Текущий опыт работы с новыми категориями МКБ-11: комплексным посттравматическим стрессовым расстройством, пролонгированной реакцией горя, расстройством вследствие пристрастия к компьютерным играм и компульсивным расстройством сексуального поведения

Geoffrey M. Reed[1], Michael B. First[1,2], Joël Billieux[3,4], Marylene Cloitre[5,6], Peer Briken[7], Sophia Achab[8,9], Chris R. Brewin[10], Daniel L. King[11], Shane W. Kraus[12], Richard A. Bryant[13]

[1]Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York NY, USA; [2]New York State Psychiatric Institute, New York NY, USA; [3]Institute of Psychology, University of Lausanne, Lausanne Switzerland; [4]Center for Excessive Gambling, Addiction Medicine, Lausanne University Hospitals, Lausanne Switzerland; [5]National Center for PTSD Dissemination and Training Division, VA Palo Alto Health Care, Menlo Park CA, USA; [6]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Stanford CA, USA; [7]Institute for Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg Germany; [8]Outpatient Treatment Unit for Addictive Behaviors Re Connecte, Geneva University Hospitals, Geneva Switzerland; [9]Psychological and Sociological Research and Training Unit, Department of Psychiatry, University of Geneva, Geneva Switzerland; [10]Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London UK; [11]College of Education, Psychology, and Social Work, Flinders University, Adelaide SA, Australia; [12]Department of Psychology, University of Nevada, Las Vegas NV, USA; [13]School of Psychology, University of New South Wales, Sydney NSW, Australia

Перевод: Шишковская Т.И. (Москва)
Редактура: к. м. н., доцент Северова Е.А. (Смоленск)

Reed GM, First MB, Billieux J, Cloitre M, Briken P, Achab S., Brewin CR, King DL, Kraus SW, Bryant RA. Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*. 2022;21(2):189-213. doi:10.1002/wps.20960

Резюме. *Одно из важных нововведений в МКБ-11 – добавление 21 новой нозологии. Обычно новые категории вводятся с целью: а) увеличить возможности использования классификации для статистики; б) облегчить разграничение клинически значимого, но с трудом классифицируемого психического расстройства, чтобы обеспечить надлежащее лечение; с) стимулировать поиск более эффективных методов терапии. Учитывая важность этих изменений для государств – членов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мы должны изучить влияние этих новых категорий на ранней стадии внедрения МКБ-11. В настоящей статье основное внимание уделяется четырем из них: комплексному посттравматическому стрессовому расстройству, пролонгированной реакции горя, расстройству вследствие пристрастия к компьютерным играм и компульсивному расстройству сексуального поведения. Эти категории мы выбрали потому, что они были предметом активного обсуждения и значительно отличаются от категорий DSM-5. Ведущие авторы пригласили экспертов по каждому из этих расстройств рассказать, почему эти заболевания сочли нужным добавить в МКБ-11, как влияло отсутствие этих категорий на качество медицинской помощи, а также о возникавших по этому поводу разногласиях. Эксперты сделали обзор полученных за последнее время данных и мнений, озвученных после того как ВОЗ сообщила о намерении включить перечисленные нозологии в МКБ-11. Каждая из четырех категорий описывает популяцию с клинически важными характеристиками, которые ранее оставались незамеченными, а также с особыми потребностями в лечении, которые в противном случае остались бы неудовлетворенными. После введения этих категорий в МКБ-11 возросло количество исследований в соответствующих областях, а услуги по оказанию помощи при этих расстройствах стали более доступными, что в целом подтверждает практическую пользу и достоверность новых нозологических единиц.*

Ключевые слова: *Международная классификация болезней; МКБ-11; диагностика; комплексное посттравматическое стрессовое расстройство; пролонгированная реакция горя; расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм; компульсивное расстройство сексуального поведения; практическая польза; психиатрическая помощь.*

Всемирной ассамблеей здравоохранения, в которую входят министры здравоохранения всех государств – членов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 25 мая 2019 г. была одобрена 11-я редакция Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ-11)[1]. С 1 января 2022 г. начала появляться статистика, основанная уже на новой диагностической системе[2]. Постепенный переход от МКБ-10 к МКБ-11 происходит во всех государствах – членах ВОЗ, а внедрение новой классификации во всем мире займет, предположительно, несколько лет. До тех пор страны, которые еще не внедрили МКБ-11, будут использовать специальные алгоритмы преобразования, чтобы привести статистическую отчетность в соответствие с требованиями ВОЗ.

Основная цель классификации МКБ – обеспечить основу для сбора и представления информации о заболеваемости и смертности (в том числе в рамках эпидемиологического надзора) и для формирования национальной и глобальной статистики здравоохранения. МКБ также используется государствами – членами ВОЗ как основа организации здравоохранения на институциональном и национальном уровне, а также как организующий элемент в предоставлении социальной и медицинской помощи на бесплатной основе[3]. На уровне каждого отдельного специалиста МКБ позволяет правильно организовать и в целом облегчить клиническую и исследовательскую практику.

За последнее десятилетие, в том числе в контексте разработки МКБ-11, Департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и потребления психоактивных веществ разработал сборник Клинических описаний и диагностических требований (*Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements*, *CDDR*) для психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы, который содержит всю необходимую информацию для применения классификации в клинических условиях[4]. Ранее, одновременно с выходом МКБ-10, Департамент опубликовал Клинические описания и диагностические рекомендации (*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, CDDG*) для психических и поведенческих расстройств по МКБ-10[5]. *CDDR* по МКБ-11, исходящих из принципа практического использования и возможности применения во всем мире, разрабатывалась в процессе международного и междисциплинарного взаимодействия, более организованном и активном, чем при подготовке более ранних версий[6]. Отчасти структура и методология разработки МКБ-11 *CDDR* были специально предназначены для устранения некоторых недостатков МКБ-10 *CDDG*[4]. Изменение названия с *CDDG* на *CDDR* связано с выработанной за последнее десятилетия политикой, которая особым образом определяет понятие «руководство», так что к *CDDR* оно оказывается неприменимым.

Среди важных изменений, внесенных в классификацию психических расстройств МКБ-11[6], оказалось добавление 21 новой диагностической категории (перечислены в Таблице 1). Предложения добавить новую категорию исходят из стремления продемонстрировать значимость и улучшить отграничение психических расстройств, которые отдельно не сформулированы в предыдущих изданиях. Наиболее часто дополнение классификаций исходит из соображений: а) сбора статистики о заболеваемости новым, в настоящее время не подлежащим классификации психическим расстройством, которое имеет важное значение для общественного здоровья; б) качества диагностики клинически значимого, но трудно классифицируемого состояния, что соответствующим образом повысит качество медицинской помощи; с) необходимости исследований по этому вопросу для разработки более эффективных методов лечения.

За счет так называемых резидуальных категорий МКБ формально можно классифицировать практически любое проявление психического расстройства. К резидуальным относятся категории вида «другие уточненные» и «неуточненные» в каждой отдельной группе расстройств (например, другое уточненное расстройство настроения; неуточненное нейрокогнитивное расстройство). «Другое уточненное» используется, когда клиническая картина не соответствует ни одной из имеющихся категорий МКБ-11, а «неуточненное» – когда у специалиста на данный момент недостаточно информации о состоянии пациента для постановки более точного диагноза.

Например, если врач выявляет некое клинически значимое нарушение пищевого поведения, не подходящее ни под одно из известных расстройств питания или приема пищи и не обусловленное при этом другим психическим расстройством или заболеванием, а также действием лекарственных средств или психоактивных веществ, этому расстройству присваивается категория «Другие уточненные нарушения питания или расстройства пищевого поведения». Если клиницист считает, что состояние пациента удовлетворяет определению психического расстройства, но неясно, к какой группе оно принадлежит, может быть использована категория «Другие уточненные психические, поведенческие расстройства или нарушения развития нервной системы» или «Психические, поведенческие расстройства или расстройства развития нервной системы, неуточненные». Использование остаточных категорий в качестве основного диагноза при наличии достаточно распространенных симптомов противоречит основной цели МКБ – конкретной квалификации состояния пациента, поскольку в таком случае одни и те же диагностические коды могут применяться к широкому спектру разнородных и, возможно, не связанных между собой проявлений. Именно в таких ситуациях встает вопрос о введении новых категорий.

С точки зрения классификации новые категории можно разделить на два типа. Первый тип – диагностические единицы, которые описывают принципиально новый феномен, качественно отличающийся от уже существующих в МКБ нозологий и, таким образом, не поддающийся на данный момент классификации. В Таблице 1 категории МКБ-11, соответствующие этому описанию, обозначены как тип 1. Например, патологическое накопительство феноменологически сходно с обсессивно-компульсивным расстройством (иррациональная потребность оставлять у себя разные ненужные предметы напоминает обсессию, а склонность к чрезмерным и бесполезным покупкам – компульсию). Однако, в отличие от обсессивно-компульсивного расстройства, при патологическом накопительстве эти действия не преследуют цели нейтрализовать тревогу или уменьшить дистресс, а скорее приносят удовольствие. Кроме того, при патологическом накопительстве основные методы лечения обсессивно-компульсивного расстройства неэффективны[7]. Основываясь на обзоре литературы, рабочая группа МКБ-11 по соответствующему разделу пришла

Таблица 1. Новые расстройства, включенные в классификацию психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы МКБ-11.
Категории 1 типа (новые расстройства, ранее не классифицированные)
Дисморфофобия
Расстройство обоняния
Хординг
Экскориационное расстройство
Пролонгированная реакция горя
Расстройство руминации-регургитации
Дисфория целостностного восприятия тела
Расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм
Компульсивное расстройство сексуального поведения
Интермиттирующее эксплозивное расстройство
Категории 2 типа (новые категории, возникшие в результате распространения на другие состояния принципов классификации из другого раздела МКБ-10 или выделения в отдельную категорию какого-то из его подвидов)
Частичное диссоциативное расстройство личности
Компульсивное переедание
Расстройство избегающего или ограничительного пищевого поведения
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР)
Делегированное симуляционное расстройство
Тревожное расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ
Обсессивно-компульсивное или родственное ему расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ
Нарушение импульс-контроля, вызванное употреблением психоактивных веществ
Вторичные расстройства нейроразвития
Вторичный обсессивно-компульсивный или родственный ему синдром
Синдром вторичного нарушения импульс-контроля

Таблица 2. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы комплексного посттравматического стрессового расстройства в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)
Анамнестические сведения о пережитом событии или серии событий угрожающего характера, часто – регулярных и длительных, избежать которых невозможно или крайне трудно. К примерам таких пациентов относятся люди, пережившие пытки или геноцид, находившиеся в концентрационных лагерях или в рабстве, а также подвергавшиеся другим формам организованного насилия, насилию в семье, неоднократным эпизодам сексуального или физического насилия в детстве.
После травматического события развились и длятся не менее нескольких недель все три основных симптома посттравматического стрессового расстройства:
Повторное переживание травматического события, при котором событие (события) не просто вспоминается, но переживается как происходящее здесь и сейчас. Обычно оно проявляется в виде ярких навязчивых воспоминаний или образов; предстающих перед внутренним взором картин, тяжесть переживания которых варьируется от легкой (преходящее ощущение, что событие будто бы снова происходит в настоящем) до тяжелой (полная потеря осознания реальной обстановки), или в виде повторяющихся снов или ночных кошмаров, которые тематически связаны с травмирующим событием/событиями. Повторное переживание обычно сопровождается интенсивными и всепоглощающими эмоциями, такими как страх или ужас, и выраженными физическими ощущениями. Повторное переживание события в настоящем может также сопровождаться чувством подавленности или погружения в те же интенсивные эмоции, которые пациент переживал во время травматического события, но когнитивный компонент переживания при этом отсутствует. Часто переживание возникает в ответ на напоминания о событии. Этому критерию не удовлетворяют размышления о пережитом и воспоминания о чувствах, которые человек в тот момент испытывал.
Намеренное избегание напоминаний, которые могут привести к повторному переживанию травматического события/событий. Оно может выражаться как в форме активного внутреннего избегания мыслей и воспоминаний, связанных с событием/событиями, так и в виде внешнего избегания людей, разговоров, действий или ситуаций, напоминающих о событии/событиях. В крайних случаях человек решает изменить свое окружение (например, переехать или сменить работу), чтобы избежать таких напоминаний.
Стойкое восприятие окружающей обстановки как угрожающей, например, в виде повышенной бдительности или выраженной реакции испуга в ответ на неспецифические раздражители, например, неожиданные звуки. Люди в состоянии “повышенной готовности” внутренне постоянно готовы к самозащите и чувствуют, что они сами или их близкие находятся под непосредственной угрозой в конкретной ситуации или в общем смысле. Они могут усвоить новое поведение, направленное на обеспечение безопасности (не сидеть спиной к двери, во время вождения постоянно смотреть в зеркало заднего вида). При комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве, в отличие от посттравматического стрессового расстройства, может наблюдаться ослабление, а не усиление реакции испуга.
Выраженная и отражающаяся во многих сферах дизрегуляция аффекта. Примерами могут служить склонность к выраженным эмоциональным реакциям в ответ на незначительные стрессоры, вспышки агрессии, необдуманное или саморазрушительное поведение, диссоциативные симптомы при стрессе и субъективное ощущение “эмоционального паралича”, неспособности испытывать удовольствие или положительные эмоции.
Стойкие негативные убеждения о себе, когда человек считает себя униженным, поверженным и никчемным, что сопровождается глубоким и всепроникающим чувством стыда или вины, непосредственно связанным со стрессором. Например, человек может чувствовать себя виноватым из-за того, что не избежал или “сдался” в пережитых травматичных ситуациях, или из-за того, что не смог помочь другим.
Трудности в поддержании отношений и неспособность почувствовать близость в отношениях с другими людьми. Человек может постоянно избегать, обесценивать или мало интересоваться отношениями или социальным взаимодействием в целом. В отдельных случаях такие пациенты могут вовлекаться в краткосрочные и бурные отношения, но в дальнейшем им становится трудно их поддерживать.
Состояние приводит к значительным нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах. Если функционирование поддерживается на приемлемом уровне, но это требует значительных усилий.

к выводу, что есть все основания рассматривать патологическое накопительство как отдельное психическое расстройство, которое ранее не имело стандарта диагностики и разработанных схем лечения[8]. По МКБ-10, проявления патологического накопительства, скорее всего, были бы классифицированы как «другое уточненное невротическое расстройство»; ни для целей статистики, ни для клинициста этот диагноз неинформативен.

Ко второму типу относятся случаи, когда на какое-то из имеющихся расстройств распространяются принципы классификации из другого раздела или особо выделяется какой-то из его подвидов. В эту группу попадают клинические состояния, у которых предполагаются схожие особенности патогенеза, течения, прогноза и лечения, что позволяет считать его отдельным расстройством, а не просто подтипом. В Таблице 1 они обозначены как тип 2. Например, нервная булимия – хорошо известное расстройство, которое характеризуется регулярными эпизодами переедания с неадекватным компенсаторным поведением, таким как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными или постановка клизм, чтобы предотвратить набор веса. Клинически и в литературе давно отмечено, что существует группа людей, у которых бывают эпизоды переедания, но они не сопровождаются вызыванием рвоты и другими видами компенсаторного поведения. Такие симптомы не соответствуют диагностическим критериям нервной булимии, но также сопровождаются дистрессом, часто коморбидны другим психическим расстройствам и представляют угрозу для физического здоровья[9,10]. По МКБ-10, в этом случае могут выставляться разные диагнозы: «атипичная нервная булимия», «другое расстройство пищевого поведения» или «расстройство пищевого поведения неуточненное», что затрудняет ведение статистики и отслеживание этой группы пациентов. Новая категория МКБ-11 – компульсивное переедание – в клинической практике встречается гораздо чаще, чем собственно нервная булимия[11], а также отличается с точки зрения прогноза и лечения[12], что оправдывает это нововведение.

Учитывая важность перечисленных изменений в классификации для государств – членов ВОЗ, следует изучить влияние этих новых категорий. С момента официального одобрения МКБ-11 Всемирной ассамблеей здравоохранения прошло немного времени, и в полной мере оценить последствия не представляется возможным. Но черновая версия МКБ-11 обнародована в 2012 г.[13], и за это время вышло много статей на тему новых аспектов классификации психических расстройств в МКБ-11[6]. Таким образом, в последнее десятилетие новые категории МКБ-11, указанные в Таблице 1, активно обсуждались, появились соответствующие исследования и клинические данные.

В настоящей статье мы сосредоточимся на четырех из перечисленных категорий: комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве (КПТСР), которое представляет собой модификацию категории МКБ-10 «Устойчивые изменения личности после катастрофического опыта»; расширении в рамках категории ПТСР; двух принципиально новых расстройствах (пролонгированной реакции горя и расстройстве вследствие пристрастия к компьютерным играм); компульсивном расстройстве сексуального поведения, которое вводится вместо ранее существовавшей, но недостаточно точной категории «повышенное половое влечение». «Основные и необходимые для постановки диагноза характеристики» этих расстройств из *CDDR* приведены в Таблицах 2–5.

Таблица 3. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы пролонгированной реакции горя в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)
Анамнестические сведения о переживании тяжелой утраты после смерти партнера, родителя, ребенка или другого близкого человека
Стойкое и выраженное переживание чувства горя и ощущения эмоциональной боли с постоянной тоской по умершему и размышлениями о нем. Оно также может проявляться в чувстве подавленности, вины, гнева, отрицания, во внешнеобвинительной позиции. Человеку трудно принять смерть близкого, он чувствует, что как будто бы потерял "часть себя", не способен испытывать положительные эмоции, находится в состоянии "эмоционального оцепенения" и испытывает трудности в общении с людьми и другой деятельности.
Всепроникающее чувство горя сохраняется в течение нетипично длительного периода времени после потери, которое не соответствует социальным, культурным или религиозным нормам в данном социокультурном контексте. Пролонгированной нельзя считать реакцию горя, которая длится менее 6 месяцев (но в зависимости от социокультурной среды этот срок может быть и дольше).
Состояние приводит к значительным нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах. Если функционирование поддерживается на приемлемом уровне, но это требует значительных усилий.

Таблица 4. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы расстройства вследствие пристрастия к компьютерным играм в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)
Устойчивая модель игрового поведения (имеются в виду компьютерные или видеоигры) в офлайн, или чаще в онлайн-формате (в интернете или схожих сетях), которая характеризуется:
Нарушением контроля над игровым поведением (моментом, когда человек в очередной раз садится за игру или заканчивает играть, а также частотой, интенсивностью, продолжительностью и контекстом игрового поведения)
Ситуацией, когда игры становятся приоритетом и интерес к ним превалирует над другими жизненными интересами и участием в повседневной деятельности
Склонностью продолжать игру или все больше вовлекаться в нее, несмотря на негативные последствия (например, связанные с играми конфликты в семье, плохая успеваемость, негативное влияние на здоровье)
Паттерн игрового поведения может быть непрерывным или эпизодическим и регулярным, но он должен проявляться в течение длительного периода времени (например, в течение 12 месяцев)
Патологическое игровое поведение не объясняется другим психическим расстройством (например, маниакальным эпизодом) и не связано с воздействием психоактивных веществ или лекарственных препаратов
Паттерн игрового поведения приводит к значительному дистрессу или нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах

Таблица 5. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы компульсивного расстройства сексуального поведения в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)
Неспособность контролировать интенсивные и регулярно возникающие сексуальные импульсы или побуждения, которые приводят к соответствующему поведению и проявляются рядом симптомов:
Патологическое сексуальное поведение стало центром внимания и жизненным приоритетом человека до такой степени, что он начал пренебрегать здоровьем и базовым уходом за собой или другими интересами и обязанностями
Человек предпринимал многочисленные безуспешные попытки контролировать или сократить количество эпизодов патологического сексуального поведения
Человек продолжает регулярно практиковать патологическое сексуальное поведение, несмотря на его неблагоприятные последствия (например, супружеские конфликты, финансовые или юридические последствия, негативное воздействие на здоровье)
Человек продолжает практиковать патологическое сексуальное поведение, даже если он получает от этого мало удовлетворения или вообще не получает
Ощущение неспособности контролировать интенсивные и регулярно возникающие сексуальные импульсы или побуждения и, как следствие, патологическое сексуальное поведение проявляется в течение длительного периода времени (6 месяцев или более)
Ощущение неспособности контролировать интенсивные и регулярно возникающие сексуальные импульсы или побуждения и, как следствие, патологическое сексуальное поведение не объясняется другим психическим расстройством (например, маниакальным эпизодом) и не связано с воздействием психоактивных веществ или лекарственных препаратов
Паттерн патологического сексуального поведения приводит к субъективному дистрессу или значительным нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. К таким переживаниям не относится дистресс, связанный исключительно с моральными убеждениями или неодобрением окружающих

Сущностные характеристики расстройства в *CDDR* – это симптомы и другие характеристики состояния, которые по предположению авторов будут обнаруживаться во всех случаях данного расстройства[4]. В этом смысле они напоминают диагностические критерии DSM, но в МКБ было решено уйти от искусственных способов повысить точность диагноза, таких как наличие определенного количества симптомов из списка или определенной длительности состояния (за исключением случаев, когда на основании литературы этот подход можно было считать оправданным). Это дает врачу возможность в большей степени опираться на клиническое мышление, учитывать индивидуальные особенности пациента и социокультурный контекст. Также следует отметить, что основные симптомы – это лишь часть сопровождающего материала к диагнозам в *CDDR*; описаны и дополнительные клинические характеристики, которые не являются принципиальными для постановки диагноза, но занимают важное место в клинической картине; также приводятся состояния, граничащие с нормой, особенности течения, в том числе половозрастные и связанные с культурным контекстом, и соображения по дифференциальной диагностике[4,14].

Четыре категории, выбранные для этой статьи, представляют особый интерес, поскольку в последнее время они стали предметом активного обсуждения. Причиной споров оказался среди прочего тот факт, что, включая их в МКБ-11, эксперты исходили из принципиально иных соображений, чем при составлении DSM-5[15]. Так, категории, сходные по смыслу с пролонгированной реакцией горя и расстройством вследствие пристрастия к компьютерным играм, не были включены в основной корпус DSM-5, а вошли в раздел «Состояния, подлежащие дальнейшему изучению». Предлагался аналог компульсивного расстройства сексуального поведения, но в итоговую классификацию DSM-5 он не вошел[16]. Некоторые из симптомов комплексного

посттравматического стрессового расстройства добавили в критерии DSM-5 для посттравматического стрессового расстройства[17], но в качестве отдельного расстройства КПТСР не выделяли.

Ведущие авторы пригласили экспертов по каждому из этих расстройств рассказать, почему эти расстройства сочли нужным добавить в МКБ-11, как сказывалось отсутствие этих категорий на качестве медицинской помощи, а также описать возникавшие по этому поводу разногласия, обзор полученных за последнее время данных и мнений, озвученных после того как ВОЗ сообщила о намерении включить перечисленные нозологии в МКБ-11.

Ведущие авторы статьи (GMR и MBF) пригласили экспертов по каждому из этих расстройств ответить на следующие вопросы: а) с клинической точки зрения почему эту категорию посчитали нужным включить в МКБ-11 и какова была на тот момент доказательная база?; б) какие диагнозы ставились таким пациентам до МКБ-11 и как отсутствие соответствующих категорий сказывалось на качестве лечения?; в) какие были разногласия (если были) по поводу включения этих расстройств в классификацию?; г) какие новые научные данные были получены после того, как ВОЗ сообщила о намерении включить перечисленные категории в МКБ-11, и как они повлияли на клиническую практику?

КОМПЛЕКСНОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Обоснование необходимости диагноза комплексного ПТСР

За последние несколько десятилетий клиницисты и исследователи неоднократно сообщали о клинических проявлениях посттравматического стрессового расстройства, выходящих за рамки описанных в МКБ-10, особенно у пациентов, перенесших тяжелые, длительные или множественные травмы[18,19].

ВОЗ провела два глобальных исследования в рамках предварительной разработки классификации психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы МКБ-11; первое – в сотрудничестве со Всемирной психиатрической ассоциацией[20], а второе – с Международным союзом психологических наук[21]. 3222 участника опроса на английском и испанском языках, психиатры и психологи из 35 стран наиболее часто предлагали для включения в МКБ-11 именно комплексное посттравматическое стрессовое расстройство[22]. По их мнению, этот диагноз необходим для того, чтобы более полно оценить различные характеристики и последствия комплексной травмы.

В итоге, опираясь на соответствующую доказательную базу, рабочая группа МКБ-11 по расстройствам, связанным со стрессом, рекомендовала включить комплексное посттравматическое стрессовое расстройство в новую классификацию[23]. Основные симптомы этого состояния, перечисленные в *CDDR*, представлены в Таблице 2.

Диагноз «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» требует наличия всех трех основных симптомов посттравматического стрессового расстройства (повторное переживание обстоятельств получения травмы, избегающее поведение и постоянное чувство угрозы). Кроме того, сложное посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется так называемыми расстройствами саморегуляции: стабильными и выраженными нарушениями контроля над аффективным состоянием; убеждением в собственной никчемности и малоценности; трудностями в формировании и поддержании близких отношений.

Вводя диагноз КПТСР, авторы постарались учесть большее количество симптомов, возникающих в ответ на определенные типы травм: повторяющиеся события или длительное время сохраняющиеся обстоятельства, избежать которых для пациента практически невозможно (например, пытки, рабство, насилие в семье на протяжении длительного времени, неоднократные эпизоды сексуального или физического насилия в детстве). Новая категория также предполагает потребность в длительном многоэтапном лечении с применением разных терапевтических методов, что, соответственно, требует больше ресурсов от систем охраны психического здоровья.

История диагноза комплексного ПТСР

В 1992 г. МКБ-10 ввела новую категорию под названием «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» (*enduring personality change after catastrophic experience*, *EPCACE*). В *CDDG,* по МКБ-10, указано, что такие изменения личности должны сохраняться на протяжении длительного времени и проявляться в виде ригидных и дезадаптивных черт, нарушающих межличностное, социальное и профессиональное функционирование. Кроме того, в подобных случаях появляются ранее не характерные для данной личности черты, такие как враждебное или подозрительное отношение к миру, социальная изоляция, чувство опустошенности, безысходности, отчужденности; человек постоянно ощущает себя под угрозой, «на грани». Также руководство подчеркивает, что КПТСР нередко предшествует стандартное посттравматическое стрессовое расстройство, и, таким образом, КПТСР может рассматриваться как последствие ПТСР, возникшего в ответ на определенные типы событий. Среди возможных причин *EPCACE* в руководстве к МКБ-10 приводятся «опыт заключения в концлагерях, пыток, переживания стихийных бедствий, длительное пребывание в опасных для жизни обстоятельствах (например, в заложниках, когда человек находится в плену и его в любой момент могут убить)»[5]. Таким образом, концептуально *EPCACE* может рассматриваться как предшественник КПТСР в МКБ-11.

Однако клиницисты редко ставили этот диагноз, и он не вызывал интереса у исследователей. Среди возможных причин – отсутствие в перечне симптомов важных клинических особенностей (например, трудно контролируемые аффективные реакции и негативные представления о себе), которые появились только в последних формулировках, отсюда возникало представление, что диапазон применимости этого диагноза достаточно узкий. Например, длительное нахождение в ситуации грубого насилия со стороны интимного партнера, а также физическое или сексуальное насилие в детстве не описаны в *CDDG* как возможные причины *EPCACE*, хотя они встречаются гораздо чаще, чем обстоятельства травмы, приведенные в руководстве. Кроме того, в *CDDG* симптомы описаны размыто, что затрудняло их применение в клинической и исследовательской практике[24,25].

Возможность включения схожей диагностической категории параллельно с МКБ-10 рассматривалась при подготовке DSM-IV; основанием также служили разработки *Herman* по КПТСР[18] и в качестве названия предлагалось «Расстройство вследствие экстремального стресса, неуточненное» (*disorder of extreme stress not otherwise specified*, *DESNOS*). Полевое исследование по посттравматическому стрессовому расстройству в формулировке DSM-IV[26,27] показало, что, по сравнению с пережившими другие травматические события, люди, которые в раннем возрасте находились в ситуации хронической травмы, связанной с межличностными отношениями, сообщали о множественных и

тяжелых симптомах *DESNOS*, особенно в области регуляции эмоций, негативной самооценки и трудностей коммуникации. Категория *DESNOS* не включала традиционные симптомы ПТСР и рассматривалась, скорее, как отдельное расстройство, которым ПТСР может сопровождаться. В конечном итоге *DESNOS* не включили в DSM-IV, поскольку эмпирические основания для введения этой категории были признаны недостаточными. Проявления *DESNOS* добавили в раздел «Симптомы, ассоциированные с посттравматическим стрессом», и таким образом они все же остались в поле зрения клиницистов.

Предложение внести КПТСР в МКБ-11[23] исходило из опыта с *EPCACE*, но в попытках его операционализации ученые основывались на литературе по *DESNOS*. Поэтому, во-первых, *CDDR* по МКБ-11 расширил список травмирующих обстоятельств, которые относятся к факторам риска КПТСР, добавив жестокое обращение в детстве и насилие со стороны интимного партнера. Во-вторых, хотя диагноз *EPCACE*, как и другие диагнозы МКБ-10, отражающие изменения личности, предназначался для описания нарушений функционирований в трех областях (эмоциональная регуляция, самоидентификация и межличностные отношения), собственно эти изменения были описаны лишь в общих чертах. Выбор специфических симптомов и кластеров симптомов, отражающих конкретные неадаптивные проявления, основывался на формулировке *DESNOS* в полевых испытаниях DSM-IV[26], а также на общем мнении экспертов по комплексному ПТСР[19]. В *CDDR* они отражены так: постоянные и выраженные проблемы с контролем аффективных реакций, стабильно негативная самооценка и трудности в поддержании отношений и формировании эмоциональной близости с другими людьми. Еще одно отличие в том, что ключевой симптом *EPCACE,* по МКБ-10, – постоянное чувство угрозы, а концепция КПТСР в МКБ-11 включает все три основных симптома посттравматического стрессового расстройства (повторное переживание обстоятельств получения травмы, избегающее поведение и постоянное чувство угрозы). Это решение также основано на полевых испытаниях DSM-IV, которые показали, что почти у всех пациентов, соответствовавших критериям *DESNOS,* три перечисленных критерия посттравматического стрессового расстройства также выявлялись[26].

Таким образом, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, по МКБ-11, происходит от концепции *EPCACE*, но, помимо традиционных симптомов посттравматического стрессового расстройства, акцент делается на нарушениях контроля над аффективным состоянием, расстройствах идентичности и межличностного функционирования. В МКБ-10 *EPCACE* была включена в группу расстройств под названием «Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением головного мозга» (наряду со стойкими изменениями личности вследствие психического заболевания) и соседствовала со специфическими расстройствами личности. В МКБ-11 комплексное посттравматическое стрессовое расстройство находится в одной группе с другими расстройствами, связанными со стрессом.

Наличие общих симптомов (повторного переживания обстоятельств получения травмы, избегающего поведения и постоянного чувства угрозы) подчеркивает преемственность между ПТСР и КПТСР. Однако большее количество и разнообразие симптомов при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве, а также большая выраженность связанных с ними нарушений и относительное преобладание нарушений саморегуляции предполагают выделение КПТСР именно как самостоятельного расстройства, а не как подтипа ПТСР. Согласно *CDDR*, два этих диагноза не могут быть выставлены одновременно.

Споры, связанные с диагностикой комплексного посттравматического стрессового расстройства

С момента, когда диагноз КПТСР был впервые предложен (в 1990-е годы)[28], продолжаются споры о его практической пользе и валидности. Против его включения в классификации приводятся следующие основные возражения: а) отсутствие согласованного определения КПТСР; б) отсутствие стандартизированных и валидизированных методов его оценки; в) мнение, что КПТСР является просто более тяжелой формой ПТСР; d) трудность дифференциального диагноза с пограничным расстройством личности (ПРЛ)[29].

Экспертная комиссия провела работу по всем этим пунктам. После введения комплексного посттравматического стрессового расстройства в диагностическую номенклатуру ВОЗ четкое определение расстройства постепенно утвердилось и легло в основу психометрических разработок. На данный момент доступен самоопросник по КПТСР[30], который переведен более чем на 25 языков и доступен международному сообществу (см. www.traumameasuresglobal.com). Валидность клинической диагностики также подтверждена в исследованиях[31]. Предположение о том, что комплексное посттравматическое стрессовое расстройство является просто более тяжелой формой посттравматического стрессового расстройства, опровергнуто более чем в 15 исследованиях, которые демонстрируют, что пациенты, отнесенные к разным категориям, значимо отличаются и по анамнезу в отношении травмы, и по характерным паттернам симптомов[32,33].

Что касается пограничного расстройства личности, некоторые его симптомы действительно перекрываются с симптомами ПТСР, но различий больше, особенно в определении ключевых симптомов и подходов к лечению. Общими здесь оказываются симптомы аффективной дизрегуляции, но другие клинические проявления ПРЛ, по результатам недавних исследований, принципиально отличаются от нарушений саморегуляции, возникающих при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве[34]. В частности, пограничное расстройство личности характеризуется неустойчивостью образа «*Я*», нестабильностью в межличностных отношениях и выраженной склонностью к аутоагрессивному и суицидальному поведению, в то время как комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, характеризуется негативно воспринимаемой, но стабильной идентичностью, а также тенденцией разрывать отношения или избегать их при относительно низком уровне импульсивности. В отдельных работах говорится, что именно различия в характеристиках идентичности имеют наибольшее значение для дифференциального диагноза[35].

Обзор доказательств

Достоверность диагноза КПТСР подтверждена в ряде исследований с использованием различных методов и статистических подходов.

В предварительных исследованиях изучался вопрос, какой подход позволяет точнее описать популяцию пациентов, переживших психическую травму: единый диагноз, где КПТСР является частью ПТСР (как в DSM-5), или у КПТСР есть значимые клинические отличия, которые воспроизводятся в разных социокультурных условиях.

В одном из таких исследований[36] на основании латентного анализа профилей показано, что пациентов, перенесших психическую травму, можно разделить на две группы, одна из которых демонстрирует профиль симптомов КПТСР, а другая – профиль ПТСР. Более того, факт хронической психической травмы предсказывал распределение в группу КПТСР, а единичной – в группу ПТСР.

Обзор исследований по МКБ-11, посвященных комплексному посттравматическому стрессу[32], приведенный в 2017 году, сообщает о девяти дополнительных исследованиях с использованием латентного анализа профилей/классов, из которых восемь воспроизвели эти результаты. Изучались различные выборки: лица, перенесшие сексуальное насилие в детстве, ветераны вооруженных сил, гражданские, пережившие войну, а также смешанные выборки; исследования проводились в разных странах, в том числе США, Великобритании, Израиле, Уганде и Боснии; отсюда можно сделать вывод, что различие в профилях КПТСР и ПТСР воспроизводится в исследованиях на пациентах разных национальностей и с различным анамнезом психической травмы.

В более поздних обзорах говорится, что по сравнению с посттравматическим стрессовым расстройством КПТСР предполагает наличие множественных коморбидностей, большую выраженность симптомов и низкое качество жизни[33]. В одном из проспективных исследований показано, что в долговременной перспективе КПТСР связано с ухудшением физического здоровья и более выраженным снижением когнитивных функций[37]. По данным функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ)[38], нейробиологические профили пациентов с КПТСР и ПТСР во время обработки угрожающих стимулов также отличаются; при КПТСР отмечается более выраженная активация островка и правой миндалины. Похожие результаты получены и в других исследованиях[39,40], и они вполне согласуются с описанными в МКБ-11 нарушениями самоидентификации и регуляции эмоций.

Также показано, что клиницисты с достаточной точностью дифференцируют эти расстройства друг от друга. В полевых испытаниях МКБ-11 врачам предлагалось поставить диагноз по описаниям клинических случаев и исследовался вопрос, как влияет на точность диагноза опора на формулировки МКБ-11 по сравнению с концепцией *EPCACE* из МКБ-10, и позволяет ли новая классификация достоверно различать КПТСР и ПТСР, базируясь в первую очередь на симптомах нарушения саморегуляции[41]. Точность диагноза КПТСР в этих исследованиях была выше при использовании МКБ-11, чем при использовании концепции *EPCACE*, что подчеркивает преимущества реконцептуализации ПТСР. Дифференцировать КПТСР и ПТСР также удавалось с достаточной точностью.

Анализ факторной структуры симптомов комплексного посттравматического стрессового расстройства также подтверждает валидность этого диагноза. В нескольких исследованиях на эту тему внутреннюю согласованность всех шести кластеров симптомов КПТСР оценили в диапазоне от «хорошая» до «отличная»[42]. По результатам этого же исследования можно сказать, что основные симптомы ПТСР и факторы нарушения саморегуляции в случае КПТСР (аффективная дизрегуляция, негативная самооценка и трудности в отношениях) хорошо соответствуют данным (по оценкам исследований, «оптимальное соответствие» или «выраженное соответствие»). На этом основании концепцию КПТСР как сочетания двух компонентов (симптомов посттравматического стрессового расстройства и нарушения саморегуляции) можно признать удачной. При этом следует отметить, что в отдельных исследованиях анализ не выявил основных симптомов[43]; для научного сообщества это интересные результаты, которые требуют дальнейшей разработки.

Серия сетевых анализов, в которых симптомы комплексного посттравматического стрессового расстройства оценивались на четырех выборках, репрезентативных относительно населения страны (Германия, Израиль, Великобритания и США), показала, что, несмотря на различия в анамнезе психологической травмы, тяжести и профиле симптомов, их сетевые взаимодействия (например, по данным кластеризации) в разных странах выглядели похоже, что свидетельствует о стабильности выявленных кластеров[44]. Наиболее важным концептом в формулировке КПТСР была признана негативная *Я*-концепция; за ней шло расстройство регуляции аффекта, в то время как симптомы посттравматического стрессового расстройства имели меньший удельный вес и находились под сильным влиянием симптомов нарушения самоорганизации. Эти результаты также свидетельствуют в пользу рассмотрения КПТСР как отдельного расстройства, поскольку специфичные для него симптомы были доминирующими в клинической картине. Этот вывод также имеет принципиальное значение для оценки прогноза и планирования терапевтической тактики.

Последствия внедрения диагноза КПТСР

Одно из важнейших последствий внедрения – возможности изменения лечебной тактики. Никаких систематических данных на эту тему опубликовано не было, но, насколько можно судить по клиническим наблюдениям, до появления новой диагностической категории у лиц с КПТСР с большей вероятностью диагностировали ПТСР наряду с одним или несколькими сопутствующими расстройствами, которые охватывали бы весь спектр выявленных симптомов[45]. Среди таких сопутствующих диагнозов рекуррентное депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, социальное тревожное расстройство и расстройства личности, чаще всего пограничного типа, реже шизоидное или избегающее.

В такой ситуации внедрение новой категории может ощутимо повлиять на лечебный процесс. Во-первых, пациентам, у которых одновременно много диагнозов, часто предлагают обширные и запутанные планы лечения, и многие в конечном итоге не получают целенаправленную помощь. Во-вторых, такие пациенты начинают чувствовать себя тяжело больными и подвергаться стигматизации, в том числе со стороны медицинских работников. В-третьих, попытки лечить такое состояние просто как ПТСР упускают из вида многие из потребностей пациентов. На эту тему проводились исследования: стандартные методы лечения посттравматического стрессового расстройства, которые изначально разрабатываются для переживших определенного рода травматическое событие, при КПТСР дают худшие результаты. Недавний метаанализ показал, что после стандартной терапии ПТСР пациенты, получившие психическую травму в детском возрасте (в этой группе КПТСР диагностируется чаще всего), не продемонстрировали значительного улучшения по большинству изначальных симптомов, включая триаду ПТСР (эмоциональную дизрегуляцию, негативную самооценку и проблемы в межличностных отношениях), по сравнению с теми, кто не сталкивался с детской травмой[46,47].

Остается еще много неисследованных вопросов, но с момента объявления о намерении включить КПТСР в МКБ-11 интерес к этому расстройству значительно возрос. Поиск в PubMed (по ключевым словам: КПСТР, «комплексный посттравматический стресс» или «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство») в 2014 г. давал 16 публикаций, через год после первого официального отчета – 23. В последующие годы количество публикаций неуклонно увеличивалось, и к 2020 г. было опубликовано в общей сложности 322 исследования на тему КПТСР. Это более чем в два раза превышает число публикаций за 21 год (1992–2013 гг.), когда термина «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» не существовало[18].

Среди проведенных работ – исследование валидности диагноза, разработка психометрических методик, эпиде-

миологические исследования, исследования факторов риска и терапевтических подходов, а также сравнения с посттравматическим стрессовым расстройством, по определению DSM-5. Важно отметить, что в соответствии с миссией ВОЗ валидность диагноза КПТСР подтверждена в исследованиях на многонациональной выборке с четырех континентов. Также представляют интерес исследования, подтверждающие валидность диагноза у детей и подростков[48] и его особую значимость для отдельных профессиональных групп, регулярно и на протяжении длительного времени подвергающихся стрессовым факторам (например, полицейских)[49].

Исследования по специфическим особенностям КПТСР сейчас финансируются, в разработке находятся новые терапевтические подходы. Выделение КПТСР в отдельную клиническую единицу должно привлечь внимание клинициста к особенностям клинической картины, связанным с хронической травмой, поскольку это важный аспект психического здоровья. Мы надеемся, что предложение дифференцировать КПТСР от ПТСР будет способствовать разработке лечебных подходов, ориентированных на конкретные популяции, более эффективных на практике, которые позволят рационально использовать глобальные ресурсы здравоохранения.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ РЕАКЦИЯ ГОРЯ

В МКБ-11 пролонгированная реакция горя описывается как постоянная тоска по умершему с ощущением сильной эмоциональной боли или эмоционального «онемения», неспособностью испытывать положительные эмоции и участвовать в социальной и другой деятельности, а также комплекс переживаний, при котором человек ощущает, будто «потерял часть себя» и не может принять смерть близкого[14] (Таблица 3). По формальному определению, болезненная реакция горя длится более 6 месяцев после утраты, но сроки могут варьироваться в зависимости от того, как принято переживать утрату в разных социокультурных условиях. Перечисленные симптомы закономерно связаны с нарушением личностного, социального или профессионального функционирования.

Обоснование необходимости диагноза пролонгированной реакции горя

В течение многих лет накапливались данные, подтверждающие, что пролонгированная реакция горя развивается не у всех, кто пережил утрату, и является самостоятельным клиническим состоянием. Многие исследования с применением факторного анализа продемонстрировали, что сочетание постоянной тоски и эмоциональной боли с другими характерными симптомами выделяется в очерченный клинический синдром, который отличается от симптоматики при депрессии и посттравматическом стрессовом расстройстве[50,51,52]. Кроме того, проводились исследования с использованием сетевого анализа, в которых предполагалось выявить центральные симптомы данного синдрома; они пришли к выводу, что тоска по умершему и связанная с ней эмоциональная боль оказывают на другие симптомы каскадный эффект[53,54].

Важно отметить, что по результатам исследований природа симптомов пролонгированной реакции горя не отличается от таковой при нормальных реакциях горя[55]. Пролонгированная реакция отличается тем, что симптомы не ослабевают со временем и по-прежнему вызывают дистресс.

Одним из основных доводов в пользу выделения пролонгированной реакции горя в отдельный синдром служил тот факт, что такая стойкая реакция может повлечь за собой возникновение других физических и психопатологических симптомов, а также привести к нарушению функционирования. В исследованиях пролонгированная реакция горя сопровождалась выраженными нарушениями профессионального и социального функционирования[56], расстройствами сна[57], повышением уровня заболеваемости раком, сердечно-сосудистыми[58] и другими[59] заболеваниями, а также формированием зависимостей, например употреблением алкоголя и курения[60,61]. Еще больше данных о психических расстройствах, коморбидных пролонгированной реакции горя: такие пациенты часто также страдают депрессией[62,63], посттравматическим стрессовым расстройством[52], паническим расстройством[66] и склонностью к суицидальному поведению[64,65]. Важно отметить, что пролонгированной реакции горя соответствовали нарушения функционирования, которые не объяснялись исключительно сопутствующей депрессией или посттравматическим стрессовым расстройством[67]. Все перечисленные факты предполагают, что выделение новой диагностической категории в данном случае оправданно и позволит эффективнее организовать помощь соответствующим пациентам.

Традиционные представления о реакциях горя

Стойкая и болезненная реакция горя – принципиально новая диагностическая категория, но изучение реакций горя в целом имеет давнюю традицию в психиатрии. Среди ученых, которые подчеркивали значимость тяжелой утраты как фактора риска психических расстройств, – Фрейд, Линдеманн, Паркс и Боулби[68].

Фрейд в классическом тексте «Скорбь и меланхолия»[69] проводит различие между нормальной и патологической реакцией горя, утверждая, что меланхолия (имеющая в определении Фрейда некоторое сходство с пролонгированной реакцией горя в современной формулировке) – это неадекватная форма реакции горя, при которой потеря объекта оказалась для личности настолько серьезной, что человек не способен был в дальнейшем формировать новые отношения.

Более ранние теоретики последовательно проводили тему фрагментированной привязанности. Самое четкое определение этому явлению дал Боулби; в одной из своих работ он утверждал, что приобретенная в раннем возрасте тенденция к формированию ненадежной привязанности предрасполагает к формированию патологической реакции горя после тяжелой утраты в более взрослом возрасте[70]. Боулби указывал, что переживание тоски по умершему как стремление воссоединиться со значимой фигурой является центральным симптомом для данного состояния, что в целом соответствует современным представлениям. Роль фрагментированной привязанности подчеркивают и другие исследователи: неоднократно показано, что с пролонгированной реакцией горя ассоциирован тревожный тип привязанности[71,72].

Несмотря на многочисленные теоретические разработки, которые легли в основу современной концептуализации пролонгированной реакции горя, эту категорию длительное время не рассматривали как самостоятельный диагноз. В DSM-III и DSM-IV выраженные, но нормальные реакции горя были включены в главу «Другие состояния, являющиеся причинами обращения к специалисту»; в этой главе перечислены состояния, которые нельзя назвать психическими расстройствами, но они могут стать причиной обращения за помощью (например, сюда относятся проблемы в детско-родительских отношениях). Если психопатологические симптомы, возникающие после тяжелой утраты, достигали по своей выраженности уровня психического расстройства, то диагноз выставлялся в соответствии с клинической картиной, а не на основании провоцирующего фак-

тора; например, это мог быть диагноз большого депрессивного эпизода, вне зависимости от того, вызваны соответствующие переживания смертью близкого или разрывом отношений.

Таким образом, качественное отличие от МКБ-11 здесь заключается в том, что в DSM-5 расстройства настроения после тяжелой утраты рассматриваются через призму депрессии, а не исходя из ключевого переживания тоски по умершему. В более ранних версиях DSM считалось, что депрессивные симптомы у переживающих утрату широко распространены и в таких случаях не следует диагностировать собственно депрессию, если симптомы лучше объясняются нормальной реакцией горя[73].

Споры, связанные с диагностикой пролонгированной реакции горя

Оптимальные способы классификации психологического дистресса, который может сохраняться длительное время после тяжелой утраты, давно служат предметом споров. Обоснованные предложения ввести этот диагноз высказывались неоднократно, но в более ранних версиях DSM они были отклонены[74,75]. Аргументом для вынесения этого состояния за рамки клинической медицины было стремление избежать «патологизации» достаточно распространенного в обществе опыта. Говорилось, что реакция горя после тяжелой утраты в том или ином виде проявляется у большинства людей, и признание ее психическим расстройством могло бы привести к неоправданному назначению психотропных препаратов таким пациентам[76]. Кроме того, переживание горя часто связано с определенными религиозными и траурными ритуалами, поэтому высказывались опасения, что попытки классифицировать стойкую реакцию горя как расстройство не будут принимать во внимание эти особенности. Чтобы понять, насколько уместны эти аргументы, а также каковы недостатки и преимущества нового диагноза, рассмотрим научные данные по перечисленным вопросам.

Мнение, что введение пролонгированной реакции горя как диагностической категории патологизирует обычную реакцию горя, которое большинство людей испытывают после тяжелой утраты, опровергается тем фактом, что диагностическим критериям пролонгированной реакции соответствует лишь небольшая часть людей, переживших утрату: по оценкам ученых, это 7–10%[77,78]. Распространенность этого состояния невелика даже у тех, кто был свидетелем насильственной смерти родственников; например, исследование на выборке беженцев, спасшихся из зоны боевых действий, показало, что симптомы, соответствующие критериям пролонгированной реакции горя, развились только у 16%[79]. На уровне популяции было показано, что пролонгированная реакция горя встречается у 2–3% людей при практически повсеместном опыте тяжелой утраты[62,77]. Отсюда можно сделать вывод, что новая категория не приведет к чрезмерной патологизации, поскольку соответствующее расстройство развивается лишь у небольшой части переживших утрату.

Аргумент о том, что диагностика пролонгированной реакции горя затруднительна из-за культурных различий, можно рассмотреть с двух сторон. Во-первых, текущая формулировка требует, чтобы наблюдаемая реакция выходила за рамки нормативной для данного культурного контекста, в том числе с точки зрения продолжительности. Во-вторых, диагностические признаки пролонгированного расстройства горя наблюдались в самых разных популяциях: в западных и восточных странах с разными культурными и религиозными особенностями[80,81,82].

Обсуждения также вызывал вопрос, сколько должно продлиться состояние, чтобы реакция горя могла считаться пролонгированной. Ответ на этот вопрос особенно важен, потому что качественно пролонгированная реакция горя не отличается от нормальной. Точные рекомендации по продолжительности необходимы для того, чтобы предотвратить гипердиагностику. На основании эмпирических исследований можно сказать, что наиболее выраженные нарушения функционирования при последующих обследованиях наблюдались в случаях, когда симптомы реакции горя сохранялись более 6 месяцев[83,84].

Обзор доказательств

Исследования по конструктной валидности и возможностям дифференциальной диагностики подтверждают, что введение пролонгированной реакции горя в список диагностических категорий целесообразно. Появляются и новые работы, в которых показано, что для пролонгированной реакции горя центральным является переживание тоски по умершему. Многие факторно-аналитические исследования доказывают, что это расстройство отличается от депрессии и посттравматического стрессового расстройства[50,51,52] и ассоциировано с выраженными нарушениями функционирования, которые нельзя объяснить только последствиями тревоги, депрессии или ПТСР[56,85]. Более того, пролонгированная реакция горя может усугублять тяжесть сопутствующих психических расстройств – для ПТСР[86] и депрессии[87] это отчетливо продемонстрировано.

Также за последние годы появились лонгитюдные исследования с катамнестическими данными о течении пролонгированной реакции горя. Они представляют особенный интерес, поскольку именно отсутствие данных по динамике нормальной реакции горя было одним из основных препятствий к внедрению этой диагностической категории в DSM-5. Продольные исследования, в которых переживших утрату обследовали в различные моменты времени с построением смешанных моделей латентного роста для картирования траектории различных симптомов, выделили в этой выборке группу лиц с выраженными симптомами горевания, их состояние с течением времени не улучшалось[88,89,90]. Однако у перечисленных исследований много ограничений: небольшой размер выборки, относительно короткий период катамнестического наблюдения и другие методологические проблемы. Последующие исследования на крупных выборках и с более длительным периодом наблюдения выявили различные траектории развития симптомов; показано, что большинство людей устойчивы к последствиям утраты; у меньшей, но значительной доли выраженность симптомов горевания со временем уменьшается; в еще одной группе симптомы были стойкими, но умеренно выраженными, и в небольшом числе случаев отмечались выраженные симптомы горевания, и со временем состояние не улучшалось (то есть развивалась пролонгированная реакция горя)[91,92]. Представляется, что у пролонгированной реакции горя и депрессии есть как общие черты в динамике симптомов, так и характерные особенности[93]. В еще одном исследовании говорится, что пролонгированная реакция горя в формулировке МКБ-11 лучше описывает наблюдаемые паттерны, чем концепция «стойкого комплексного расстройства, связанного с тяжелой утратой», описанная в приложении к научной версии DSM-5[94]. Продольные исследования также показывают, что люди с длительным расстройством горя испытывают ухудшение функционирования, которое может сохраняться в течение как минимум трех лет после утраты[90].

Отдельные исследования проливают свет на нейробиологические основы пролонгированной реакции горя, в частности выявлена связь между характерными симптомами расстройства, такими как глубокое чувство тоски, и

особенностями паттерна активации нервной системы в ответ на вознаграждение в сравнении с нормальной реакцией горя[95]. Кроме того, меняется активность миндалевидного тела, орбитофронтальной коры, подколенной области передней поясной извилины, прилежащего ядра и островка[96-101]. Примечательно, что нейробиологические механизмы патологического горя позволяют его дифференцировать также и с посттравматическим стрессовым расстройством, и с депрессией[96].

Представление о том, что пролонгированная реакция горя может быть связана с нарушением нейробиологии системы вознаграждения, подтверждается и в других экспериментах. Например, в психологическом эксперименте ученые продемонстрировали, что люди, пережившие утрату и патологическое горе, были склонны обесценивать ожидаемое вознаграждение (в частности, отсроченный финансовый стимул) по сравнению с людьми, переживающими нормальную реакцию горя после утраты[102].

При выполнении поведенческих заданий пациенты с пролонгированной реакцией горя концентрируют внимание на стимулах, которые напоминают им об умерших[103,104]. На этом факте построены теории, подчеркивающие роль условных реакций, связанных с рядом стимулов окружающей среды и вызывающих воспоминания об умершем, – предполагается, что у таких пациентов они угасают медленнее[105]. Другие исследования предполагают, что пациенты с патологическим горем, наоборот, избегают напоминаний об умершем[106,107]. По всей видимости, в таком патологическом состоянии реализуются оба механизма: и легко возникающие воспоминания об умершем, и стремление избегать любых напоминаний с целью минимизировать связанные с этим эмоциональные переживания[108,109].

Многочисленные работы посвящены роли когнитивных процессов в развитии пролонгированной реакции горя[110,111]. Например, важным аспектом расстройства являются руминации – неотступные размышления о причинах и последствиях смерти близкого человека, которые ухудшают эмоциональное состояние[112,113]. Пациенты, которые склонны к бесплодным размышлениям о том, как ситуация могла бы измениться, если бы они поступили по-другому, также обычно страдают более тяжелыми и длительными формами реакций горя[114]. Роль когнитивных искажений подчеркивает и тот факт, что выработка адаптивных суждений в ходе терапии ассоциирована с более благоприятными результатами[115]. В то же время неадекватные и неадаптивные когнитивные стратегии, включая руминации, ассоциированы с более длительным течением пролонгированной реакции горя[88,116].

Также активно исследуются механизмы регуляции эмоций при пролонгированной реакции горя. Это расстройство характеризуется, как правило, избеганием эмоций и мыслей, связанных с умершим[117,118], подавлением нежелательных эмоций или мыслей[117,119], избеганием внешних стимулов, которые вызывают негативные эмоции[120], и нарушением эмоциональной гибкости[121]. Имеются также данные о том, что у пациентов с пролонгированной реакцией горя наблюдается отчетливое несоответствие между внутренними переживаниями и выражением эмоций; мимическая выразительность у них обычно снижена по сравнению с участниками контрольной группы[122], но при этом субъективные переживания они описывают как крайне тягостные.

Последствия внедрения диагноза «пролонгированная реакция горя»

Внедрение диагноза «пролонгированная реакция горя» спровоцировало всплеск интереса к этой теме и помогло специалистам глубже ее понять. Под явным воздействием этого тренда Американская психиатрическая ассоциация приняла решение перенести категорию «стойкое комплексное расстройство тяжелой утраты» из раздела «Состояния, нуждающиеся в дальнейшем изучении» в статус полноценного расстройства в новой редакции DSM-5-TR[123]. Соответствующая категория DSM-5-TR называется так же, как в МКБ-11, и помещена в главу «Расстройства, связанные с травмой и стрессом». Определение пролонгированной реакции горя в DSM-5-TR такое же, как в МКБ-11, но срок заболевания должен быть больше 12 месяцев, а не больше 6, как в МКБ-11[124]. То, что две основные системы классификации психических расстройств, используемые во всем мире, сходятся в определении этого синдрома, – огромное достижение в исследовании пролонгированной реакции горя. Это поможет стандартизировать диагностику и вести более точную статистику по распространенности данного состояния, чтобы в дальнейшем разработать основанные на доказательствах методы лечения.

Выявление пациентов, которым можно помочь имеющимися в нашем распоряжении доказательными методами, – одна из основных целей внедрения нового диагноза. Суммируя данные нескольких контролируемых исследований, можно сказать, что методом выбора стала психотерапия, ориентированная на переживания горя; большинство пациентов реагируют на это вмешательство положительно[125-128]. Также есть данные, что такого рода лечение более эффективно, чем другие психотерапевтические вмешательства[125], а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)[129]. Эту гипотезу подтверждает недавний метаанализ длительных катамнестических исследований по лечению пролонгированной реакции горя[130]. Таким образом, стандартизация подхода к диагностике пролонгированной реакции горя может помочь пациентам, облегчив доступ к специализированной помощи.

РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ ПРИСТРАСТИЯ К КОМПЬЮТЕРНЫМ ИГРАМ

В последние годы видеоигры стали одним из самых популярных и доступных видов досуга во всем мире, на их основе создана многомиллиардная глобальная индустрия. Игровая среда значительно изменилась благодаря развитию киберспорта (многопользовательские видеоигры, в которых также участвуют зрители) и потоковых платформ, что в свою очередь обусловлено развитием портативного и специализированного домашнего игрового оборудования с доступом в Интернет.

Подавляющему большинству потребителей соответствующих продуктов и услуг, даже при относительно высоком уровне вовлеченности (например, когда человек ежедневно проводит за игрой несколько часов или дольше), компьютерные игры приносят скорее выгоды – как личные, так и социальные[131,132]. Исследования демонстрируют, что компьютерные игры – это деятельность, которая может удовлетворять основные психологические потребности, такие как ощущение собственной компетентности, принадлежности к сообществу или, наоборот, автономии[133], особенно у тех пользователей, которые успешно сочетают свою игровую деятельность с функционированием в других жизненных сферах[134,135,136].

Отдельные предварительные данные свидетельствуют о том, что участие в игровой деятельности приобретает особое значение в контексте пандемии COVID-19, давая возможности для социальной компенсации и в целом поддерживая психическое благополучие в условиях изоляции и социального дистанцирования[137,138].

Обоснование необходимости диагноза «расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм (РПК)»

Чрезмерное увлечение видеоиграми, которое характеризуется потерей контроля над игровым поведением, может привести к функциональным нарушениям и негативным последствиям для физического здоровья, социальной сферы, а также учебной и трудовой деятельности[139,140,141,142,143]. По результатам лонгитюдных исследований, стойкое и проблемное игровое поведение со временем может привести к развитию других психопатологических симптомов (например, тревоги и депрессии) и неблагоприятному функциональному исходу (например, низкой успеваемости в школе) [144,145,146].

Проблемное игровое поведение признано экспертами Американской психиатрической ассоциации в качестве потенциального психического расстройства и в формулировке «Расстройство, связанное с сетевыми играми» внесено в раздел «Состояния, требующие дальнейшего изучения» DSM-5. В 2019 году, когда была одобрена МКБ-11, РПК официально признано психическим расстройством[14] и включено в новую группу: «Нарушения, вызванные аддиктивным поведением». Основные признаки РПК согласно *CDDR* МКБ-11 представлены в Таблице 4.

Появляется все больше данных о высокой распространенности проблемного игрового поведения среди населения. Недавний метаанализ, основанный на 53 исследованиях, показал, что распространенность РПК во всем мире составляет примерно 1–2%[147]. Большинство клинических исследований на эту тему первоначально основывались на данных по странам Восточной Азии (в частности, Южной Кореи, Японии и Китая), которые первыми начали выявлять это расстройство и принимать меры, но патологическое игровое поведение постепенно получает признание в качестве общемировой проблемы. Специализированные службы помощи при РПК разрабатываются в большинстве стран Америки, Европы и Азии; отсюда можно заключить, что это состояние не обусловлено только специфическими культурными и региональными особенностями (например, коллективистским типом социального устройства в противоположность индивидуалистическому).

Клинические исследования, регистрирующие случаи обращения за медицинской помощью[148,149,150,151,152], в том числе на больших выборках (n>200)[148,150], показывают, что потребность в помощи по поводу РПК и количество направлений на соответствующее лечение в последние годы возрастают. Исследования по коморбидным РПК состояниям отмечают, что РПК может быть как первичным диагнозом[148,153,154], так и вторичным – в качестве, например, неадекватной коппинг-стратегии или компенсаторного механизма[155]. Службы медицинской помощи и психологического консультирования регистрируют увеличение количества запросов по поводу проблемного игрового поведения, постепенно возрастающее с середины 2000-х годов[156].

Стандартные подходы к диагностике и лечению РПК

До публикации рекомендаций CDDR по диагностике РПК в соответствии с МКБ-11 у пациентов, обращавшихся за лечением по поводу проблемного игрового поведения, часто диагностировались альтернативные состояния (например, патологическая склонность к азартным играм, другие аддикции и расстройства влечений, расстройства настроения и тревожные расстройства по МКБ-10). Неоднородность в диагностике влияла на терапевтическую тактику и препятствовала адекватному сбору статистики. Пациентам предлагались самые разные виды лечения, и, поскольку местным специалистам часто не хватало соответствующего клинического опыта, подход выбирался, исходя из возможностей конкретного учреждения.

За пределами Восточной Азии государственные и негосударственный службы здравоохранения практически не занимались разработкой специфичных мер помощи при РПК[139,156,157], даже в странах, которые больше остальных уделяли внимание проблеме РПК и занимались ею дольше 10 лет[158,159]. Основным препятствием в этой работе служило отсутствие соответствующей категории в МКБ[139,156,160].

Включение РПК в МКБ-11 стало важным шагом на пути к обеспечению более эффективной, безопасной и клиентоориентированной помощи с использованием своевременных, комплексных и действенных мер[161]. Тем не менее в отношении медицинских работников к проблемному игровому поведению сохраняется некоторая неопределенность. Отдельные программы лечения РПК уже разработаны, но они построены на основе доказательных методов лечения, эффективных при других психических расстройствах и зависимостях; необходимы методологически обоснованные (например, в виде крупномасштабных рандомизированных контролируемых исследований с более длительным периодом наблюдения) исследования подходов, направленных именно на РПК[162].

Кроме того, для организации комплексной и эффективной помощи необходима система мониторинга РПК на уровне населения (например, сбор информации о распространенности, общий клинический профиль таких пациентов и ассоциации РПК с заболеваемостью и смертностью), а также контроль распределения ресурсов, охвата терапевтических мероприятий, эффективности лечения и качества медицинской помощи в целом[139,163].

Споры, связанные с внедрением диагноза РПК в МКБ-11

Дебаты и разногласия, связанные с признанием игрового расстройства психическим расстройством, ведутся десятилетиями, перекликаясь с аналогичными дебатами в области исследования азартных игр[164].

После включения в проект, а затем в окончательную версию МКБ-11 концепция РПК активно критиковалась[165-167]. Критики обычно выдвигают следующие аргументы: а) доказательства, подтверждающие валидность диагноза, получены в исследованиях, основанных на «подтверждающем» подходе; б) введение категории РПК может привести к излишней патологизации игрового поведения; в) представления о проблемном игровом поведении формируется под воздействием «моральной паники», а не на основе научных данных.

Итак, во-первых, критики РПК утверждают, что доказательная база этого расстройства исходит из «подтверждающих» исследований[165,167], в которых РПК изначально рассматривается как разновидность аддикции, а исследование подтверждает, что вовлеченность в игру при РПК чрезмерна, и при этом альтернативные версии не рассматриваются[168,169]. Действительно, в исследованиях, использующих «подтверждающий» подход, задействуются уже существующие скрининговые инструменты для работы с зависимостями, просто «зависимость от психоактивных веществ» заменяется на «игровую зависимость»; в таких работах речь идет только об адаптации существующих, а не о создании новых психометрических методик, которые описывали бы патологические последствия игровой зависимости более точно[170]. Адаптированные таким образом инструменты практически никогда специально не валидируются, а участников набирают, исходя не из клинических соображений, а из соображений удобства, что также компрометирует доказательную базу исследований по РПК[171].

Еще один аргумент против введения категории РПК – неточность диагностической формулировки (в том числе его критерии в разделе DSM-5 среди расстройств, требующих дальнейшего изучения), которая не позволяет достоверно различать нормальное и патологическое игровое поведение[132,172,173]. Использовались общие для всех зависимостей понятия толерантности, тяги и абстиненции, но применительно к РПК их формулировку сочли недостаточно подробной. Например, критерии DSM-5 для расстройства, связанного с сетевыми играми, определяют толерантность как «потребность проводить все больше времени за играми в Интернете»; тягу как поведение, при котором «пациент постоянно думает о предыдущих играх или находится в предвкушении следующей; сетевые игры доминируют в повседневной жизни пациента»; и абстиненцию как «раздражительность, грусть или тревогу в период, когда пациент не имеет возможности вернуться к игре»[15]. Некоторые авторы сообщают, что игроки, у которых нет признаков других психических расстройств и нарушений функционирования, могут удовлетворять этим традиционным для зависимости критериям[174-176], что ставит под сомнение их диагностическую ценность в случае РПК[172].

Недавнее международное исследование *Delphi*[177] изучало клиническую валидность, прогностическую ценность и применимость в клинической практике критериев расстройства, связанного с сетевыми играми, по DSM-5 и критериев РПК по МКБ-11. Эксперты сошлись во мнении, что такие критерии, как нарастание толерантности, склонность к обману и дизрегуляция аффекта, не должны использоваться для диагностики РПК, поскольку они не позволяют отличить проблемное игровое поведение от нормального. Относительно достоверности и клинической применимости понятий абстиненции и тяги экспертам не удалось прийти к единому мнению, в анализе рекомендуются дальнейшие исследования. С другой стороны, исследование *Delphi* подтвердило ключевую роль основных диагностических требований РПК, по МКБ-11: потеря контроля (над игровым поведением), настойчивое стремление продолжать, несмотря на негативные последствия, связанные с игровым поведением нарушения функционирования. По итогам исследования эксперты признали, что *CDDR,* по МКБ-11, позволяет адекватно идентифицировать состояние и избежать патологизации массивного, но принципиально нормального игрового поведения.

Некоторые авторы продвигают идею, что к созданию концепции РПК привела «моральная паника», связанная с распространением компьютерных игр, а не накопление научных данных[165,178]. Моральная паника – страх, что некие социальные или технические изменения либо определенная группа людей угрожают общественному благополучию или существующим ценностям. Сторонники этой концепции утверждают, что опасения, связанные с компьютерными играми, не отличаются от страхов, которые в прошлом были связаны с другими технологическими разработками, например радио и телевидением[179].

Диагноз РПК в таком случае усилит обеспокоенность общества по поводу связанных с компьютерными играми рисков и приведет к стигматизации пользователей, что будет только подкреплять негативное отношение к играм и в целом противоречит данным научной литературы и представлениям ВОЗ. Однако МКБ-11 в *CDDR* четко определяет пороговые показатели, которые позволяют квалифицировать игровое поведение как патологическое (включая значительный дистресс и нарушение функционирования), и не утверждает, что пристрастие к компьютерным играм сопряжено с неотъемлемым риском или вредом для здоровья.

Обзор доказательств

В нижеприведенном обзоре обобщены все исследования, которые велись после того, как ВОЗ огласила намерение включить в МКБ-11 диагноз РПК (примерно в 2012 г.). К тому моменту уже активно велись эпидемиологические исследования игровой зависимости в достаточно большом количестве, но в последние годы их становилось еще больше, особенно в Европе[180,182] и Азии[183,184]. Доказательная база включает популяционные исследования по общественному здоровью, крупные опросы школьников и целенаправленные нерепрезентативные онлайн-опросы взрослых пользователей компьютерных игр.

Систематические обзоры крупномасштабных исследований[185, 186, 187, 188] оценивают распространенность в 1–3%, несколько выше (4–5%) показатели у подростков. Расстройство в 2–4 раза чаще встречается у мужчин и более распространено в азиатских странах по сравнению с европейскими[188].

В метаанализе *Stevens* и соавторов[188] также сообщается, что основной переменной, влияющей на показатели распространенности, был выбор психометрической методики для оценки выраженности симптомов РПК. К настоящему времени, по данным более чем 300 исследований, предложено более 30 различных скрининговых инструментов[171]. Подходы, основанные на исследовательских критериях РПК из DSM-5, могут ошибочно квалифицировать как страдающих этим расстройством некоторых чрезмерно вовлеченных пользователей[189], поскольку отдельные из этих симптомов не имеют диагностической ценности[178]. Исследования более высокого качества (со строгими критериями отбора, перекрестной оценкой симптомов и показателей качества жизни), как правило, сообщают о гораздо более низких показателях распространенности (ниже 1%)[173].

Лонгитюдные исследования по стабильности диагноза РПК немногочисленны, и результаты их противоречивы[187], диагностическим требованиям РПК через два года соответствуют, по одним данным, менее 1%[190], по другим – более 26%[191] подростков. В дальнейшем следовало бы организовать более надежные эпидемиологические исследования, например по течению заболевания в группах высокого риска и на клинических выборках из разных регионов. Кроме того, предстоит выяснить, с какими сложностями подростки с проблемным игровым поведением могут столкнуться во взрослом возрасте, а также изучить конкретные типы игрового поведения, подобные паттернам употребления психоактивных веществ (для подростков, играющих в азартные игры, такая типология уже разработана)[192].

Исследования на отдельных репрезентативных выборках (например, любители, пользователи игр с признаками РПК и пользователи игр, которые обращаются за помощью) и/или с жестким дизайном (экспериментальные или лонгитюдные исследования) уже позволили получить важные данные о нейробиологических и психологических факторах, связанных с игровым расстройством. Что касается нейробиологических особенностей, Yao и соавт.[193] представили систематический обзор и метаанализ исследований по типу случай–контроль, где сообщалось о структурных и функциональных изменениях нервной системы в лобно-стриарной и лобно-поясной областях мозга у пациентов с РПК. Еще одно недавнее лонгитюдное исследование, выполненное на большой выборке пользователей и с нормальным, и с проблемным игровым поведением, показало, что у пациентов с РПК более выраженные взаимосвязи дорсального полосатого тела с средней лобной извилиной, что указывает на преобладание активности дорсального стриатума по сравнению с вентральным, как это обычно бывает при зависимостях[194]. Еще один признак

нейробиологической общности РПК с аддиктивными расстройствами – более выраженный ответ на стимулы, связанные с игрой, чем на еду, по результатам фМРТ[195].

Многочисленные исследования посвящены когнитивным коррелятам проблемного игрового поведения (например, особенностям контроля над исполнительными функциями, избирательности внимания, тактики принятия решений)[196]; такие исследования обычно проводятся в лабораторных условиях с использованием нейропсихологических тестов. Имеются убедительные нейропсихологические данные, подтверждаемые различными источниками, что глубинные паттерны проблемного игрового поведения связаны с нарушением тормозного контроля[197]; этот факт подтверждает гипотезу о потере контроля над игровым поведением как ключевой особенности РПК. Наконец, в ряде исследований на пациентах, самостоятельно обратившихся за медицинской помощью, показано, что, по результатам психометрических опросников, игровое расстройство часто сочетается с импульсивностью, аффективной нестабильностью и дисфункциональными личностными чертами[148,198,199].

Также доступны данные клинических исследованиях, особенно в странах, которые первыми организовали амбулаторные службы для пациентов с проблемным игровым поведением[159,200]; передовыми в этом отношении являются страны Восточной Азии, включая Южную Корею, Японию и Китай[148,201,202]. Есть литература, основанная на опыте сотен участников исследований, одни из них – взрослые, которые обратились за лечением самостоятельно, а другие – родственники подростка, который не может или не хочет участвовать в терапевтических мероприятиях[159,162]. Более того, имеются данные о потоке пациентов в специализированных организациях по охране психического здоровья, что подтверждает наличие спроса на соответствующие услуги.

Медицинский наркологический центр Курихама в Японии сообщает о 200 пролеченных случаях игровой зависимости за 2019 г., во многих случаях это была работа с родителями и другими членами семьи страдающих РПК подростков[157]. В Великобритании специализированная служба по лечению игровой зависимости базируется в Национальном центре поведенческих зависимостей (ее работу финансирует непосредственно Национальная служба здравоохранения); за период с января по май 2021 г. через нее прошли более 50 пациентов[204]. Люди с проблемным игровым поведением нередко обращаются в службы помощи при зависимости от азартных игр[199], отделения, специализирующиеся на лечении поведенческих зависимостей[151,154], а также в лечебные учреждения, занимающиеся аддиктивными расстройствами в целом[204], или в неспециализированные психиатрические учреждения[200].

Исследования с использованием диагностических интервью для выявления сопутствующих состояний показали, что пациенты с диагнозом РПК сталкивались с его негативными последствиями в самых разных жизненных сферах[199,205,206,207,208,209,210]. Так, у многих подростков, страдающих РПК, из-за чрезмерного увлечения играми был нарушен режим сна и бодрствования, режим питания, они чаще совершали акты физического насилия по отношению к другим людям, били или ломали вещи, когда их просили играть меньше или совсем отказаться от игры; часто они плохо успевали в школе и не справлялись с работой, в том числе из-за пропусков[201].

Ко и соавт.[207] в исследовании сравнивали пациентов с РПК и пользователей игр без проблемного поведения; они также выявили у пациентов с РПК многочисленные нарушения функционирования: неспособность справляться с работой и учебой, социальную дезадаптацию, проблемы с физическим здоровьем (например, нарушения сна, болевые синдромы, гиподинамию и прибавку в весе, снижение остроты зрения). Психологические вмешательства, направленные на редукцию симптомов расстройства и сокращение времени в сети, приводили также к улучшению глобальных показателей функционирования[154,204].

В то же время следует признать, что при резком увеличении количества научных публикаций по РПК возросло и количество исследований низкого качества. В таких исследованиях выборка нередко состояла из участников, которые вызывались сами, а не из целенаправленно отобранных пациентов; не всегда это были постоянные пользователи компьютерных игр и/или пользователи с проблемным игровым поведением, часто использовались невалидизированные методики самооценки низкого психометрического качества, а причинно-следственные суждения высказывались без достаточных оснований[167,169,170]. К этому также апеллируют критики концепции РПК, которые считают доказательства ее валидности ненадежными; иногда они выборочно цитируют исследования низкого качества, чтобы аргументировать свое мнение, особенно в СМИ или социальных сетях.

Чтобы сформировать всеобъемлющее представление о природе РПК, его патологических механизмах, возможном сходстве с пристрастием к азартным играм и зависимостью от психоактивных веществ, долгосрочном течении, лечении и сопутствующих заболеваниях, необходимы дальнейшие исследования. Тем не менее на основании имеющихся доказательств можно с уверенностью сказать, что: а) лица с проблемным игровым поведениям – очерченная клиническая популяция, которая заслуживает адекватной медицинской помощи; б) информация об РПК представляет интерес для государств – членов ВОЗ с клинической и социальной точки зрения; в) таким образом, включение данной диагностической категории в МКБ-11 оправданно. С появлением новых данных CDDR для РПК могут быть модифицированы в последующих редакциях МКБ-11, но без фактического включения категории в новую классификацию такие исследования вряд ли появятся.

Последствия внедрения диагноза РПК

Внедрение диагноза игровой зависимости в МКБ-11 и включение его в исследовательское приложение к DSM-5 стимулировали фундаментальные и прикладные исследования в этой сфере[211,212]. Получено много данных по эпидемиологии, нейробиологии и подходам к лечению РПК; но также возник интерес к проблемам, связанным с другими возможностями всемирной сети (например, порнографии, электронной коммерции и социальных сетей)[213,214]. Преимущества концептуализации РПК в МКБ-11 по сравнению с DSM-5 – точное и всеобъемлющее клиническое описание состояния, а также отказ от некоторых концепций, которые традиционно используются в диагностике зависимостей, но применительно к РПК подвергались критике[140,141,172]. Кроме того, ВОЗ поддержала несколько инициатив, связанных с игровой зависимостью, например разработку новых диагностических и скрининговых инструментов, продвижение стандартизированных подходов к принятию решений в медицине и поддержку систем здравоохранения на международном уровне[215].

Особенно расширилась с момента внедрения диагноза РПК область исследования психологических вмешательств при проблемном игровом поведении[159,162]. Такие подходы, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), были тщательно изучены и продемонстрировали высокую эффективность в краткосрочном периоде[147]. Недавнее рандомизированное контролируемое исследование, оценивавшее эффективность применения специфического протокола КПТ для игровой зависимости, показало, что у большинства пациентов (69%), прошедших терапию, сформировалась ремиссия; в контрольной группе пациентов, находив-

шихся в списке ожидания, к такому улучшению пришла лишь четверть (24%)[154]. В литературе описаны и другие клинические исследования, с использованием, например, мотивационного консультирования и интервью, семейной терапии и психосоциальной реабилитации[204,216].

Уровень государственной поддержки таких исследовательских программ и возможности, которые система здравоохранения предлагает пациентам с РПК, разнятся в зависимости от региона[217]. В странах Восточной Азии уже давно предпринимаются скоординированные правительственные усилия по поддержке исследований РПК и соответствующих инициатив в области здравоохранения[149,157]. В западных странах финансирование таких исследований ограничено, и государственная медицина предлагает меньше терапевтических опций[218]. Можно привести конкретные примеры, как внедрение категории РПК повлияло на деятельность систем здравоохранения: в Объединенных Арабских Эмиратах открылась первая амбулаторная клиника для лечения игровых зависимостей; создан Национальный центр поведенческих зависимостей, который занимается лечением зависимости от компьютерных и азартных игр, при поддержке Национальной системы здравоохранения Великобритании. Во многих странах мира все еще предстоит организовать учебные программы для медработников по выявлению и лечению РПК.

Стоит отметить, что игровая индустрия публично выступила против включения игрового расстройства в МКБ-11[218,219]. Лидеры в этой области использовали свои охваты и социальные платформы, чтобы поддержать ученых, которые не признают РПК в качестве поведенческого расстройства, и привлечь внимание общественности к исследованиям, которые подчеркивают позитивные аспекты компьютерных игр. Несмотря на призывы исследователей использовать обширные возможности компьютерной отрасли для выявления уязвимых к расстройству игроков и оказания им помощи, сотрудничество между игровой индустрией и деятелями со стороны общественного здравоохранения остается малопродуктивным. Помимо информирования пользователей, специалисты предлагают лидерам игровой индустрии рассмотреть более этичные стандарты игрового дизайна и методы ведения бизнеса[141], особенно в отношении игр, предназначенных для детей[220], и игр с возможностью монетизации (например, запретить «лутбоксы», которые позволяют совершать внутриигровые покупки с использованием виртуальной или реальной валюты)[221].

КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Обоснование необходимости диагноза компульсивного расстройства сексуального поведения

Компульсивное расстройство сексуального поведения (КРСП) – еще одна новая диагностическая категория в МКБ-11; она включена в группу расстройств контроля побуждений. Основные характеристики этого состояния в *CDDR* представлены в Таблице 5. Диагностическая категория КРСП предназначена для выявления пациентов, которые не способны контролировать свои сексуальные импульсы и нуждаются в связи с этим в медицинской помощи. Включение категории в классификацию отвечает потребностям государств – членов ВОЗ в выявлении этой группы населения и разработке соответствующих клинических подходов и политики субсидирования лечения (государственной или через системы страхования).

Компульсивное расстройство сексуального поведения соответствует категории МКБ-10 «чрезмерное сексуальное влечение», но совершенно иначе определяется и применяется. В *CDDG* по МКБ-10 категория «чрезмерного сексуального влечения» не содержит конкретных диагностических требований, а просто констатирует, что «и мужчины, и женщины могут время от времени жаловаться на чрезмерное половое влечение как на самостоятельную проблему, обычно в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте»[5]. Однако такие жалобы на повышенное половое влечение сами по себе не позволяют идентифицировать клинически значимую проблему, к которой здравоохранение могло бы найти подход[222]. При формулировке определения компульсивного сексуального поведения в МКБ-11 задача состояла в том, чтобы разграничить состояния, когда пациенты нуждаются в лечении по поводу патологических вариантов полового влечения, и состояния, которые по своей природе не являются патологическими и не приносят реального вреда[223,224].

Очевидно, что описание «чрезмерного сексуального влечения» в МКБ-10 охватывает ряд лиц, чьи сексуальные предпочтения, желания и импульсы не являются патологическими, но могут субъективно восприниматься как чрезмерные, потому что они нежелательны или эгодистонны[225] (в пример можно привести случай женщины, которая считает, что у нее вообще не должно быть сексуальных импульсов; религиозного молодого человека, который считает, что он никогда не должен мастурбировать; людей, которые обеспокоены своими гомосексуальными наклонностями). В МКБ-11 четко указано, что дистресс, связанный с сексуальными импульсами, побуждениями или поведением, не служит достаточным основанием для постановки диагноза КРСП, если он обусловлен моральными суждениями человека (или других людей) или неодобрением со стороны. В разделе дополнительных симптомов КРСП в *CDDR* также указано, что в случаях, когда человек уверен, что он болен, и называет себя «порнозависимым» или «зависимым от секса», следует отнестись к диагностике с особенным вниманием и удостовериться, что пациент действительно удовлетворяет критериям расстройства[14].

История диагноза «компульсивное расстройство сексуального поведения»

Состояние, при котором человек не способен контролировать свои сексуальные импульсы, что приводит к патологическому сексуальному поведению, иногда с достаточно серьезными последствиями, давно описано в клинической литературе. Более 25 лет, еще до предложения включить компульсивное расстройство сексуального поведения в МКБ-11[223,226] изучались[227,228] состояния, в сущности аналогичные КРСП: их симптомы, этиология, сопутствующие заболевания и возможные последствия как для физического здоровья (например, высокий риск заражения инфекциями, передающимися половым путем[229]), так и в контексте судебной медицины (например, в случаях с рецидивирующими эпизодами сексуального насилия[230]).

Следовательно, это не тот случай, когда предлагаемая диагностическая категория – это просто модное нововведение, навеянное использованием цифровых медиа в сексуальных целях (например, в качестве источника порнографических материалов, для поиска случайного или анонимного секса)[231]. Тем не менее следует признать, что сейчас, когда существует возможность реализовать сексуальные потребности через Интернет, даже не выходя из дома, структура сексуального поведения меняется; практически нет препятствий к его компульсивному воспроизведению[232], и в целом распространенность КРСП, по всей видимости, возрастает.

Рабочие группы МКБ-11 сошлись во мнении, что эта категория клинически релевантна, но оставались вопросы: в

каком разделе поместить это расстройство, как правильно его назвать и сформулировать критерии[226]. Группы самопомощи в США используют термин «сексуальная зависимость»[233]; в исследованиях по распространению вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) (чаще всего в отношении мужчин, имевших половые контакты с мужчинами[234,235,236]) использовался термин «сексуальная компульсивность». Среди симптомов пограничного расстройства личности приводят «сексуальную импульсивность»[237], а при нейродегенеративных расстройствах (например, деменции[238] или болезни Паркинсона[239]) описана «гиперсексуальность».

Для включения в DSM-5 была предложена категория под названием «гиперсексуальное расстройство»[228], в определении говорилось, что оно «характеризуется повышенной частотой и интенсивностью сексуальных фантазий, побуждений и действий с выраженным компонентом импульсивности»[228]. Предлагалось включить его в главу о сексуальных дисфункциях, поскольку основным компонентом состояния считалось повышенное влечение или расторможенное сексуальное поведение, хотя отдельные критерии были взяты из определения для химических зависимостей. Это предложение подверглось активной критике: говорили, что гиперсексуальность нельзя признать клинически самостоятельным состоянием, что этот диагноз патологизирует нормальное сексуальное поведение и, с другой стороны, к нему будут апеллировать, чтобы уклониться от ответственности за сексуальные преступления[16,240]. В итоге гиперсексуальное расстройство не было включено даже в раздел «Состояния, требующие дальнейшего изучения», хотя в полевых испытаниях эта концепция дала убедительные результаты[241].

Хотя между компульсивным расстройством сексуального поведения по МКБ-11 и гиперсексуальным расстройством по DSM-5 существует определенное сходство, это принципиально разные концепции: в МКБ-11 КРСП не считается расстройством половой сферы и основными в его диагностических критериях являются пункты о способности контролировать стойкие и интенсивные сексуальные импульсы или побуждения, что приводит к систематическому патологическому сексуальному поведению с соответствующими негативными последствиями, включая выраженный дистресс и нарушения функционирования. Вопросам, являются ли сексуальные интересы и поведение чрезмерными по интенсивности и частоте и сколько времени они отнимают, уделяется меньше внимания.

В такой формулировке компульсивное расстройство сексуального поведения скорее связано с расстройствами импульс-контроля, хотя отдельные его аспекты аналогичны симптомам зависимости по МКБ-11. В *CDDR* МКБ-11 прямо указано, что диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения не следует ставить людям, которые активно интересуются темой секса и ведут активную половую жизнь (например, из-за высокого полового влечения), но не демонстрируют нарушений контроля над своим поведением. ВОЗ намеренно решила не помещать новую диагностическую категорию в группу расстройств, связанных с аддиктивным поведением (расстройства, связанные с пристрастием к компьютерным или азартным играм), поскольку убедительных доказательств в пользу такой модели не обнаружилось[223,226]. Точно так же ВОЗ намеренно отказалась от использования термина «сексуальная зависимость».

Споры, связанные с диагностикой компульсивного расстройства сексуального поведения

Споры о природе этого явления и его классификации ведутся с 1990-х годов, особенно в отношении термина «сексуальная зависимость» и этиологии КРСП[227]. Более 20 лет назад Голд и Хеффнер[242] проанализировали всю доступную литературу, чтобы сравнить конкурирующие концепции происхождения КРСП: как аддиктивного, обсессивно-компульсивного расстройства или расстройства контроля импульсов. Статья вышла с подзаголовком «Много концепций, мало данных». Противоречия так и не были окончательно разрешены, поэтому КРСП продолжали исследовать в рамках разных состояний, и из-за этого данные часто несопоставимы.

В рамках обсуждения МКБ-11 после опубликования проекта, включавшего КРСП, эти разногласия нашли выход во враждебных комментариях, иногда с переходом на личности[13]. Во-первых, обсуждалось, можно ли с полным правом считать определенные модели сексуального поведения аддиктивными[243,244]. Самая радикальная из высказанных точек зрения состоит в том, что сексуальная зависимость – полностью ложная конструкция, которая основана на моральных и религиозных суждениях, негативно настроенных по отношению к вопросам пола, и продвигается поставщиками непроверенных услуг по их «коррекции». Разногласия по поводу этой диагностической конструкции и отсутствие единого диагностического руководства вызвали дискуссию в СМИ относительно легитимности КРСП как психического расстройства[245] и препятствовали развитию доказательных терапевтических подходов[227].

Многие пациенты говорят, что испытывают трудности контроля над своим сексуальным поведением, хотя не всегда понятно, что имеется в виду. По результатам опроса, проведенного на репрезентативной выборке взрослых интернет-пользователей США, 1% мужчин и 3% женщин ответили, что в какой-то степени согласны с утверждением: «Я пристрастился к порнографии»[246]. В другом общенациональном исследовании в США 10,3% мужчин и 7,0% женщин подтвердили наличие клинически значимого уровня дистресса и/или нарушений функционирования, связанных с трудностями контроля над сексуальными побуждениями и соответствующим поведением[247].

Многие разногласия в этой области ВОЗ попыталась обойти, очертив популяцию пациентов, ощущающих, что они не способны контролировать свое сексуальное поведение, и испытывающих в результате серьезный дистресс и негативные последствия в плане общего функционирования. Эксперты сочли, что такие проявления соответствуют определению психического расстройства[223,226] и требуют соответствующей медицинской помощи. В CDDR указано, что термин «компульсивное» используется исключительно из-за сформировавшейся в литературе традиции и не означает, что соответствующее поведение представляет собой истинную компульсию, как при обсессивно-компульсивном расстройстве.

Обзор доказательств

Данные о распространенности КРСП на уровне общей популяции, которые были бы собраны исходя из определения МКБ-11, пока недоступны. *Castro-Calvo* и соавт.[248] изучали компульсивное расстройство сексуального поведения на двух независимых нерепрезентативных выборках из доступных для исследования респондентов в Испании: одна включала студентов, а в другую вошли все желающие поучаствовать в исследовании своего сексуального поведения. Предполагаемая распространенность расстройства составила 10,1% в выборке студентов и 7,8% в выборке сообщества. Среди соответствовавших критериям участников чаще встречались гетеросексуальные мужчины молодого возраста с более высокой потребностью в сексуальных отношениях, интересом к сексу, повышенной сексуальной активностью, в том числе в Интернете, а также с

более выраженными симптомами тревоги и депрессии и с более низкой самооценкой.

Еще одно исследование, проведенное на выборке студентов из США, показало, что влечение к своему полу значительно коррелирует с компульсивным сексуальным поведением[249]. При этом *Gleason* и соавт.[250] сообщают, что распространенность клинически значимого компульсивного сексуального поведения среди геев в США (7,9%) не выше, чем в целом по населению[247].

Согласно исследованиям, положительно на вопросы, связанные с компульсивным сексуальным поведением, чаще отвечали респонденты мужского пола[247,248], более молодого возраста[246,250], с религиозным мировоззрением[246,250], а также опытом аморальных проступков (поведения, не соответствующего их собственным моральным ценностям)[225]. Тем не менее по таким самоотчетам компульсивное расстройство сексуального поведения в соответствии с МКБ-11 диагностировать невозможно. При исследовании мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, было обнаружено, что выраженность компульсивного сексуального поведения у них коррелирует с депрессией[251], тревогой[252] и стрессом меньшинств (стресс, связанный со стигматизацией и проявлениями неравенства)[253], а также связанным с более высоким уровнем рискованного сексуального поведения[254,255].

В одном шведском исследовании сообщается о высокой потребности в медицинской помощи по поводу компульсивного сексуального поведения[256]. За 7 лет ее работы на горячую линию по вопросам рискованного сексуального поведения обратились 1573 человека, которые идентифицировали у себя компульсивное расстройство сексуального поведения или парафилию, 69% сообщали конкретно о проявлениях КРСП.

В клинических исследованиях часто изучается коморбидность между КРСП и другими психическими расстройствами. В одном из таких исследований на выборке испанских студентов[257] 91,2% участников, страдавших КРСП по определению МКБ-11, на протяжении жизни соответствовали диагностическим критериям по крайней мере еще одного психического расстройства оси I (по результатам Структурированного клинического интервью по DSM-IV-TR) – против 66% среди участников, не страдавших КРСП. У пациентов с компульсивным расстройством сексуального поведения часто встречались расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (в основном каннабиса и кокаина), большое депрессивное расстройство, нервная булимия и расстройство адаптации.

В другом исследовании изучалась коморбидность игровой зависимости, и 6,5% из таких пациентов сообщали, что испытывают симптомы КРСП[258]. Среди пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством с КРСП на протяжении жизни сталкивались 5,6%[259]. Чаще, чем в общей популяции, КРСП встречается у пациентов с синдромом дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ)[260], биполярным расстройством[261], пограничным расстройством личности[257,262], посттравматическим стрессовым расстройством[263], парафилиями[264] и эректильной дисфункцией[264,265]. Многие лица с компульсивным сексуальным поведением также сообщают о сексуальном насилии в детстве[266]; у мужчин, по всей видимости, эти факты более отчетливо взаимосвязаны[267].

Появляются все новые данные о нейробиологических и нейропсихологических механизмах компульсивного сексуального поведения. У пациентов с КРСП по сравнению с группой контроля регистрируется повышенный кровоток в системе вознаграждения мозга в ответ на эротические стимулы[268,269,270], большая чувствительность и избирательное внимание к эротическим стимулам[271,272,273], на структурном уровне отмечается увеличение объема серого вещества в левой миндалине[274] и уменьшение объема правого хвостатого ядра[275]. У мужчин с КРСП также регистрируется более выраженная реакция предвосхищения в ответ на стимулы, предсказывающие эротическое вознаграждение, в вентральном стриатуме и передней орбитофронтальной коре[276]. На основании этих данных можно предположить, что у КРСП могут быть общие нейробиологические механизмы с обсессивно-компульсивным расстройством и с зависимостью от психоактивных веществ, но для подтверждения этих гипотез необходимы дальнейшие исследования[277].

Еще одна группа исследователей изучала генетические особенности мужчин, сообщающих о проблемах с компульсивным сексуальным поведением. Обнаружено, что у пациентов с КРСП по сравнению с контрольной группой ниже экспрессия гена *MIR4456* (ген *мРНК*); предполагают, что этот ген играет важную роль в сигнальном пути окситоцина, который опосредует соответствующее поведение[278]. Также обнаружились незначительные нарушения в регуляции гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, связанные с повышением уровня лютеинизирующего гормона в плазме; уровень тестостерона в основной и контрольной группах не отличался[279].

Есть достижения и в области терапевтических подходов[280,281]. Проводились рандомизированные контролируемые испытания 7-недельной групповой программы КПТ[282], а также КПТ в онлайн-режиме[283], в обоих случаях выраженность симптоматики по окончании программы значительно снизилась по сравнению с показателями контрольной группы из пациентов, ожидавших очереди на КПТ. Достаточно эффективными оказались терапия принятия и ответственности[284] и участие в группе самопомощи, организованной на принципах КПТ[285]: по сравнению с контрольной группой участники этих программ чаще сообщали, что сократили потребление порнографического контента. Также исследовались и были признаны эффективными группы самопомощи, основанные на принципах «двенадцати шагов»[286], вмешательство, основанное на осознанности[287], интервенции по снижению рискованного сексуального поведения у ВИЧ-позитивных мужчин[288] и подходы для снижения стресса меньшинств[253].

По фармакологическому лечению проводилось одно исследование по применению налтрексона в дозе 25–50 мг, небольшое и без контрольной группы; в динамическом наблюдении на протяжении 4 недель эта терапия дала результат[289]. Есть одно исследование[291] и несколько клинических случаев[290], где применялся пароксетин, явных долгосрочных положительных эффектов оно не выявило. Также сообщалось об успешном опыте применения транскраниальной магнитной стимуляции[292,293].

Подводя итоги, можно сказать, что КРСП – самостоятельная клиническая единица, и решение специально ее обозначить опирается на обширную доказательную базу, хотя существует некоторая неопределенность относительно течения КРСП и его связи с другими расстройствами. На основании доказательств можно говорить о существовании клинической популяции, для которой актуальны жалобы на неспособность контролировать сексуальное поведение, что проявляется достаточно регулярно и на протяжении длительного времени и при этом сопровождается нарушениями функционирования или выраженным дистрессом, который нельзя связать исключительно с моральными убеждениями или неодобрением общества.

КРСП связано с субъективно тяжелыми переживаниями и может оказывать существенное негативное влияние на здоровье и жизнь человека. Таким образом, внедрение этой диагностической категории удовлетворяет интересам служб здравоохранения государств – членов ВОЗ в качестве основы для организации субсидируемой медицинской

помощи и сбора статистической информации. Предполагается, что с официальным признанием КРСП в качестве самостоятельной категории с четкими диагностическими критериями исследовательская и клиническая деятельность будет вестись с опорой на формулировку МКБ-11. Ученые, которые ранее выступали за введение гиперсексуального расстройства в DSM-5, признали, что поддерживают это предположение и предлагают возможные дополнения в CDDR, которые предстоит проверить в будущих исследованиях[294].

Последствия внедрения диагноза «компульсивное расстройство сексуального поведения»

С тех пор, как было предложено включить компульсивное расстройство сексуального поведения в МКБ-11, активизировалась исследовательская работа в этой области[227]. Более ранние исследования основывались на концепции «сексуальной зависимости»[242], которая позже трансформировалась в концепции «компульсивного сексуального поведения», «дисфункционального сексуального поведения»[298] или «дисфункционального потребления порнографического контента»[299], но они не вполне соответствуют КРСП, согласно МКБ-11[258,259-290,292-297]. Многие исследования все еще опираются на концепцию «гиперсексуальности» [301,302], но при этом редко имеют в виду «гиперсексуальное расстройство» по DSM-5. Таким образом, проблема сопоставимости исследований до настоящего времени актуальна.

Это не позволяет сформулировать единообразную психометрическую методологию[227]. Наиболее часто используемые шкалы – шкала сексуального компульсивного поведения[234], новая редакция скринингового теста на сексуальную зависимость[303], опросник по гиперсексуальному поведению[304] и опросник компульсивного сексуального поведения[235]. Фактически они широко применяются, но методологически строгих исследований, которые подтвердили бы их валидность и надежность, пока мало[305].

Основываясь на проекте диагностических требований МКБ-11 для компульсивного расстройства сексуального поведения, за прошедшие полгода международная группа исследователей разработала шкалу компульсивного расстройства сексуального поведения-19 (*CSBD-19*) для оценки степени сексуальных побуждений, соответствующих мыслей, поведения и их последствий[306]. Показано, что шкала имеет пятифакторную структуру (импульс-контроль, значимость симптомов, частота рецидивов, субъективный дискомфорт, а также общие и специфические негативные последствия). Пилотные исследования психометрических свойств шкалы проводились в трех странах (Германия, Венгрия и США), результаты исследований положительные. В 2021 г. расширенный консорциум ученых запустил Глобальный опрос по вопросам сексуальности (*International Sex Survey*) – крупномасштабное многоязычное исследование с участием более 40 стран. По завершении проекта предполагается перевести шкалу *CSBD-19* на 30 языков, сделать ее общедоступной для применения в исследованиях и клинической практике.

Также начали появляться информационные ресурсы по диагностике и лечению КРСП для специалистов[231,245]. Международное сексологическое сообщество сейчас занимается формированием группы экспертов, которые подготовят теоретическое изложение концепции и будут вести разработку рекомендаций по этой теме. Примечательно, что, хотя концепция КРСП идет вразрез с решением Американской психиатрической ассоциации по поводу включения гиперсексуальности в DSM-5, именно она впервые опубликовала книгу о клинике и лечении КРСП[308].

Таким образом, решение ВОЗ включить КРСП в МКБ-11 разрешило многие противоречия, препятствовавшие развитию концепции КРСП. В *CDDR* подробно изложено, как избежать ложноположительных результатов и стигматизации непатологического сексуального поведения. Включение расстройства в МКБ-11 также помогло организовать помощь таким пациентам и обеспечило основу для разработки и тестирования эмпирически подтвержденных методов лечения. Наше понимание этиологии, вопросов классификации, диагностики и лечения КРСП продолжит развиваться при появлении новых данных. Мы надеемся, что оставшиеся разногласия будут решены в последующие нескольких лет, поскольку накапливается клинический и научный опыт в этой сфере.

ОБСУЖДЕНИЕ

Предложения добавить новую категорию в МКБ-11 исходят из стремления продемонстрировать значимость и улучшить распознавание психических расстройств, определения которых отдельно не сформулированы в предыдущих изданиях. Наиболее часто дополнение классификаций исходит из соображений: а) сбора статистики заболеваемости о новом, в настоящее время не поддающемся классификации психическом расстройстве, которое имеет важное значение для общественного здоровья; б) качества диагностики клинически значимого, но трудно классифицируемого состояния, что соответствующим образом повысит качество медицинской помощи; с) необходимости исследований по этому вопросу для разработки более эффективных методов лечения.

Обоснование включения в классификацию каждого из четырех расстройств, обсуждаемых в этой статье, иллюстрирует общие принципы внесения новых категорий в МКБ-11, которые мы описали во введении: а) значимость для общественного здравоохранения; б) улучшение качества диагностики клинически значимого, но трудно классифицируемого состояния, что соответствующим образом повысит качество медицинской помощи; с) необходимость исследований для разработки эффективных методов лечения. Систематика и формулировки МКБ-11 отвечают целям статистического учета перечисленных состояний в системе здравоохранения на национальном и глобальном уровнях. Наличие конкретных диагностических требований в противоположность остаточным («другое уточненное» или «неуточненное») облегчает идентификацию этих состояний. Наблюдается всплеск исследовательской и организационной активности, направленной на разработку и предоставление адекватных методов лечения.

Доступна обширная исследовательская литература по этим расстройствам. Растущий интерес к этим категориям наблюдался и до внесения их в проект МКБ-11, но официальное признание облегчило работу специалистам, предоставив ученым стандартизированные определения и диагностические требования, которые можно использовать в качестве основы для разработки психометрических методик и с помощью которых легче аргументировать необходимость финансирования соответствующих исследований.

Как уже говорилось, позиция ВОЗ относительно перечисленных категорий отличается от позиции Американской психиатрической ассоциации, отраженной в DSM-5. В случае комплексного посттравматического стрессового расстройства рабочая группа DSM-5 решила расширить критерии посттравматического стрессового расстройства, включив в него элементы DESNOS, как более ранней и знакомой по DSM-IV версии КПТСР, а не добавлять новую диагностическую категорию. В связи с этим диагностировать КПТСР на основании DSM-5 стало сложнее, чем было в период использования DSM-IV[309]. С тех пор многочисленные исследования на различных популяциях продемонстрировали обоснованность подхода МКБ-11[31,32]. Тем не менее, пока системы здравоохранения адаптируются к

МКБ-11, предстоит изучить, насколько фактически идентифицируются посттравматическое стрессовое расстройство по DSM-5 и ПТСР плюс КПТСР по МКБ-11, не приведет ли внедрение новой МКБ к трудностям в диагностике и предоставлении помощи пациентам. Эксперты высказывали соответствующие опасения[310], но, по имеющимся у нас данным, критерии DSM-5 идентифицируют меньше случаев КПТСР, чем МКБ-11 или DSM-IV[311].

В отличие от ситуации с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством, аналоги концепции пролонгированной реакции горя и расстройства вследствие пристрастия к компьютерным играм под несколько иными названиями уже были включены в исследовательское приложение DSM-5. В качестве кандидатов на включение в DSM-5 эти состояния вызвали в свое время значительный интерес, но одновременно это означало, что на момент создания классификации предложенные наборы критериев не имели достаточной базы для включения в основной раздел. Были случаи, когда отдельные категории перемещались из исследовательского в основной раздел, но это происходило не всегда. В МКБ нет аналога научного приложения: категория либо включена в классификацию, либо нет. В некоторых случаях рассматриваемое состояние может быть оформлено как дополнительный термин к остаточной категории «другое уточненное», чтобы отметить перспективные категории МКБ-11, но специальные «исследовательские» определения не предусмотрены. В то же время ВОЗ должна учитывать потребности государств-членов, которые входят в правление. На уровне национальных систем здравоохранения регулярные упоминания о состоянии в клинической практике и запрос на организацию помощи при таких состояниях требуют действий со стороны политиков, которые будут настаивать на включении этих состояний в классификацию.

Описание «стойкого комплексного расстройства тяжелой утраты» в исследовательском приложении к DSM-5 можно рассматривать как попытку совместить две принципиально разные концепции[312]. На основании полученных за последнее время данных разработчики приняли решение внести эту концепцию в DSM-5-TR под тем же названием, что и в МКБ-11, и со схожими критериями[124]. «Расстройство, связанное с сетевыми играми», описанное в исследовательском приложении к DSM-5, формулировалось, исходя из диагностических критериев зависимостей, в то время как МКБ-11 выделяет в качестве основного симптома потерю контроля над игровым поведением. Тем не менее очевидно, что обе эти концепции описывают одну и ту же клиническую группу. Диагноз «гиперсексуальное расстройство» принципиально не был включен в DSM-5 (в отличие от предыдущих редакций DSM, в которых схожие расстройства входят в исследовательское приложение или перечислены в качестве примера в остаточных категориях расстройств, связанных с сексуальным поведением) в связи убеждениями, что этой категорией будут злоупотреблять в судебно-медицинской практике, а в целом оснований для выделения ее в самостоятельную единицу недостаточно (хотя члены рабочей группы считают, что при разработке раздела эти сомнения учитывались)[240]. Рабочие группы МКБ-11 попытались обойти сомнительные аспекты категории «гиперсексуального расстройства», в частности поместив КРСП в раздел нарушений импульс-контроля, а не расстройств сексуальной сферы. Грядущие исследования с опорой на этот принцип будут полезны в том числе и экспертам, которые станут решать вопрос о включении соответствующей категории в новую редакцию DSM.

Из 21 категории, перечисленной в Таблице 1, 11 либо уже присутствовали в DSM-IV, либо впоследствии были добавлены в DSM-5; таким образом, с их введением в МКБ-11 повысилась совместимость классификаций. Остается несколько категорий МКБ-11 из раздела дополнительных синдромов, вызванных употреблением психоактивных веществ и лекарственных препаратов или заболеваниями, классифицированными в других рубриках, которые отсутствуют в DSM-5[17]. Таким образом, помимо рассмотренных в этой статье есть еще три диагноза, которые по-разному выглядят в МКБ-11 и DSM-5. «Обонятельное расстройство» упоминается в DSM-5 как пример «других уточненных обсессивно-компульсивных и родственных им расстройств». «Дисфория целостности восприятия тела» (выраженное и постоянное желание стать физически неполноценным, вследствие, например, ампутации или паралича конечностей, слепоты) – очень редкое, но серьезное и весьма специфическое состояние, для которого, по всей вероятности, в принципе не удастся собрать обширную доказательную базу, что обычно требуется для включения расстройства в DSM. «Парциальное диссоциативное расстройство личности» схоже с категорией DSM-5 «хронические и рецидивирующие синдромы смешанных диссоциативных симптомов», которая приведена среди примеров «других уточненных диссоциативных расстройств». Однако эти категории вряд ли вызовут активное обсуждение и многочисленные разногласия, в отличие от рассмотренных в данной статье.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Четыре новых расстройства по МКБ-11, которые обсуждались в этой статье (комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, пролонгированная реакция горя, расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм и компульсивное расстройство сексуального поведения), описывают очерченные клинические популяции, не учтенные в более ранних версиях МКБ. Пациенты с такими состояниями требуют особого подхода, но их проблемы могли бы остаться вне поля зрения специалистов, если бы не включение в новую классификацию. В целом последствия внедрения новых категорий можно расценить как положительные с точки зрения медицинской статистики и отчетности, выявления соответствующих пациентов, а также разработки и тестирования различных методов лечения. Очевидно, что сохраняется потребность в целенаправленных исследованиях по каждому из перечисленных расстройств. Тем не менее на данный момент решение ВОЗ о включении этих категорий в МКБ-11 помогло найти баланс между потребностями государств – членов ВОЗ в исследовательской и статистической информации и потребностями пациентов.

В то же время на основании имеющихся данных нельзя считать обоснованными аргументы против официального признания новых категорий (например, возможность стигматизации непатологического игрового или сексуального поведения). Возможно, по мере внедрения МКБ-11 в общемировую практику мы обнаружим неочевидные на данный момент недостатки. Планируется регулярно обновлять МКБ-11 (каждые два года), и вполне вероятно, что на основе уже практического опыта на ранних этапах внедрения будет сделано еще много корректировок, поскольку именно ориентация на практику – важнейший механизм совершенствования представлений о диагностических категориях.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы данной статьи участвовали в разработке классификации психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы МКБ-11 в качестве членов рабочих групп или консультантов. *G.M. Reed* был членом Секретариата ВОЗ, Департамента психиатрии и наркологии. Если не указано иное, взгляды, изложенные в этой статье, принадлежат авторам и не отражают официальную политику или позицию ВОЗ.

Библиография

1. World Health Organization. World Health Assembly Update, 25 May 2019. Режим доступа: https://www.who.int (дата обращения: 4.11.22).
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Режим доступа: https://www.who.int (дата обращения: 4.11.22).
3. International Advisory Group for the Revision of ICD10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011; 10:86–92.
4. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E. et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2015; 14:82–90.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
6. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry 2019; 18:3–19.
7. Mathews C.A. Hoarding disorder: more than just a problem of too much stuff. J Clin Psychiatry 2014; 75:893–4.
8. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M. et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. J Affect Disord 2016; 190:663–74.
9. Claudino A.M., Pike K.M., Hay P. et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. BMC Med 2019; 17:93.
10. van Hoeken D., Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. Curr Opin Psychiatry 2020; 33:521–7.
11. Kessler R.C., Berglund P.A., Chiu W.T. et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry 2013; 73:904–14.
12. Hilbert A., Petroff D., Herpertz S. et al. Meta–analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge–eating disorder. J Consult Clin Psychol 2019; 87:91–105.
13. Fuss J., Lemay K., Stein D.J. et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. World Psychiatry 2018; 18:233–5.
14. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). Режим доступа: https://icd.who.int (дата обращения: 4.11.22).
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–5. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
16. Reid R.C., Kafka M.P. Controversies about hypersexuality and the DSM-5. Curr Sex Health Rep 2014; 6:259–64.
17. First M.B., Gaebel W., Maj M. et al. An organization– and category–level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry 2021; 20:34–51.
18. Herman J.L. Trauma and recovery: the aftermath of violence from domestic violence to political terrorism. New York: Guilford, 1992.
19. Cloitre M., Courtois C.C., Charuvastra A. et al. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. J Trauma Stress 2011; 24:616–27.
20. Reed G.M., Correia J.M., Esparza P. et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. World Psychiatry 2011; 10:118–31.
21. Evans S.C., Reed G.M., Roberts M.C. et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO–IUPsyS global survey. Int J Psychol 2013; 48:177–93.
22. Robles R., Fresán A., Evans S.C. et al. Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: results from the WHO-WPA and WHO-IUPsyS Global Surveys. Int J Clin Health Psychol 2014; 14:165–77.
23. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. World Psychiatry 2013; 12:198–206.
24. Beltran R.O., Silove D.. Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. Compr Psychiatry 1999; 40:396–403.
25. Beltran R.O., Silove D., Llewellyn G.M. Comparison of ICD-10 diagnostic guidelines and research criteria for enduring personality change after catastrophic experience. Psychopathology 2009; 42:113–8.
26. van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D. et al. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. J Trauma Stress 2005; 18:389–99.
27. Roth S., Newman E., Pelcovitz D. et al. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 1997; 10:539–55.
28. Weiss D.S. Introduction to the special feature on complex PTSD. J Trauma Stress 2019; 25:239–40.
29. Resick P.A., Bovin M.J., Calloway A.L. et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. J Trauma Stress 2012; 25:241–51.
30. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R. et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self–report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. Acta Psychiatr Scand 2018; 138:536–46.
31. Roberts N.P., Cloitre M., Bisson J. et al. International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.1). Unpublished paper, 2018.
32. Brewin C.R., Cloitre M., Hyland P. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clin Psychol Rev 2017; 58:1–15.
33. Cloitre M., Brewin C.R., Bisson J.I. et al. Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al. (2019) and Ford (2020). Eur J Psychotraumatol 2020; 11:1739873.
34. Hyland P., Karatzias T., Shevlin M. et al. Examining the discriminant validity of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms: results from a United Kingdom population sample. J Trauma Stress 2019; 32:855–63.
35. Frost R., Murphy J., Hyland P. et al. Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. Eur J Psychotraumatol 2020; 11:1836864.
36. Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R. et al. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. Eur J Psychotraumatol 2013; 4:20706.
37. Zerach G., Shevlin M., Cloitre M. et al. Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: a 24-year longitudinal study. Eur J Psychotraumatol 2019; 10:1616488.
38. Bryant R.A., Felmingham K.L., Malhi G. et al. The distinctive neural circuitry of complex posttraumatic stress disorder during threat processing. Psychol Med 2021; 51:1121–8.
39. Herzog J.I., Niedtfeld I., Rausch S. et al. Increased recruitment of cognitive control in the presence of traumatic stimuli in complex PTSD. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2019; 269:147–59.
40. Thomaes K., Dorrepaal E., Draijer N. et al. Reduced anterior cingulate and orbitofrontal volumes in child abuse–related complex PTSD. J Clin Psychiatry 2010; 71:1636–44.
41. Keeley J.W., Reed G.M., Roberts M.C. et al. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. Int J Clin Health Psychol 2016; 16:109–27.
42. Redican E., Nolan E., Hyland P. et al. A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. J Anxiety Disord 2021; doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102381. [CrossRef]
43. Tay A.K., Mohsin M., Rees S. et al. Factor structures of complex posttraumatic stress disorder and PTSD in a community sample of refugees from West Papua. Compr Psychiatry 2018; 85:15–22.
44. Knefel M., Karatzias T., Ben-Ezra M. et al. The replicability of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder symptom networks in adults. Br J Psychiatry 2019; 214:361–8.
45. Herman J. CPTSD is a distinct entity: comment on Resick et al. (2012). J Trauma Stress 2012; 25:256–7.
46. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M. et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta–analysis. Psychol Med 2019; 49:1761–75.
47. Karatzias T., Shevlin M., Hyland P. et al. The network structure of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder across different traumatic life events. World Psychiatry 2020; 19:400–1.
48. Sachser C., Keller F., Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to trauma-focused cognitive behavioral therapy. J Child Psychol Psychiatry 2017; 58:160–8.

49. Brewin C.R., Miller J.K., Soffia M. et al. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in UK police offers. Psychol Med 2020; doi: 10.1017/S0033291720003025. [CrossRef]
50. Prigerson H.G., Frank E., Kasl S.V. et al. Complicated grief and bereavement–related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. Am J Psychiatry 1995; 152:22–30.
51. Boelen P.A., van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. Am J Psychiatry 2005; 162:2175–7.
52. Golden A.-M., Dalgleish T. Is prolonged grief distinct from bereavement–related posttraumatic stress? Psychiatry Res 2010; 178:336–41.
53. Robinaugh D.J., LeBlanc N.J., Vuletich H.A. et al. Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. J Abnorm Psychol 2014; 123:510–22.
54. Malgaroli M., Maccallum F., Bonanno G.A. Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. Psychol Med 2018; 48:2439–48.
55. Holland J.M., Neimeyer R.A., Boelen P.A. et al. The underlying structure of grief: a taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. J Psychopath Behav Assess 2009; 31:190–201.
56. Boelen P.A., Prigerson H.G. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007; 257:444–52.
57. Germain A., Caroff K., Buysse D.J. et al. Sleep quality in complicated grief. J Trauma Stress 2005; 18:343–6.
58. Buckley T., Sunari D., Marshall A. et al. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. Dialogues Clin Neurosci 2012; 14:129–39.
59. Robbins-Welty G., Stahl S., Zhang J. et al. Medical comorbidity in complicated grief: results from the HEAL collaborative trial. J Psychiatr Res 2018; 96:94–9.
60. Neria Y., Gross R., Litz B. et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. J Trauma Stress 2007; 20:251–62.
61. Sung S.C., Dryman M.T., Marks E. et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. J Affect Disord 2011; 134:453–58.
62. He L., Tang S., Yu W. et al. The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. Psychiatry Res 2014; 219:347–52.
63. Simon N.M., Shear K.M., Thompson E.H. et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Compr Psychiatry 2007; 48:395–9.
64. Latham A.E., Prigerson H.G. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. Suicide Life Threat Behav 2004; 34:350–62.
65. Prigerson H.G., Bridge J., Maciejewski P.K. et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. Am J Psychiatry 1999; 156:1994–5.
66. Bui E., Horenstein A., Shah R. et al. Grief-related panic symptoms in complicated grief. J Affect Disord 2015; 170:213–6.
67. Bonanno G.A., Neria Y., Mancini A. et al. Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. J Abnorm Psychol 2007; 116:342–51.
68. Prigerson H.G., Kakarala S., Gang J. et al. History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. Annu Rev Clin Psychol 2021; 17:109–26.
69. Freud S. Mourning and melancholia. In: Strachey J (ed). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 1. London: Hogarth, 1953:124–40.
70. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books, 1969.
71. Boelen P.A., Klugkist I. Cognitive behavioral variables mediate the associations of neuroticism and attachment insecurity with prolonged grief disorder severity. Anxiety Stress Coping 2011; 24:291–307.
72. Currier J.M., Irish J.E., Neimeyer R.A. et al. Attachment, continuing bonds, and complicated grief following violent loss: testing a moderated model. Death Stud 2015; 39:201–10.
73. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 1994.
74. Horowitz M.J., Siegel B., Holen A. et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. Am J Psychiatry 1997; 154:904–10.
75. Bryant R.A. Grief as a psychiatric disorder. Br J Psychiatry 2012; 201:9–10.
76. Bandini J. The medicalization of bereavement: (ab)normal grief in the DSM-5. Death Stud 2015; 39:347–52.
77. Kersting A, Brähler E., Glaesmer H. et al. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. J Affect Disord 2011; 131:339–43.
78. Lundorff M., Holmgren H., Zachariae R. et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2017; 212:138–49.
79. Bryant R.A., Bawaneh A., Giardinelli L. et al. A prevalence assessment of prolonged grief disorder in Syrian refugees. World Psychiatry 2021; 20:302–3.
80. Xiu D., Maercker A., Woynar S. et al. Features of prolonged grief symptoms in Chinese and Swiss bereaved parents. J Nerv Ment Dis 2016; 204:693–701.
81. Prigerson H., Ahmed I., Silverman G.K. et al. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. Death Stud 2002; 26:781–92.
82. Schaal S., Elbert T., Neuner F. Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide. Omega 2009; 59:203–19.
83. Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C. et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. Br J Psychiatry 1999; 174:67–73.
84. Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C. et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med 2009; 6:e1000121.
85. Silverman G.K., Jacobs S.C., Kasl S.V. et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. Psychol Med 2000; 30:857–62.
86. Simon N.M., Hoeppner S.S., Lubin R.E. et al. Understanding the impact of complicated grief on combat related posttraumatic stress disorder, guilt, suicide, and functional impairment in a clinical trial of post-9/11 service members and veterans. Depress Anxiety 2020; 37:63–72.
87. Zisook S., Mohamad S., Johnson G. et al. Clinical implications of co–occurring prolonged grief disorder in patients with treatment–resistant major depressive disorder. World Psychiatry 2021; 20:303–4.
88. Smith K.V., Ehlers A. Cognitive predictors of grief trajectories in the first months of loss: a latent growth mixture model. J Consult Clin Psychol 2020; 88:93–105.
89. Lenferink L.I.M., Nickerson A., de Keijser J. et al. Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster–bereaved people. Depress Anxiety 2020; 37:35–44.
90. Nielsen M.K., Christensen K.S., Neergaard M.A. et al. Exploring functional impairment in light of prolonged grief disorder: a prospective, population-based cohort study. Front Psychiatry 2020; 11:537674.
91. Lundorff M., Bonanno G.A., Johannsen M. et al. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry–sampled cohort study. J Psychiatr Res 2020; 129:168–75.
92. Nielsen M.K., Carlsen A.H., Neergaard M.A. et al. Looking beyond the mean in grief trajectories: a prospective, population-based cohort study. Soc Sci Med 2019; 232:460–9.
93. Wen F.H., Chou W.C., Shen W.C. et al. Distinctiveness of prolonged-grief-disorder-and depressive-symptom trajectories in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. Psychooncology 2020; 29:1524–32.
94. Bonanno G.A., Malgaroli M. Trajectories of grief: comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. Depress Anxiety 2020; 37:17–25.
95. Kakarala S.E., Roberts K.E., Rogers M. et al. The neurobiological reward system in prolonged grief disorder (PGD): a systematic review. Psychiatry Res Neuroimaging 2020; 303:111135.
96. Bryant R.A., Andrew E., Korgaonkar M.S. Distinct neural mechanisms of emotional processing in prolonged grief disorder. Psychol Med 2021; 51:587–95.
97. O'Connor M.F., Wellisch D.K., Stanton A.L. et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. Neuroimage 2008; 42:969–72.
98. Gundel H., O'Connor M.F., Littrell L. et al. Functional neuroanatomy of grief: an FMRI study. Am J Psychiatry 2003; 160:1946–53.
99. McConnell M.H., Killgore W.D.S., O'Connor M.F. Yearning predicts subgenual anterior cingulate activity in bereaved individuals. Heliyon 2018; 4:e00852.

100.Fernandez-Alcantara M., Verdejo-Roman J., Cruz-Quintana F. et al. Increased amygdala activations during the emotional experience of death–related pictures in complicated grief: an fMRI study. J Clin Med 2020; 3:851.
101.Arizmendi B., Kaszniak A.W., O'Connor MF. Disrupted prefrontal activity during emotion processing in complicated grief: an fMRI investigation. Neuroimage 2016; 124:968–76.
102.Maccallum F., Bonanno G.A. The economics of losing a loved one: delayed reward discounting in prolonged grief. Clin Psychol Sci 2016; 4:683–90.
103.Maccallum F., Bryant R.A. Attentional bias in complicated grief. J Affect Disord 2010; 125:316–22.
104.Maccallum F., Bryant R.A. An investigation of approach behaviour in prolonged grief. Behav Res Ther 2019; 119:103405.
105.Boddez Y. The presence of your absence: a conditioning theory of grief. Behav Res Ther 2018; 106:18–27.
106.Bullock A.B., Bonanno G.A. Attentional bias and complicated grief: a primed dot–probe task with emotional faces. J Exp Psychopathol 2013; 4:194–207.
107.Yu M., Tang S., Wang C. et al. Avoidance of bereavement–related stimuli in Chinese individuals experiencing prolonged grief: evidence from a dot–probe task. Front Psychol 2017; 8:1201.
108.Maccallum F., Sawday S., Rinck M. et al. The push and pull of grief: approach and avoidance in bereavement. J Behav Ther Exp Psychiatry 2015; 48:105–9.
109.Schneck N., Tu T., Michel C.A. et al. Attentional bias to reminders of the deceased as compared to a living attachment in grieving. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging 2018; 3:107–15.
110.Boelen P.A., van den Bout J., van den Hout M.A. Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. Behav Res Ther 2006; 44:1657–72.
111.Boelen P.A., de Keijser J., Smid G. Cognitive–behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. Psychol Trauma 2015; 7:382–90.
112.Boelen P.A. Variables mediating the linkage between loss centrality and postloss psychopathology. J Nerv Ment Dis 2012; 200:801–6.
113.Boelen P.A., Reijntjes A., Smid G.E. Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. J Anxiety Disord 2016; 41:65–72.
114.Eisma M.C., Epstude K., Schut H.A.W. et al. Upward and downward counterfactual thought after loss: a multiwave controlled longitudinal study. Behav Ther 2021; 52:577–93.
115.Lechner-Meichsner F, Mauro C, Skritskaya NA et al. Change in avoidance and negative grief-related cognitions mediates treatment outcome in older adults with prolonged grief disorder. Psychother Res 2022; 32:91–103.
116.Maccallum F., Bryant R.A. A cognitive attachment model of prolonged grief: integrating attachments, memory, and identity. Clin Psychol Rev 2013; 33:713–27.
117.Eisma M.C., Stroebe M.S., Schut H.A.W. et al. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. J Abnorm Psychol 2013; 122; 961–70.
118.Morina N. Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. J Nerv Ment Dis 2011; 199:921–7.
119.Harper M., O'Connor R.C., O'Carroll R.E. Factors associated with grief and depression following the loss of a child: a multivariate analysis. Psychol Health Med 2014; 19:247–52.
120.Meert K.L., Shear K., Newth C.J.L. et al. Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. J Palliat Med 2011; 14:207–14.
121.Gupta S., Bonanno G.A. Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. J Abnorm Psychol 2011; 120:635–43.
122.Diminich E.D., Bonanno G.A. Faces, feelings, words: divergence across channels of emotional responding in complicated grief. J Abnorm Psychol 2014; 123:350–61.
123.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Text Revision. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2021.
124.Prigerson H.G., Boelen P.A,.Xu J et al. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. World Psychiatry 2021; 20:96–106.
125.Shear K., Frank E., Houck P.R. et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:2601–8.
126.Shear M.K., Wang Y., Skritskaya N. et al. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2014; 71:1287–95.
127.Bryant R.A., Kenny L., Joscelyne A. et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized controlled trial. JAMA Psychiatry 2014; 71:1332–9.
128.Boelen P.A., Lenferink L.I.M., Spuij M. CBT for prolonged grief in children and adolescents: a randomized clinical trial. Am J Psychiatry 2021; 178:294–304.
129.Shear M.K., Reynolds C.F., Simon N.M. et al. Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2016; 73:685–94.
130.Johannsen M., Damholdt M.F., Zachariae R. et al. Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta–analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord 2019; 253:69–86.
131.Snodgrass J.G., Dengah H.J.F., Lacy M.G. et al. Online gaming involvement and its positive and negative consequences: a cognitive anthropological "cultural consensus" approach to psychiatric measurement and assessment. Comput Hum Behav 2017; 66:291–302.
132.Snodgrass J.G., Dengah H.J.F., Polzer E. et al. Intensive online videogame involvement: a new global idiom of wellness and distress. Transcult Psychiatry 2019; 56:748–74.
133.Ryan R.M., Rigby C.S., Przybylski A. The motivational pull of video games: a self-determination theory approach. Motiv Emot 2006; 30:344–60.
134.Przybylski A.K., Weinstein N., Ryan R.M. et al. Having to versus wanting to play: background and consequences of harmonious versus obsessive engagement in video games. Cyberpsychol Behav 2009; 12:485–92.
135.Przybylski A.K., Rigby C.S., Ryan R.M. A motivational model of video game engagement. Rev Gen Psychol 2010; 14:154–66.
136.Tóth-Király I., Bőthe B., Márki A.N. et al. Two sides of the same coin: the differentiating role of need satisfaction and frustration in passion for screen–based activities. Eur J Soc Psychol 2019; 49:1190–205.
137.Barr M., Copeland-Stewart A. Playing video games during the COVID-19 pandemic and effects on players' well-being. Games Cult 2022; 17:122–39.
138.Giardina A., Di Blasi M.D.B., Schimmenti A. et al. Online gaming and prolonged self-isolation: evidence from Italian gamers during the COVID–19 outbreak. Clin Neuropsychiatry 2021; 18:65–74.
139.Rumpf H.-J., Achab S., Billieux J. et al. Including gaming disorder in the ICD-11 : the need to do so from a clinical and public health perspective. J Behav Addict 2018; 7:556–61.
140.Saunders J.B., Hao W., Long J. et al. Gaming disorder: its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. J Behav Addict 2017; 6:271–9.
141.Billieux J., Stein D.J., Castro–Calvo J et al. Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11. World Psychiatry 2021; 20:198–9.
142.Billieux J., King D.L., Higuchi S. et al. Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder. J Behav Addict 2017; 6:285–9.
143.Borges G., Orozco R., Benjet C. et al. DSM-5 Internet gaming disorder among a sample of Mexican first–year college students. J Behav Addict 2019; 8:714–24.
144.Gentile D.A., Choo H., Liau A. et al. Pathological video game use among youths: a two–year longitudinal study. Pediatrics 2011; 127:e319–29.
145.Teng Z., Pontes H.M., Nie Q. et al. Internet gaming disorder and psychosocial well-being: a longitudinal study of older–aged adolescents and emerging adults. Addict Behav 2020; 110:106530.
146.Wartberg L., Kriston L., Zieglmeier M. et al. A longitudinal study on psychosocial causes and consequences of internet gaming disorder in adolescence. Psychol Med 2019; 49:287–94.
147.Stevens M.W.R., King D.L., Dorstyn D. et al. Cognitive-behavioral therapy for internet gaming disorder: a systematic review and meta–analysis. Clin Psychol Psychother 2019; 26:191–203.
148.Han D.H., Yoo M., Renshaw P.F. et al. A cohort study of patients seeking internet gaming disorder treatment. J Behav Addict 2018; 7:930–8.
149.Ko C.-H., Yen J.-Y., Chen S.-H. et al. Evaluation of the diagnostic criteria of internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. J Psychiatr Res 2018; 53:103–10.

150.Müller K.W., Dreier M., Duven E. et al. Adding clinical validity to the statistical power of large-scale epidemiological surveys on internet addiction in adolescence: a combined approach to investigate psychopathology and development-specific personality traits associated with internet addiction. J Clin Psychiatry 2017; 78:e244–51.
151.Thorens G., Achab S., Billieux J. et al. Characteristics and treatment response of self-identified problematic internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. J Behav Addict 2014; 3:78–81.
152.van Rooij A.J., Schoenmakers T.M., van de Mheen D.. Clinical validation of the C–VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: a sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with 'video game addiction'. Addict Behav 2017; 64:269–74.
153.Han D.H., Hwang J.W., Renshaw P.F. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue–induced brain activity in patients with Internet video game addiction. Exp Clin Psychopharmacol 2010; 18:297–304.
154.Wölfling K., Müller K.W., Dreier M. et al. Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2019; 76:1018–25.
155.Kardefelt-Winther D. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: towards a model of compensatory internet use. Comp Hum Behav 2014; 31:351–4.
156.World Health Organization. Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report. Geneva: World Health Organization, 2015.
157.Humphreys G. Sharpening the focus on gaming disorder. Bull World Health Organ 2019; 97:382–3.
158.Achab S. Internet patterns of use and which health promotion in Switzerland? Rev Med Suisse 2021; 17:1118–21.
159.Zajac K., Ginley M.K., Chang R. Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. Expert Rev Neurother 2020; 20:85–93.
160.Higuchi S., Nakayama H., Mihara S. et al. Inclusion of gaming disorder criteria in ICD-11 : a clinical perspective in favor. J Behav Addict 2017; 6:293–5.
161.Park J.J., Wilkinson-Meyers L., King D.L. et al. Person-centred interventions for problem gaming: a stepped care approach. BMC Public Health 2021; 21:872.
162.King D.L., Delfabbro P.H., Wu A.M.S. et al. Treatment of Internet gaming disorder: an international systematic review and CONSORT evaluation. Clin Psychol Rev 2017; 54:123–33.
163.Wegmann E., Brand M. The imperative of integrating empirical and theoretical considerations when developing policy responses to internet–gaming disorder. J Behav Addict 2018; 7:531–5.
164.Hunt C.J., Blaszczynski A. Gambling disorder as a clinical phenomenon. In: Heinz A., Romanczuk-Seiferth N., Potenza M.N. (eds). Gambling disorder. Cham: Springer, 2019:15–27.
165.Aarseth E., Bean A.M., Boonen H. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 gaming disorder proposal. J Behav Addict 2017; 6:267–70.
166.Bean A.M., Nielsen R.K.L., van Rooij A.J. et al. Video game addiction: the push to pathologize video games. Prof Psychol Res Pr 2017; 48:378–89.
167.van Rooij A.J., Ferguson C.J., Colder Carras M. et al. A weak scientific basis for gaming disorder: let us err on the side of caution. J Behav Addict 2018; 7:1–9.
168.Billieux J., Schimmenti A., Khazaal Y. Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. J Behav Addict 2015; 4:119–23.
169.Kardefelt-Winther D., Heeren A., Schimmenti A. et al. How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? Addiction 2017; 112:1709–15.
170.King D.L., Billieux J., Carragher N. et al. Face validity evaluation of screening tools for gaming disorder: scope, language, and overpathologizing issues. J Behav Addict 2020; 9:1–13.
171.King D.L., Chamberlain S.R., Carragher N. et al. Screening and assessment tools for gaming disorder: a comprehensive systematic review. Clin Psychol Rev 2020; 77:101831.
172.Billieux J., Flayelle M., Rumpf H.-J. et al. High involvement versus pathological involvement in video games: a crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder. Curr Addict Rep 2019; 6:323–30.
173.Przybylski A.K., Weinstein N., Murayama K. Internet gaming disorder: investigating the clinical relevance of a new phenomenon. Am J Psychiatry 2017; 174:230–6.
174.Brunborg G.S., Mentzoni R.A., Melkevik O.R. et al. Gaming addiction, gaming engagement, and psychological health complaints among Norwegian adolescents. Media Psychol 2013; 16:115–28.
175.Charlton J.P., Danforth I.D.W. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. Comput Hum Behav 2007; 23:1531–48.
176.Deleuze J., Nuyens F., Rochat L. et al. Established risk factors for addiction fail to discriminate between healthy gamers and gamers endorsing DSM-5 internet gaming disorder. J Behav Addict 2017; 6:516–24.
177.Castro-Calvo J., King D.L., Stein D.J. et al. Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: an international Delphi study. Addiction 2021; 116:2463–75.
178.Markey P.M., Ferguson C.J. Internet gaming addiction: disorder or moral panic? Am J Psychiatry 2017; 174:195–6.
179.Orben A. The Sisyphean cycle of technology panics. Perspect Psychol Sci 2020; 15:1143–57.
180.Wartberg L., Kriston L., Thomasius R. The prevalence and psychosocial correlates of internet gaming disorder. Dtsch Arztebl Int 2017; 114:419–24.
181.Kewitz S., Vonderlin E., Wartberg L. et al. Estimated prevalence of unreported IGD cases in routine outpatient children and adolescent psychotherapy. Int J Environ Res Public Health 2021; 18:6787.
182.Rehbein F., Kliem S., Baier D. et al. Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. Addiction 2015; 110:842–51.
183.Long J., Liu T., Liu Y. et al. Prevalence and correlates of problematic online gaming: a systematic review of the evidence published in Chinese. Curr Addict Rep 2018; 5:359–71.
184.Wu A.M., Chen J.H., Tong K.K. et al. Prevalence and associated factors of Internet gaming disorder among community dwelling adults in Macao, China. J Behav Addict 2018; 7:62–9.
185.Fam J.Y. Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: a meta–analysis across three decades. Scand J Psychol 2018; 59:524–31.
186.Feng W., Ramo D.E., Chan S.R. et al. Internet gaming disorder: trends in prevalence 1998–2016. Addict Behav 2017; 75:17–24.
187.Mihara S., Higuchi S. Cross–sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. Psychiatry Clin Neurosci 2017; 71:425–44.
188.Stevens M.W., Dorstyn D., Delfabbro P.H. et al. Global prevalence of gaming disorder: a systematic review and meta–analysis. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55:553–68.
189.Colder Carras M., Kardefelt-Winther D. When addiction symptoms and life problems diverge: a latent class analysis of problematic gaming in a representative multinational sample of European adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2018; 27:513–25.
190.Strittmatter E., Parzer P., Brunner R. et al. A 2-year longitudinal study of prospective predictors of pathological Internet use in adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2016; 25:725–34.
191.Scharkow M., Festl R., Quandt T. Longitudinal patterns of problematic computer game use among adolescents and adults – a 2-year panel study. Addiction 2014; 109:1910–7.
192.Carbonneau R., Vitaro F., Brendgen M. et al. Variety of gambling activities from adolescence to age 30 and association with gambling problems: a 15-year longitudinal study of a general population sample. Addiction 2015; 110:1985–93.
193.Yao Y.W., Liu L., Ma S.S. et al. Functional and structural neural alterations in Internet gaming disorder: a systematic review and meta–analysis. Neurosci Biobehav Rev 2017; 83:313–24.
194.Dong G.H., Dong H., Wang M. et al. Dorsal and ventral striatal functional connectivity shifts play a potential role in internet gaming disorder. Commun Biol 2021; 4:866.
195.Zhou W.R., Wang M., Dong H.H. et al. Imbalanced sensitivities to primary and secondary rewards in internet gaming disorder. J Behav Addict 2021; doi: 10.1556/2006.2021.00072. [CrossRef]
196.Billieux J., Potenza M.N., Maurage P. et al. Cognitive factors associated with gaming disorder. In: Verdejo-Garcia A. (ed). Cognition and addiction. Cambridge: Academic Press, 2020:221–30.

197.Argyriou E., Davison C.B., Lee T.T.C. Response inhibition and Internet gaming disorder: a meta-analysis. Addict Behav 2017; 71:54–60.
198.Cabelguen C., Rocher B., Leboucher J. et al. Attention deficit hyperactivity disorder and gaming disorder: frequency and associated factors in a clinical sample of patients with gaming disorder. J Behav Addict 2021; 10:1061–7.
199.Granero R., Fernández-Aranda F., Castro-Calvo J. et al. Subtyping treatment-seeking gaming disorder patients. Addict Behav 2021; 123:107086.
200.King D.L., Delfabbro P.H., Doh Y.Y. et al. Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and Internet use: an international perspective. Prev Sci 2018; 19:233–49.
201.Higuchi S., Nakayama H., Matsuzaki T. et al. Application of the eleventh revision of the International Classification of Diseases gaming disorder criteria to treatment-seeking patients: comparison with the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Internet gaming disorder criteria. J Behav Addict 2021; 10:149–58.
202.Shao T., Chen X., Huang S. et al. The recognition of gaming disorder in China: a case series of 223 patients. PeerJ 2021; 9:e10827.
203.Thomas T. Referrals to UK gaming addiction clinic triple in year of lockdowns. The Guardian, June 20, 2021.
204.Nielsen P., Christensen M., Henderson C. et al. Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: a randomised controlled trial. J Behav Addict 2021; 10:234–43.
205.Du Y.S., Jiang W., Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. Aust N Z J Psychiatry 2010; 44:129–34.
206.González-Bueso V., Santamaría J.J., Fernández D. et al. Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: a comprehensive review. Int J Environ Res Public Health 2018; 15:668.
207.Ko C.H., Lin H.C., Lin P.C. et al. Validity, functional impairment and complications related to Internet gaming disorder in the DSM-5 and gaming disorder in the ICD-11. Aust N Z J Psychiatry 2020; 54:707–18.
208.Müller K.W., Beutel M.E., Wölfling K. Decreased occupational functioning and increased physical health complaints in treatment seekers with internet–related disorders: compared to patients with gambling disorder. Eur Addict Res 2019; 25:229–37.
209.Starcevic V., Choi T.Y., Kim T.H. et al. Internet gaming disorder and gaming disorder in the context of seeking and not seeking treatment for video-gaming. J Psychiatr Res 2020; 129:31–9.
210.Stockdale L., Coyne S.M. Video game addiction in emerging adulthood: cross-sectional evidence of pathology in video game addicts as compared to matched healthy controls. J Affect Disord 2018; 225:265–72.
211.Brand M., Rumpf H.-J., Demetrovics Z et.al. Gaming disorder is a disorder due to addictive behaviors: evidence from behavioral and neuroscientific studies addressing cue reactivity and craving, executive functions, and decision–making. Curr Addict Rep 2019; 6:296–302.
212.Stein D.J., Billieux J., Bowden-Jones H. et al. Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. World Psychiatry 2018; 17:363–4.
213.Brand M., Rumpf H.-J., Demetrovics Z. et al. Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of "other specified disorders due to addictive behaviors"? J Behav Addict 2020; doi: 10.1556/2006.2020.00035. [CrossRef]
214.Torous J., Bucci S., Bell I.H. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. World Psychiatry 2021; 20:318–35.
215.Carragher N., Billieux J., Bowden-Jones H. et al. Brief overview of the WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder. Addiction 2021; doi: 10.1111/add.15780. [CrossRef]
216.Männikkö N., Mustonen T., Tanner N. et al. Effectiveness of a brief group intervention program for young adults with gaming-related problems. Int J Ment Health Addict 2021; doi: 10.1007/s11469-021-00559-2. [CrossRef]
217.Long J., Bhad R., Potenza M.N. et al. Public health approaches and policy changes after the inclusion of gaming disorder in ICD-11: global perspectives, actions and needs towards preparedness of health professionals for gaming disorder's management. BJPsych Int 2021; doi: 10.1192/bji.2021.57. [CrossRef]
218.King D.L., Gaming Industry Response Consortium. Comment on the global gaming industry's statement on ICD-11 gaming disorder: a corporate strategy to disregard harm and deflect social responsibility? Addiction 2018; 113:2145–6.
219.European Games Developer Foundation. Statement on WHO ICD-11 list and the inclusion of gaming. Режим доступа: http://www.egdf.eu (дата обращения: 4.11.2022).
220.United Nations International Children's Fund (UNICEF). Recommendations for the online gaming industry on assessing impact on children. Режим доступа: https://sites.unicef.org (дата обращения: 4.11.2022).
221.King D.L., Delfabbro P.H. Video game monetization (e.g., 'loot boxes'): a blueprint for practical social responsibility measures. Int J Ment Health Addict 2019; 17:166–79.
222.Štulhofer A., Jurin T., Briken P. Is high sexual desire a facet of male hypersexuality? Results from an online study. J Sex Marital Ther 2016; 42:665–80.
223.Kraus S.W., Krueger R.B., Briken P. et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. World Psychiatry 2018; 17:109–10.
224.Reed G.M., Drescher J., Krueger R. et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry 2016; 15:205–21.
225.Grubbs J.B., Kraus S.W., Perry S.L. et al. Moral incongruence and compulsive sexual behavior: results from cross-sectional interactions and parallel growth curve analyses. J Abnorm Psychol 2020; 129:266–78.
226.Grant J.E., Atmaca M., Fineberg N.A. et al. Impulse control disorders and "behavioural addictions» in the ICD-11. World Psychiatry 2014; 13:125–7.
227.Grubbs J.B., Hoagland K.C., Lee B.N. et al. Sexual addiction 25 years on: a systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. Clin Psychol Rev 2020; 82:101925.
228.Kafka M.P. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. Arch Sex Behav 2010; 39:377–400.
229.Yoon I.S., Houang S.T., Hirshfield S. et al. Compulsive sexual behavior and HIV/STI risk: a review of current literature. Curr Addict Rep 2016; 3:387–99.
230.Booth B.D., Kingston D.A., Watts J. Forensic aspects of hypersexuality. In: Balon R., Briken P. (eds). Compulsive sexual behavior disorder: understanding, assessment, and treatment. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2021:143–66.
231.Briken P. An integrated model to assess and treat compulsive sexual behavior disorder. Nat Rev Urol 2020; 17:391–406.
232.Park B.Y., Wilson G., Berger J. et al. Is internet pornography causing sexual dysfunctions? A review with clinical reports. Behav Sci 2016; 6:17.
233.Carnes P. Out of the shadows: understanding sexual addiction. Minneapolis: CompCare Publications, 1983.
234.Kalichman S.C., Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. J Pers Assess 1995; 65:586–601.
235.Coleman E., Miner M., Ohlerking F. et al. Compulsive sexual behavior inventory: a preliminary study of reliability and validity. J Sex Marital Ther 2001; 27:325–32.
236.Muench F., Parsons J.T. Sexual compulsivity and HIV: identification and treatment. Focus 2004; 19:1–5.
237.Sansone R.A., Sansone L.A. Sexual behavior in borderline personality: a review. Innov Clin Neurosci 2011; 8:14–8.
238.Tucker I. Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. Int Psychogeriatr 2010; 22:683–92.
239.Weintraub D., Hoops S., Shea J.A. et al. Validation of the questionnaire for impulsive–compulsive disorders in Parkinson's disease. Mov Disord 2009; 24:1461–7.
240.Kafka M.P. What happened to hypersexual disorder? Arch Sex Behav 2014; 43:1259–61.
241.Reid R.C., Carpenter B.N., Hook J.N. et al. Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. J Sex Med 2012; 9:2868–77.
242.Gold S.N., Heffner C.L. Sexual addiction: many conceptions, minimal data. Clin Psychol Rev 1998; 18:367–81.
243.Humphreys K. Of moral judgments and sexual addictions. Addiction 2018; 113:387–8.
244.Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? Addiction 2016; 111:2097–106.

245.Griffin K.R., Way B.M., Kraus S.W. Controversies and clinical recommendations for the treatment of compulsive sexual behavior disorder. Curr Addict Rep 2021; 8:546–55.
246.Grubbs J.B., Kraus S.W., Perry S.L. Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: the roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. J Behav Addict 2019; 8:88–93.
247.Dickenson J.A., Gleason N., Coleman E. et al. Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. JAMA Netw Open 2018; 1:e184468.
248.Castro-Calvo J., Gil-Llario M.D., Giménez-García C. et al. Occurrence and clinical characteristics of compulsive sexual behavior disorder (CSBD): a cluster analysis in two independent community samples. J Behav Addict 2020; 9:446–8.
249.Blum A.W., Lust K., Christenson G. et al. Links between sexuality, impulsivity, compulsivity, and addiction in a large sample of university students. CNS Spectr 2020; 25:9–15.
250.Gleason N., Finotelli I. Jr., Miner M.H. et al. Estimated prevalence and demographic correlates of compulsive sexual behavior among gay men in the United States. J Sex Med 2021; 18:1545–54.
251.Storholm E.D., Satre D.D., Kapadia F. et al. Depression, compulsive sexual behavior, and sexual risk-taking among urban young gay and bisexual men: the P18 Cohort Study. Arch Sex Behav 2016; 45:1431–41.
252.Rooney B.M., Tulloch T.G., Blashill A.J. Psychosocial syndemic correlates of sexual compulsivity among men who have sex with men: a meta–analysis. Arch Sex Behav 2018; 47:75–93.
253.Pachankis J.E., Hatzenbuehler M.L., Rendina H.J. et al. LGB-affirmative cognitive–behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: a randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. J Consult Clin Psychol 2015; 83:875–89.
254.Xu W., Zheng L., Liu Y. et al. Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and high–risk sexual behaviours among gay/bisexual men in Southwest China. AIDS Care 2016; 28:1138–44.
255.Wang X., Wang Z., Jiang X. et al. A cross–sectional study of the relationship between sexual compulsivity and unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Shanghai, China. BMC Infect Dis 2018; 18:465.
256.Adebahr R., Söderström E.Z., Arver S. et al. Reaching men and women at risk of committing sexual offences – findings from the national Swedish telephone helpline PrevenTell. J Sex Med 2021; 18:1571–81.
257.Ballester-Arnal R., Castro-Calvo J., Giménez-García C. et al. Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). Addict Behav 2020; 107:106384.
258.Cowie M.E., Kim H.S., Hodgins D.C. et al. Demographic and psychiatric correlates of compulsive sexual behaviors in gambling disorder. J Behav Addict 2019; 8:451–62.
259.Fuss J., Briken P., Stein D.J. et al. Compulsive sexual behavior disorder in obsessive–compulsive disorder: prevalence and associated comorbidity. J Behav Addict 2019; 8:242–8.
260.Bőthe B., Koós M., Tóth-Király I. et al. Investigating the associations of adult ADHD symptoms, hypersexuality, and problematic pornography use among men and women on a largescale, non-clinical sample. J Sex Med 2019; 16:489–99.
261.Varo C., Murru A., Salagre E. et al. Behavioral addictions in bipolar disorders: a systematic review. Eur Neuropsychopharmacol 2019; 29:76–97.
262.Elmquist J., Shorey R.C., Anderson S. et al. Are borderline personality symptoms associated with compulsive sexual behaviors among women in treatment for substance use disorders? An exploratory study. J Clin Psychol 2016; 72:1077–87.
263.Smith P.H., Potenza M.N., Mazure C.M. et al. Compulsive sexual behavior among male military veterans: prevalence and associated clinical factors. J Behav Addict 2014; 3:214–22.
264.Castellini G., Rellini A.H., Appignanesi C. et al. Deviance or normalcy? The relationship among paraphilic thoughts and behaviors, hypersexuality, and psychopathology in a sample of university students. J Sex Med 2018; 15:1322–35.
265.Grubbs J.B., Gola M. Is pornography use related to erectile functioning? Results from cross-sectional and latent growth curve analyses. J Sex Med 2019; 16:111–25.
266.Slavin M.N., Scoglio A.A.J., Blycker G.R. et al. Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: a systematic literature review. Curr Addict Rep 2020; 7:76–88.
267.Slavin M.N., Blycker G.R., Potenza M.N. et al. Gender–related differences in associations between sexual abuse and hypersexuality. J Sex Med 2020; 17:2029–38.
268.Klucken T., Wehrum-Osinsky S., Schweckendiek J. et al. Altered appetitive conditioning and neural connectivity in subjects with compulsive sexual behavior. J Sex Med 2016; 13:627–36.
269.Seok J.W., Sohn J.H. Neural substrates of sexual desire in individuals with problematic hypersexual behavior. Front Behav Neurosci 2015; 9:321.
270.Voon V., Mole T.B., Banca P. et al. Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. PLoS One 2014; 9:e102419.
271.Banca P., Morris L.S., Mitchell S. et al. Novelty, conditioning and attentional bias to sexual rewards. J Psychiatr Res 2016; 72:91–101.
272.Gola M., Wordecha M., Sescousse G. et al. Can pornography be addictive? An fMRI study of men seeking treatment for problematic pornography use. Neuropsychopharmacology 2017; 42:2021–31.
273.Sinke C., Engel J., Veit M. et al. Sexual cues alter working memory performance and brain processing in men with compulsive sexual behavior. Neuroimage Clin 2020; 27:102308.
274.Schmidt C., Morris L.S., Kvamme T.L. et al. Compulsive sexual behavior: prefrontal and limbic volume and interactions. Hum Brain Mapp 2017; 38:1182–90.
275.Kühn S., Gallinat J. Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: the brain on porn. JAMA Psychiatry 2014; 71:827–34.
276.Golec K., Draps M., Stark R. et al. Aberrant orbitofrontal cortex reactivity to erotic cues in compulsive sexual behavior disorder. J Behav Addict 2021; 10:646–56.
277.Draps M., Sescousse G., Potenza M.N. et al. Gray matter volume differences in impulse control and addictive disorders – an evidence from a sample of heterosexual males. J Sex Med 2020; 17:1761–9.
278.Boström A.E., Chatzittofis A., Ciuculete D.M. et al. Hypermethylation–associated downregulation of microRNA-4456 in hypersexual disorder with putative influence on oxytocin signalling: a DNA methylation analysis of miRNA genes. Epigenetics 2020; 15:145–60.
279.Chatzittofis A., Boström A.E., Öberg K.G. et al. Normal testosterone but higher luteinizing hormone plasma levels in men with hypersexual disorder. Sex Med 2020; 8:243–50.
280.Hook J.N., Reid R.C., Penberthy J.K. et al. Methodological review of treatments for nonparaphilic hypersexual behavior. J Sex Marital Ther 2014; 40:294–308.
281.Von Franqué F., Klein V., Briken P. Which techniques are used in psychotherapeutic interventions for nonparaphilic hypersexual behavior? Sex Med Rev 2015; 3:3–10.
282.Hallberg J., Kaldo V., Arver S et al. A randomized controlled study of group–administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder in men. J Sex Med 2019; 16:733–45.
283.Hallberg J., Kaldo V., Arver S. et al. Internet–administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder, with or without paraphilia(s) or paraphilic disorder(s) in men: a pilot study. J Sex Med 2020; 17:2039–54.
284.Crosby J.M., Twohig M.P. Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: a randomized trial. Behav Ther 2016; 47:355–66.
285.Bőthe B., Baumgartner C., Schaub M.P. et al. Hands-off: feasibility and preliminary results of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. J Behav Addict 2021; 10:1015–35.
286.Efrati Y., Gola M. Compulsive sexual behavior: a twelve–step therapeutic approach. J Behav Addict 2018; 7:445–53.
287.Holas P., Draps M., Kowalewska E. et al. A pilot study of mindfulness–based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. J Behav Addict 2020; 9:1088–92.
288.Parsons J.T., Rendina H.J., Moody R.L. et al. Feasibility of an emotion regulation intervention to improve mental health and reduce HIV transmission risk behaviors for HIV-positive gay and bisexual men with sexual compulsivity. AIDS Behav 2017; 21:1540–9.
289.Savard J., Öberg K.G., Chatzittofis A. et al. Naltrexone in compulsive sexual behavior disorder: a feasibility study of twenty men. J Sex Med 2020; 17:1544–52.
290.Gola M., Potenza M.N. Paroxetine treatment of problematic pornography use: a case series. J Behav Addict 2016; 5:529–32.

291. Wainberg M.L., Muench F., Morgenstern J. et al. A double–blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. J Clin Psychiatry 2006; 67:1968–73.
292. Tripathi A., Singh A., Singh H. et al. Successful use of transcranial magnetic stimulation in difficult to treat hypersexual disorder. J Hum Reprod Sci 2016; 9:207–9.
293. Blum A.W., Grant J.E. Positive response of compulsive sexual behavior to transcranial magnetic stimulation. Prim Care Companion CNS Disord 2020; 22:19l02469.
294. Gola M., Lewczuk K., Potenza M.N. et al. What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? J Behav Addict 2020; doi: 10.1556/2006.2020.00090. [CrossRef]
295. Klein V., Briken P., Schröder J. et al. Mental health professionals' pathologization of compulsive sexual behavior: does clients' gender and sexual orientation matter? J Abnorm Psychol 2019; 128:465–72.
296. Efrati Y., Gola M. The effect of early life trauma on compulsive sexual behavior among members of a 12-step group. J Sex Med 2019; 16:803–11.
297. Lew-Starowicz M., Lewczuk K., Nowakowska I. et al. Compulsive sexual behavior and dysregulation of emotion. Sex Med Rev 2020; 8:191–205.
298. Bőthe B., Tóth-Király I., Potenza M.N. et al. Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors. J Sex Res 2019; 56:166–79.
299. Markert C., Klein S., Strahler J. et al. Sexual incentive delay in the scanner: sexual cue and reward processing, and links to problematic porn consumption and sexual motivation. J Behav Addict 2021; 10:65–76.
300. Bőthe B., Bartók R., Tóth-Király I. et al. Hypersexuality, gender, and sexual orientation: a large-scale psychometric survey study. Arch Sex Behav 2018; 47:2265–76.
301. de Oliveira L., Carvalho J. The link between boredom and hypersexuality: a systematic review. J Sex Med 2020; 17:994–1004.
302. Engel J., Kessler A., Veit M. et al. Hypersexual behavior in a large online sample: individual characteristics and signs of coercive sexual behavior. J Behav Addict 2019; 8:213–22.
303. Carnes P.J., Hopkins T.A., Green B.A. Clinical relevance of the proposed sexual addiction diagnostic criteria: relation to the Sexual Addiction Screening Test–Revised. J Addict Med 2014; 8:450–61.
304. Reid R.C., Garos S., Carpenter B.N. Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. Sex Addict Compulsivity 2011; 18:30–51.
305. Montgomery-Graham S. Conceptualization and assessment of hypersexual disorder: a systematic review of the literature. Sex Med Rev 2017; 5:146–62.
306. Bőthe B., Potenza M.N., Griffiths M.D. et al. The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): an ICD-11 based screening measure across three languages. J Behav Addict 2020; 9:247–58.
307. Bőthe B., Koós M., Nagy L. et al. International Sex Survey: study protocol of a large, cross–cultural collaborative study in 45 countries. J Behav Addict 2021; 10:632–45.
308. Balon R., Briken P. (eds). Compulsive sexual behavior disorder: understanding, assessment, and treatment. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2021.
309. Galatzer-Levy I.R., Bryant R.A. 636, 120 ways to have posttraumatic stress disorder. Perspect Psychol Sci 2013; 8:651–62.
310. Wolf E.J., Miller M.W., Kilpatrick D. et al. ICD-11 Complex PTSD in US national and veteran samples: prevalence and structural associations with PTSD. Clin Psychol Sci 2015; 3:215–29.
311. Stein D.J., McLaughlin K.A., Koenen K.C. et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches. Depress Anxiety 2014; 31:494–505.
312. Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA et al. “Prolonged grief disorder» and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. World Psychiatry 2016; 15:266–75.

DOI:10.1002/wps.20960