

# Обсуждение обоснованности и возможности применения системы общественного здравоохранения для расстройств вследствие аддиктивного поведения

Концепция «поведенческих (нехимических) зависимостей» была представлена без малого три десятилетия назад, и недавно появился все возрастающий объем литературы, посвященный этому вопросу и родственным с ним понятиям<sup>1,2</sup>. Одновременно с этим некоторые авторы отметили, что классификация поведенческих зависимостей требует доработки<sup>3,4</sup>. Мы представляем обновленные данные в этой области и акцентируем внимание на последних работах, проведенных во время разработки МКБ-11. Одновременно мы рассматриваем вопрос, будет ли полезным наличие отдельного раздела, посвященного расстройствам вследствие аддиктивного поведения, в этой классификации.

Как DSM, так и МКБ долгое время избегали термина «аддикция» в пользу понятия «химическая зависимость». Однако DSM-5 включает патологический гемблинг в раздел химических зависимостей и аддиктивных расстройств; также в ней были предоставлены критерии для диагностики пристрастия к интернет-играм как расстройства, требующего дальнейшего изучения, и тем самым была подчеркнута его схожесть с химическими зависимостями<sup>5-7</sup>. В проекте МКБ-11 Всемирная организация здравоохранения была введена концепция «расстройств аддиктивного поведения», включающая гемблинг и зависимость от интернет-игр<sup>8</sup>. Эти расстройства характеризуются нарушением контроля за вовлеченностью в аддиктивное поведение. При этом данное поведение занимает центральное место в жизни человека и продолжается, несмотря на неблагоприятные последствия, связанные с этим поведением дистресс или значительные нарушения в личной, семейной, социальной и других важных областях функционирования личности<sup>2,8</sup>.

Важным направлением при разработке DSM-5 стало определение диагностической валидности критериев. Безусловно, имеются данные о частичном совпадении клинических симптомов химических зависимостей с расстройствами аддиктивного поведения (патологический гемблинг) по ключевым критериям, в том числе по коморбидности, биологическим механизмам и ответу на терапию<sup>5-7</sup>. Для патологического пристрастия к играм в интернете в настоящее время существует все увеличивающийся объем информации по клиническому и нейробиологическому особенностям. Для широкого спектра других возможных поведенческих зависимостей существует меньше достоверных данных. Более того, некоторые из этих состояний демонстрируют также частичное совпадение с симптомами расстройств влечений (в DSM-VI и МКБ-10), включающее коморбидность, биологические механизмы и ответ на терапию<sup>9</sup>.

Группы, работающие над МКБ-11, осознают необходимость достоверности критериев для диагностики психических и поведенческих расстройств и учитывают, что классификационная система с большей диагностической обоснованностью закономерно может привести к улучшению исходов лечения. В то же время рабочие группы по МКБ-11 на своих совещаниях сфокусированы в особенности на клинической целесообразности и аспектах, анализирующих общественное здравоохранение. Особенно пристальное внимание уделяется улучшению первичного звена здравоохранения в неспециализированных медицинских учреждениях, что согласуется с акцентом МКБ-11 на мировое психическое благополучие. Четкое разграничение

расстройств и подтипов расстройств, даже если оно подтверждено практическими работами и диагностически обоснованно, можно по праву считать не таким целесообразным в условиях общей врачебной практики. Однако инвалидность и сопутствующие нарушения являются ключевыми вопросами точки зрения, которая поддерживает включение гемблинга и игровой аддикции в МКБ-11<sup>2,8</sup>.

Существует множество причин, по которым признание расстройств вследствие аддиктивного поведения и включение их в нозологическую группу вместе с расстройствами употребления психоактивных веществ может способствовать улучшению общественного здоровья. Важно отметить, что концепция общественного здоровья по профилактике и лечению расстройств в связи с употреблением психоактивных веществ может быть вполне применима к патологическому гемблингу, расстройству пристрастия к играм в интернете. Возможно, эта концепция применима к некоторым другим расстройствам аддиктивного поведения (хотя в предварительном варианте МКБ-11 указывается, что включение в классификацию других расстройств аддиктивного поведения может быть еще не до конца обдуманным решением).

Обсуждение расстройств вследствие аддиктивного поведения в рамках концепции общественного здоровья, без сомнений, имеет ряд определенных преимуществ. В частности, оно уделяет необходимое внимание: а) изучению спектра времяпрепровождения от досуга без вреда для здоровья до поведения, связанного со значительными нарушениями; б) необходимости в высококачественных исследованиях распространенности и затрат на аддиктивное поведение и расстройства, связанные с ним; в) целесообразности научно обоснованных стратегических мер для уменьшения ущерба.

С учетом того что некоторая часть научного сообщества может быть озабочена проблемой медикализации повседневного образа жизни, данная концепция открыто признает, что некоторые виды поведения с аддиктивным потенциалом не обязательно могут стать (а могут никогда не стать) клиническим расстройством. Подчеркивается, что профилактика вреда здоровью и уменьшение социального бремени, связанных с нарушениями вследствие аддиктивного поведения, могут быть достигнуты конструктивными способами с использованием мер вне сектора здравоохранения.

Ряд других критических замечаний в отношении концепции поведенческих расстройств или расстройств вследствие аддиктивного поведения также могут быть представлены для дискуссии. Чуть ранее в этом журнале мы обозначили, что требуется дополнительная работа для заявления обоснованности диагностических критериев<sup>9</sup> и что проект МКБ-11 на данный момент также описывает гемблинг и игровое расстройство в разделе «расстройств влечений». Вместе с тем имеется разумное опасение по поводу того, что границы этой категории могут быть необоснованно расширены за пределы этих расстройств и могут включить другие виды деятельности человека. Некоторые из этих аргументов совпадают с теми, которые подчеркивают опасность упрощенной медицинской модели расстройств употребления психоактивных веществ.

Несмотря на осознание важности этих вопросов, наша точка зрения состоит в том, что возможность многочислен-

ных расходов на заболевания, вызванные зависимым поведением, подразумевает пропорциональные ответные меры, которые наиболее оптимальны в рамках системы общественного здравоохранения.

Здесь мы изложили причины, по которым подход в рамках системы общественного здравоохранения, используемый для расстройств употребления психоактивных веществ, также может быть целесообразен для патологического гемблинга, игровой зависимости и, возможно, других состояний вследствие аддиктивного поведения. Этот веский аргумент поддерживает включение расстройств употребления психоактивных веществ, патологического гемблинга и игрового расстройства в единую группу раздела классификации психических, поведенческих расстройств и нарушений нервно-психического развития в МКБ-11.

**Dan J. Stein<sup>1</sup>, Joël Billieux<sup>2</sup>, Henrietta Bowden-Jones<sup>3</sup>, Jon E. Grant<sup>4</sup>, Naomi Fineberg<sup>5</sup>, Susumu Higuchi<sup>6</sup>, Wei Hao<sup>7</sup>, Karl Mann<sup>8</sup>, Hisato Matsunaga<sup>9</sup>, Marc N. Potenza<sup>10</sup>, Hans-Jürgen M. Rumpf<sup>11</sup>, David Veale<sup>12</sup>, Rajat Ray<sup>13</sup>, John B. Saunders<sup>14</sup>, Geoffrey M. Reed<sup>15</sup>, Vladimir Poznyak<sup>15</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Mental Health, SA Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; <sup>2</sup>Institute for Health and Behaviour, University of Luxembourg, Luxembourg; <sup>3</sup>Division of Brain Science, Imperial College London, London, UK; <sup>4</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, IL, USA; <sup>5</sup>University of Hertfordshire, Hatfield, and School of Clinical Medicine, Cambridge University, Cambridge, UK; <sup>6</sup>National Center for Addiction Services Administration, Yokosuka, Kanagawa, Japan; <sup>7</sup>Mental Health Institute, Central South University, Changsha, China; <sup>8</sup>Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany; <sup>9</sup>Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Japan; <sup>10</sup>Yale

University School of Medicine, and Connecticut Council on Problem Gaming, Clinton, CT, USA; <sup>11</sup>Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University of Lübeck, Lübeck, Germany; <sup>12</sup>Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; <sup>13</sup>Department of Psychiatry, Swami Rama Himalayan University, Dehradun, India; <sup>14</sup>Disciplines of Psychiatry and Addiction Medicine, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; <sup>15</sup>Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Только авторы отвечают за мнения, выраженные в этом письме, и они не обязательно отражают решения, стратегии или мнения Всемирной организации здравоохранения. Письмо частично основано на работе, предпринятой в рамках Акта CA16207 «европейской системы проблем использования интернета» при поддержке Сотрудничества Европейских стран в области науки и технологий (the European Cooperation in Science and Technology – COST).

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)  
Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)  
(World Psychiatry 2018;17:363-364)

#### Библиография

1. Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ et al. Eur Neuropsychopharmacol 2016;26:841-55.
2. Saunders JB, Hao W, Long J et al. J Behav Addict 2017;6:271-9.
3. Starcevic V, Aust N Z J Psychiatry 2016;50:721-5.
4. Aarseth E, Bean AM, Boonen H et al. J Behav Addict 2017;6:267-70.
5. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M et al. Am J Psychiatry 2013;170:834-51.
6. Petry NM. Addiction 2006;101(Suppl. 1):152-60.
7. Potenza MN. Addiction 2006;101(Suppl. 1):142-51.
8. Saunders JB. Curr Opin Psychiatry 2017;30:227-37.
9. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA et al. World Psychiatry 2014;13:125-7.

DOI:10.1002/wps.20570

## Доказательства клинической целесообразности диагноза пролонгированной реакции утраты

Значительная масса исследований показали, что пролонгированная реакция утраты (ПРУ), характеризующаяся длительным и тяжелым дистрессом в ответ на утрату, составляет расстройство, отличающееся от большого депрессивного расстройства (БДР) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), связанных с тяжелой утратой<sup>1</sup>. При рассмотрении имеющихся доказательств группа, работающая над секцией в МКБ-11 «Расстройства, связанные со стрессом», решила предложить ПРУ для включения в классификацию в качестве нового синдрома, связанного со стрессом<sup>2</sup>. Однако специалисты в области психиатрии и обыватели выражают обеспокоенность, что введение диагноза ПРУ приведет к «медиализации» нормальной реакции горя<sup>3</sup>. Остаются опасения и относительно гипердиагностики нормальных ответов на потерю<sup>4-6</sup>.

В качестве нового расстройства крайне важно определить, является ли ПРУ клинически целесообразным диагнозом. Согласно проф. First<sup>7</sup>, психическое расстройство или диагностическая система имеет клиническую целесообразность, если: а) помогает коммуникации и взаимодействию специалистов; б) способствует эффективным терапевтическим вмешательствам; в) определяет потребности и исходы лечения; г) отграничивает расстройства от нормальных реакций и коморбидных расстройств. В свою очередь, множество доказательств продемонстрировали целостность концепции, прогностическую и постепенно

растущую обоснованность диагноза ПРУ. Представления врачей о его клинической целесообразности все еще должны быть проверены экспериментально.

Для заполнения этого пробела наша группа провела двухфазное рандомизированное контролируемое клиническое исследование в США при поддержке Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health – NIMH), в котором оценивала клиническую целесообразность ПРУ. В исследовании проводилась оценка воздействия приведенной информации о диагнозе на способность врачей поставить дифференцированный диагноз ПРУ «виртуальному стандартизированному пациенту» (ВСП). Использование ВСП позволяет нам стандартизировать клинические проявления, контролировать существенные искажающие факторы и характеристики пациентов и избегать обременения участников, переживающих утрату близких. Также использование ВСП (вместо описаний клинических случаев или пациентов, выбранных врачом самостоятельно<sup>8</sup>, как это было сделано в предыдущих исследованиях) повысило внешнюю обоснованность данных исследований.

В первой фазе исследования были разработаны клинические примеры для ВСП, записанные на видео с привлечением семи консультантов по работе с утратой. Они описали случаи ПРУ, не удовлетворяющие критериям нормальной реакции горя, БДР и ПТСР. Четырех «ослепленных»