современных нейробиологических знаний. С клинической точки зрения, врачам – клиницистам будет проще использовать этот подход, поскольку он больше соответствует предыдущим классификациям и, следовательно, будет воспринят более лояльно врачами. Можно предположить, что следует менять саму концепцию оказания и подходов анализа результативности антинаркотической работы.

Основные группы новых психоактивных веществ, включенные впервые в классификатор Международной классификации болезней, были рассмотрены в докладе «Прицельный обзор групп психоактивных веществ, формирующих новые нозологии в МКБ-11» к.м.н. Ахметовой Эльвиной Аслямовной. В последнюю редакцию международной классификации болезней в раздел «Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ и аддиктивным поведением» внесено несколько важных концептуальных изменений, которые отражают современные тенденции с точки зрения появления новых ПАВ, и, следовательно, новых форм клинических проявлений. В дискуссии были обсуждены изменения в классификации расстройств, связанных с употреблением ПАВ, между МКБ-10 и МКБ-11 и их последствия, в особенности с точки зрения описания расширенных классов психоактивных веществ. Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, включают расстройства, возникающие в результате однократного или многократного употребления веществ, обладающих психоактивными свойствами, включая определенные лекарственные средства, и классифицируются в соответствии с веществом. С целью более глубокого описания и понимания модели употребления и злоупотребления, в МКБ - 11 список психоактивных веществ был расширен с 9 (МКБ-10) до 14: алкоголь, каннабис, синтетические каннабиноиды, опиоиды, седативные снотворные и анксиолитики, кокаин, стимуляторы, включая амфетамин, метамфетамин или меткатинон, синтетические катиноны, кофеин, галлюциногены, никотин, летучие ингалянты, МДМА и родственные психоактивные вещества, диссоциативные препараты, включая кетамин и фенциклидин. Структура обновленной классификации подразумевает, что диагностическая тактика должна начинаться с химической субстанции, а не с клинического синдрома вследствие употребления психоактивного вещества. Пересмотр группирующего принципа предназначен для сбора информации о здоровье для использования в различных контекстах, поддержки точного мониторинга и информировании о профилактике и терапии.

В глобальном масштабе потребность в фармакотерапии расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, еще не достигла удовлетворительного уровня, и изменения, внесенные в МКБ-11, имеют важные последствия для общественного здравоохранения с точки зрения возможностей для улучшения мониторинга, профилакти-

ки и лечения, а также для реструктуризации служб здравоохранения таким образом, чтобы уход, ориентированный на пациента, был приоритетным.

#### Депрессивные расстройства

Одним из нововведений главы МКБ-11 «депрессивные расстройства» является кластеризация симптомов депрессивного эпизода (ДЭ), об этом в своем докладе говорил к.м.н. Павличенко Алексей Викторович. Так, к «аффективному» кластеру относят подавленное настроение и ангедонию; к «когнитивно-поведенческому» кластеру снижение концентрации внимания, убеждение в собственной никчемности, чувство безнадежности и мысли о смерти; к «нейровегетативному» кластеру – изменения сна и аппетита, психомоторные симптомы и утомляемость. В МКБ-11 допускается возможность квалификации психотических симптомов при ДЭ тяжелой и умеренной степеней тяжести, а также полной и неполной ремиссии. Кроме того, при наличии в клинической картине других симптомов квалификацию ДЭ можно дополнить «уточняющими критериями»: а) «с симптомами тревоги», которые характеризуются признаками генерализованного тревожного расстройства, при котором, однако, порог для постановки коморбидного диагноза не преодолен; б) «с паническим атаками», когда приступы тревоги возникают исключительно в ответ на депрессивные мысли; в) «текущий непрерывный ДЭ», при котором состояние отвечает диагностическим критериям ДЭ эпизода постоянно на протяжении двух лет; г) «текущий ДЭ с меланхолией», когда клиническая картина характеризуется признаками эндогенной депрессии с витальными чертами; д) «сезонное проявление», который можно квалифицировать в тех случаях, когда большинство ДЭ имеет сезонный характер.

Анализ существующей литературы показал, что антидепрессанты (АД), в целом, наиболее эффективны в отношении аффективного кластера симптомов тяжелой депрессии, в том числе с меланхолическими чертами, инсомнией и сопутствующих симптомах тревоги и панических атаках. Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ, при ДЭ легкой и средней степени тяжести целесообразно использование СИОЗС и других препаратов новых поколений в пероральной форме [Клинические рекомендации, 2021]. В качестве альтернативы АД возможно использование КБТ и интерперсональной психотерапии. При ДЭ тяжелой степени рекомендуется выбрать АД с широким спектром действия, в первую очередь, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), а потом трициклические антидепрессанты (ТЦА). Кроме того, согласно клиническим рекомендациям, сочетание АД и доказательной психотерапии здесь более предпочтительно, чем использование каждого из методов в отдельности. При ДЭ тяжёлой степени с психотическими симптомами с первых дней целесообразно назначение СИОЗСН и ТЦА в сочетании с антипсихотиком второго поколения. При психотической депрессии наиболее убедительные данные существуют для флувоксамина в дозах 200-300 мг в сутки.

Эксперты Британской ассоциации психофармакологии в своих алгоритмах по лечению депрессии рекомендуют использовать при тяжелом ДЭ амитриптилин, кломипра-

мин, венлафаксин в дозе 150 мг и выше, эсциталопрам (20 мг), сертралин и миртазапин; при психотическом ДЭ использование ТЦА более предпочтительно, чем новых классов АД [Cleare A. et al., 2015]. При неполной ремиссии на фоне терапии АД или при недостаточной комплаентности целесообразно использование психотерапии. При высоком удельном весе в клинической картине когнитивных симптомов препаратом выбора является вортиоксетин в дозе 10-20 мг, эффект которого развивается независимо от его влияния на другие депрессивные симптомы. Из СИОЗС наилучшим прокогнитивным эффектом обладает эсциталопрам. КБТ может быть терапией первого выбора при наличии в клинической картине так называемых «горячих» или эмоционально связанных когниций, которые проявляются в виде акцента внимания на негативных стимулах и негативных «ошибках» памяти, а также депрессивных руминациях.

Хотя в литературе содержатся сведения о том, что наличие симптомов тревоги при ДЭ ассоциируется с недостаточным уровнем ответа на АД, эти данные нельзя автоматически экстраполировать на выделенный в МКБ-11 критерий «ДЭ с симптомами тревоги». В связи с недостаточным числом работ, посвященных лечению выделенного в МКБ-11 ДЭ, терапию можно начинать с АД, которые, согласно клиническим рекомендациям, являются терапией первого выбора в лечении генерализованного тревожного расстройства: сертралин, эсциталопрам, пароксетин, дулоксетин и венлафаксин. В лечении панического расстройства согласно клиническим рекомендациям следует использовать все препараты из группы СИОЗС и венлафаксин. В отношении эффективности АД в лечении ДЭ с сезонными проявлениями существует ограниченное число исследований, где показано преимущество (над плацебо) сертралина и флуокетина. В клинических рекомендациях при сезонном аффективном расстройстве рекомендуется использование светотерапии.

#### Расстройства личности и личностные черты

Заключительным прозвучал доклад к.м.н. Чумакова Егора Максимовича, посвященный изменениям в диагностике расстройств личности с позиции МКБ-11. Было подчеркнуто, что новая модель диагностики расстройств личности принципиально отличается от подхода МКБ-10 не только изменением систематизации всего раздела, но и новым подходом в диагностике, основывающимся, в первую очередь, на уровне функционирования и степени тяжести дисфункции пациента, что базируется, в частности, на работах Питера Тайрера [Tyrer P. et al., 2019]. Ключевым изменением систематизации расстройств личности в МКБ-11 является уход от специфических расстройств личности (категориальный подход) и фокус на уровень нарушения функционирования (дименсиональный поход). Уровни нарушения функционирования представляют собой континуум от «здоровой» личности без клинически значимых нарушений функционирования, через «личностные проблемы» (отчетливо выраженные характеристики личности, которые могут повлиять на выбор лечения или медицинских услуг, но по уровню тяжести не достигают расстройства личности), до личности с тяжелым, стойким (выраженным) нарушением функциониро-

вания. Подразумевается, что пациент на фоне лечения может улучшать свое функционирование, и тем самым степень тяжести расстройства личности может меняться в сторону ослабления. Но в случае отрицательной динамики возможно и «движение» по этому континууму в сторону утяжеления степени тяжести расстройства личности.

Хотя отмена всех категорий личностных расстройств вызвала широкую дискуссию в профессиональном сообществе, научные данные последних десятилетий свидетельствуют о том, что диагнозы специфических расстройств личности зачастую не являются стабильными во времени, а формулировка какого-то конкретного специфического расстройства личности в подходе МКБ-10 мало помогает с уточнением прогноза расстройства и восстановления. Ещё одним важным нововведением в МКБ-11 является отсутствие возрастных ограничений для диагностики расстройств личности, в случае, когда симптоматика не вызывает сомнений.

Авторы новой классификации предлагают разные возможности для более точной диагностики расстройств личности, исходя из клинического опыта клинициста. Упор в диагностике расстройств личности делается на выявление стойкого (более 2 лет) нарушения самофункционирования, стойких проблем в межличностном функционировании, а также наличия дезадаптивных паттернов мышления, эмоциональных переживаний и выражения эмоций и поведения. Указанные нарушения должны прослеживаться в целом ряде личных и социальных ситуаций, и не должны быть объяснены преимущественно социальными и культуральными факторами, а также должны приводить к значимому дистрессу и проблемам функционирования. Делается акцент, что имеющиеся нарушения не должны быть объяснены влиянием социально-политических конфликтов. Если психиатр имеет недостаточный опыт в диагностике расстройств личности, ему предлагается сфокусироваться на определении соответствия состояния пациента основным критериям расстройства личности, с последующим направлением пациента к более профильному специалисту, который в свою очередь сможет уже уточнить степень тяжести расстройства личности (легкая, умеренная, тяжелая). Степень тяжести расстройства личности (уровень нарушений функционирования) определяется степенью затруднений межличностных взаимодействий, глубиной и выраженностью нарушений личностного функционирования, генерализацией нарушений, то есть диапазоном ситуаций, в которых проявляются нарушения, способностью к выполнению и поддержанию социальных ролей, степенью риска ущерба для себя и других и коморбидностью с другими психопатологическими состояниями.

Для более детального описания (диагностики) состояния пациента с расстройством личности для психиатра доступ-

но на следующем шаге определение выраженности личностных доменов - ещё одного нововведения в МКБ-11. А в случае, когда это применимо, после определения личностных доменов, возможно уточнение наличия пограничного паттерна – по сути, единственная категория специфическим расстройств личности, знакомая по классификациям МКБ-10 и DSM - диагностические критерии здесь отражают современное представление о пограничном расстройстве личности. Включение этого паттерна в классификацию отражает клиническое значение диагностики пограничного расстройства личности и важности сохранения доступности методов лечения с доказанной эффективностью для пациентов. Такой подход по мнению разработчиков классификации будет способствовать выявлению лиц, которым могут помочь определенные виды психотерапии (например, диалектико-поведенческая терапия). Таким образом, диагноз расстройства личности в МКБ-11 в самой полной формулировке может звучать: «Тяжелое расстройство личности, с диссоциальностью, расторможенностью и пограничным паттерном». По мере изменения состояния пациента, как это уже было сказано, диагноз может и должен уточняться.

Количество заданных вопросов, дискуссия свидетельствуют о большом интересе у участников, актуальности обсуждаемых тем и успешности симпозиума в целом. Отмечена содержательность докладов, позволяющая интегрировать научные данные в практическую деятельность. По итогам встречи было решено в будущем расширить секцию за счет привлечения большего количества докладчиков и увеличения длительности времени на сообщения. В завершении заседания участники получили значительный мотивационный заряд благодаря заключительному слову председателя симпозиума Петровой Н.Н.

#### Список литературы

- Клинические рекомендации Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство 2021-2022-2023 (16.09.2021). 67 с.
- Cleare A., Pariante C.M., Young A.H., Anderson I.M., Christmas D., Cowen P.J., Dickens C., Ferrier I.N., Geddes J., Gilbody S., Haddad P.M., Katona C., Lewis G., Malizia A., McAllister-Williams R.H., Ramchandani P., Scott J., Taylor D., Uher R.; Members of the Con-sensus Meeting. Evidence-based guidelines for treatingdepressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol. 2015. 29:459–525.
- Holden C. Behavioral Addictions: Do They Exist? Science. 2001. 294(5544).
  980–982. doi:10.1126/science.294.5544.980.
- Phillips K.A., Albertini R.S., & Rasmussen S.A. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. Archives of General Psychiatry. 2002. 59. 381–388
- Tyrer P., Mulder R., Kim Y-R., Crawford M.J. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics Annual Review of Clinical Psychology. 2019. 15:1. 481-502