цинироваться, чем либералы в целом[7]. Будучи вовлеченным в алгоритм, определяющий политические убеждения человека, решение о вакцинации стало не просто отражением того, во что верят люди, но и способом сигнализировать другим о своей политической и идеологической идентичности.

Понимание факторов, рассмотренных выше, помогает понять то, что для многих ученых и медицинских работников является одной из самых раздражающих и трудных для понимания особенностей дискуссий о вакцинации: фактов недостаточно. Простое повторение фактических данных было заведомо неэффективным способом изменить отношение среди тех, кто считает себя противниками вакцинации[8]. Одна из причин этого заключается в том, что люди не всегда ведут себя как ученые-когнитивисты, взвешивая доказательства, прежде чем прийти к выводу. Часто мы ведем себя скорее как когнитивные юристы, выборочно разоблачая себя, критикуя и запоминая доказательства, которые подкрепляют вывод, который кажется нам «правильным». Успешное общение требует глубокого слушания и внимательного отношения к страхам, мировоззрениям и идеологиям, которые могут мотивировать отказ от COVID-19[9]. Попытки убеждения, которые реагируют на эти фундаментальные «корни отношения», с большей вероятностью будут успешными, чем те, которые основываются с единственным акцентом на факты и данные[3].

Наконец, специалисты в области психического здоровья, как и все остальные, признают важность общения, не вызывающего стигматизации и инклюзивность. Хотя публичное лицо движения против вакцинации иногда кажется резким и недостойным сочувствия, члены сообщества, разделяющие эти взгляды, часто испытывают беспокойство и неуверенность. Существует потенциальная возможность возникновения циклов отрицательной обратной связи, когда колеблющиеся в отношении вакцинации чувствуют себя непонятыми и заклейменными, укрепляя свое мировоззрение о том, что система коррумпирована и лишена человечности. Чувствуя себя социально изолированными, отказывающиеся от вакцинации могут быть привлечены к онлайн-сообществам и дезинформации, которые усиливают их страхи. Уважительное общение – это не просто «приятное» занятие; на прагматическом уровне это необходимое условие для обеспечения позитивных изменений.

Matthew J. Hornsey

University of Queensland Business School, University of Queensland, St. Lucia QLD, Australia

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Barkham M., Lutz W., Castonguay L.G. (eds). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Hoboken: Wiley, 2021.
2. Lambert M.J., Whipple J.L., Kleinstäuber M. Psychotherapy 2018; 55:520–37.
3. Lutz W., Schwartz B., Delgadillo J. Annu Rev Clin Psychol 2021; doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071720-014821.
4. de Jong K., Conijn J.M., Gallagher R.A.V. et al. Clin Psychol Rev 2021; 85:102002.
5. Delgadillo J., McMillan D., Gilbody S. et al. Behav Res Ther 2021; 142:103873.
6. Cohen Z.D., DeRubeis R.J. Annu Rev Clin Psychol 2018; 14:209–36.
7. Chekroud A.M., Bondar J., Delgadillo J. et al. World Psychiatry 2021; 20:154–70.
8. Lutz W., Deisenhofer A.-K., Rubel J. et al. J Consult Clin Psychol 2021; doi: 10.1037/ccp0000642.
9. Lutz W., Schwartz B. World Psychiatry 2021; 20:380–1. DOI:10.1002/wps.20988

DOI:10.1002/wps.20990

DSM-5-TR: обзор обновлений и изменений

First MB, Yousif LH, Clarke DE, Wang PS, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*. 2022;21(2):218-219. doi: 10.1002/wps.20989

DSM-5 Text Revision (DSM-5-TR)[1] – первая изданная ревизия DSM-5 с момента первой публикации в 2013 г. Как и издававшиеся ранее ревизии (DSM-IV-TR), основной задачей DSM-5-TR было всестороннее обновление описания каждого из расстройств в DSM с опорой на обзоры литературы, опубликованной со времени предыдущего издания данной классификации. Впрочем, в отличие от DSM-IV-TR, в которой обновления касались только текста[2], в DSM-5-TR немало заметных изменений и улучшений, которые важны и для практикующих клиницистов, и для исследователей. Эти изменения включают в себя дополнительные диагностические категории, модификации и обновления в терминологии диагностических критериев, а также определения спецификаторов.

Обновления в диагностических критериях и в тексте в DSM-5-TR стали результатом двух разделенных, но конкурирующих процессов. Во-первых, непрерывной доработки, которая позволяет вносить в перечень и удалять из него расстройства. Во-вторых, уточнять, а также вносить изменения в диагностические критерии, что происходит непрерывно[3], начиная с самой первой публикации DSM-5, а также дополнительно пересматривать текст, что началось еще в 2019 году.

Невзирая на то, что большинство изменений со времен публикации DSM-5, включенных в эту ревизию, вносили незначительные коррективы и служили цели исправить ошибки, прояснить двусмысленность или разрешить несоответствие между диагностическими критериями и текстом, некоторые из правок могут быть достаточно значимыми для того, чтобы повлиять на клиническую практику[4]. Здесь мы подчеркнули основные новшества в DSM-5-TR, разделив их на четыре категории: дополнительные диагностические категории и коды симптомов; изменения в диагностических критериях и определениях спецификаторов; обновленная терминология; значимые изменения текста.

Диагностические категории, добавленные в DSM-5-TR: «затяжная патологическая реакция горя», «неуточненное расстройство настроения» и «легкое нейрокогнитивное расстройство, вызванное употреблением стимуляторов».

Затяжная патологическая реакция горя характеризуется наличием как минимум в течение 12 месяцев после смерти любимого человека выраженного чувства тоски по погибшему и/или устойчивой поглощенности размышлениями об умершем, сопровождающеюся другими относящимися к горю симптомами, такими как притупление эмоций, силь-

ная эмоциональная боль, избегание напоминаний об умершем. Эти симптомы должны быть тяжелы настолько, чтобы препятствовать повседневному функционированию[5,6].

Неуточненное расстройство настроения – резидуальная категория для аффективных симптомов, которые не соответствуют полноценным критериям для любого другого расстройства настроения ни в биполярном, ни в депрессивном диагностических классах. В том числе затруднительно выбрать между неуточненным биполярным и сходным расстройством и неуточненным депрессивным расстройством (например, при острой ажитации).

Легкое нейрокогнитивное расстройство, вызванное употреблением стимуляторов, добавлено к уже существующим типам обусловленных потреблением веществ легких нейрокогнитивных расстройств (алкоголь, ингалянты, снотворные, седативные или анксиолитические вещества), так как стало известно, что нейрокогнитивные симптомы, такие как трудности с обучаемостью, нарушения памяти и исполнительных функций, могут быть вызваны употреблением стимуляторов[7].

Отдельные коды симптомов добавлены в раздел «Другие состояния, которые могут быть клинически значимы» для определения наличия (или в анамнезе) суицидального поведения («потенциально самоповреждающее поведение с хотя бы некоторым намерением погибнуть») и несуицидального самоповреждения («намеренное самоповреждение тела с целью вызвать кровотечение, оставить синяки или причинить боль без суицидальных намерений»)[1]. Эти коды позволят клиницистам фиксировать такие клинически значимые формы поведения, независимо от любых других психиатрических диагнозов.

Изменения в диагностических критериях или определениях спецификаторов реализованы для более чем 70 расстройств. Хотя большинство этих правок сравнительно малы, несколько из них важны и адресованы определенным проблемам, которые могли привести к неверной диагностике. Диагностические критерии или спецификаторы с наиболее значимыми изменениями касались «А»-критерия расстройства аутистического спектра; спецификаторов тяжести маниакального эпизода; добавления спецификатора течения расстройства адаптации; а также «А»-критерия для делирия.

Расстройство аутистического спектра определяется как присутствие затруднений в социальном взаимодействии посредством вербальной и невербальной коммуникации («А»-критерий) в сочетании с узким репертуаром повторяющегося поведения («В»-критерий). В то время как минимальный порог повторяющегося поведения был однозначным (как минимум два из четырех), минимальные требования к количеству вариантов проблем в социальной сфере были двусмысленными. Фраза в «А»-критерии «присутствие следующих признаков» могла быть интерпретирована как «любой из следующих признаков» (один из трех) или «все нижеописанное» (три из трех). Так как рабочая группа DSM-5 всегда стремилась к сохранению диагностической точности, которая подразумевает присутствие всех трех признаков состояния, «А»-критерий был сформулирован более ясно: «присутствие всех нижеописанных признаков».

Спецификатор «легкой» тяжести маниакального эпизода (присутствуют не все обязательные симптомы, но имеющиеся сильно выражены; симптомы неприятны, но переносимы, а также симптомы приводят к небольшим нарушениям в социальной или трудовой сфере) не соответствовал «С»-критерию маниакального эпизода, который подразумевал, что нарушение настроения должно быть достаточно выраженным, чтобы вызвать заметные нарушения в социальной или трудовой сфере, необходимость госпитализации или сопровождаться психотическими явлениями. Спецификаторы тяжести из DSM-IV теперь адаптированы: «легким» считается состояние при наличии минимального количества критериев; «средней тяжести» считается состояние, когда присутствует выраженное в значительной степени повышение активности или отсутствует критика к состоянию; а «тяжелым» называют состояние, требующее непрерывного наблюдения специалиста.

Спецификаторы, отражающие продолжительность расстройства адаптации, непреднамеренно исключены из DSM-5 и теперь возвращены: «острое» в случае наличия симптомов менее 6 месяцев и «хроническое» в случае наличия симптомов дольше 6 месяцев после окончания воздействия стрессового фактора или обстоятельств, с ним связанных.

Основные когнитивные характеристики при делирии: нарушения внимания и ориентировки во внешней среде. В то время как суть «нарушения внимания» ясно описана в «А»-критерии (сниженная способность к направлению внимания, фокусировке, удержании и переключению внимания), характеристика ориентировки во внешней среде «сниженная» вносит путаницу, ведь «дезориентация» уже появляется в «С»-критерии как «дополнительные когнитивные нарушения». Как следствие, «А»-критерий был переформулирован без использования «ориентировки» и теперь звучит так: «Нарушения внимания (то есть сниженная способность к направлению внимания, фокусировке, удержании и переключению внимания) в сочетании с нарушением восприятия внешней среды».

Терминология в DSM-5 обновлена с целью утвердить предпочтительное на данный момент ее использование. «Нейролептические препараты» заменены на «антипсихотические препараты или другие средства, блокирующие дофаминовые рецепторы»; «умственная отсталость» теперь «нарушение интеллектуального развития»; «конверсионное расстройство» стало «функциональным неврологическим синдромом». В угоду развитию терминологии в области гендерной дисфории «желаемый гендер» был изменен на «гендерный опыт»; «рожденный мужчиной/рожденный женщиной» – на «человек, признанный при рождении мужчиной» и «человек, признанный при рождении женщиной»; «терапия по смене пола» – на «гендер-подтверждающая (гендерно-аффирмативная) терапия».

Обновления в тексте стали результатом трехгодичного процесса, включавшего более чем 200 экспертов, большинство из которых участвовали в разработке DSM-5. 20 обзорных групп трудились над главами Секции II, каждую из которых возглавлял редактор Секции. Экспертов просили проверить текст, чтобы найти устаревшую информацию. Для этого использовались литературные обзоры за период последних 10 лет.

Три работавшие параллельно обзорные группы (пол и гендер, культура, суицид) проверяли каждую главу, сфокусировавшись на фрагментах, содержавших только материалы для их экспертизы. Получившийся в результате текст был отдан на судебно-медицинскую проверку. И наконец, рабочие группы по этническому равенству и инклюзивности проверяли весь текст, чтобы убедиться, что при описании этнических, расовых и культуральных особенностей симптоматики и распространенности расстройств учитывалось влияние на постановку диагноза таких явлений, как расизм и дискриминация.

Значительно изменилась большая часть описаний расстройств. Разделы текста, в которых произошло особенно много изменений: «Распространенность», «Риск и прогностические факторы», «Обусловленные культурными особенностями диагностические особенности», «Половые и гендерные диагностические особенности», «Связь с суицидальными мыслями и поведением» и «Коморбидные состояния».

Меньше всего изменений оказалось в разделах «Диагностические характеристики» и «Дифференциальная диагностика».

Американская Психиатрическая Ассоциация продолжает принимать основанные на эмпирических наблюдениях предложения по изменениям в классификацию DSM. Гайдлайны для подачи таких предложений можно найти на сайте: www.dsm5.org.

Michael B. First[1], Lamyaa H. Yousif[2], Diana E. Clarke[2], Philip S. Wang[3], Nitin Gogtay[2], Paul S. Appelbaum[1]

[1]Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA;
[2]American Psychiatric Association, Washington, DC, USA;
[3]Cambridge Health Alliance, Cambridge, MA, USA

Перевод: Северцев В.В. (Москва)
Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2022.
2. First M.B., Pincus H.A. Psychiatr Serv. 2002; 53(3):288–292.
3. First M.B. World Psychiatry. 2016; 15(3):223-224.
4. Appelbaum P.S., Leibenluft E., Kendler K.S. Psychiatr Serv. 2021; 72(11):1348–1349.
5. Prigerson H.G., Boelen P.A., Xu J. et al. World Psychiatry. 2021; 20(1):96-106.
6. Szuhany K.L., Malgaroli M., Miron C.D. et al. Focus (Am Psychiatr Publ). 2021; 19(2):161–172.
7. Spronk D.B., van Wel J.H., Ramaekers J.G. et al. Neurosci Biobehav Rev. 2013; 37(8):1838–1859.

DOI:10.1002/wps.20989