РОЗДІЛ 1

Класифікація тривоги та пов'язаних із нею розладів

Кері С. Коґан / Cary S. Kogan, Ph.D.
Андреа Р. Ешбо / Andrea R. Ashbaugh, Ph.D.

У 2013 році було опубліковано DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). З метою обґрунтування запропонованих змін у структурі та змісті, які стосуються тривоги та пов'язаних із нею розладів, були проведені систематичні огляди. Класифікація DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) містила 12 категорій тривожних розладів, до яких входили різні розлади, спільною ознакою яких був страх. В одну групу були зведені не лише генералізований тривожний розлад (ГТР) і специфічні фобії, але й обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). А в класифікації DSM-5 змінено конфігурацію основних груп розладів, в основі яких лежить страх – виокремлено три вужче сфокусовані групи, які точніше відповідають спільним діагностичним контрольним критеріям: *тривожні розлади* (12 розладів), *обсесивно-компульсивний розлад та пов'язані з ним розлади* (ОКПР; 9 розладів) і *розлади, пов'язані з травмою та стресом* (ТСР; 7 розладів). Деякі експерти зауважили певні недоліки – розрізненість результатів нейробіологічних досліджень, замість зміщення акценту на виміри залишилась категорійна концепція, розширено нозологічні одиниці, змішані результати досліджень в умовах реальної практики (Frances, 2014; Regier et al., 2013). Попри таку критику слід розуміти, що процес розробки DSM-5 був непростим – щоб класифікація була корисною в клінічній роботі, вона має бути підкріплена сучасними науковими даними, які все ж є обмеженими. У табл. з 1-1–1-3 підсумовано зміни в DSM-5 і наведено короткий опис важливих діагностичних ознак кожного розладу.

Таблиця 1-1. Огляд ключових ознак і змін у класифікації та визначеннях DSM-5: обсесивно-компульсивний розлад та пов'язані з ним розлади

Розлад	Категорія в DSM-IV	Ключові ознаки	Зміни в діагностичних критеріях*
ОКР	Тривожні розлади	Обсесії (повторювані, нав'язливі думки, образи чи імпульси) або компульсії (повторювана поведінка або розумові дії, спрямовані на зменшення страждань)	Людині більше не потрібно визнавати, що обсесії є результатом уяви. Обсесії можуть бути пов'язані з проблемами в реальному житті. Людині більше не потрібно визнавати, що обсесії або компульсії є надмірними або безпідставними. Розширено специфікатори, які стосуються розуміння хвороби (вказати, якщо з чітким або задовільним розумінням хвороби, з поганим або з відсутнім розумінням / маячними переконаннями щодо хвороби). Можна зазначити, якщо пов'язаний з тиком
Дисморфічний розлад тіла	Соматоформні розлади	Постійна стурбованість уявним фізичним недоліком, майже або зовсім не помітним для інших. Повторювана поведінка або розумові дії у відповідь на проблеми із зовнішністю	У людини має бути повторювана поведінка або розумові дії у відповідь на стурбованість щодо зовнішності. Можна вказати, чи є м'язова дисморфія. Можна вказати ступінь розуміння хвороби (див. ОКР)
Розлад накопичення	–	Постійні труднощі з викиданням майна, внаслідок чого відбувається надмірне нагромадження речей, що заважає використовувати простір за призначенням	Новий розлад у DSM-5
Трихотиломанія (розлад, пов'язаний із висмикуванням волосся)	Розлади контролю над імпульсами, не класифіковані в інших рубриках	Повторюване висмикування волосся. Неодноразові спроби припинити висмикувати волосся	Видалено вимогу, згідно з якою висмикування волосся супроводжується напруженням перед висмикуванням або спробою утриматися від висмикування волосся. Видалено вимогу, згідно з якою висмикування волосся супроводжується насолодою, задоволенням, полегшенням

Таблиця 1-1. Огляд ключових ознак і змін у класифікації та визначеннях DSM-5: обсесивно-компульсивний розлад та пов'язані з ним розлади *(продовження)*

Розлад	Категорія в DSM-IV	Ключові ознаки	Зміни в діагностичних критеріях*
Екскоріаційний розлад (роздряпування шкіри)	–	Повторюване роздряпування шкіри, що призводить до її ушкоджень. Неодноразові спроби припинити роздряпувати шкіру	Новий розлад у DSM-5

Примітка. *Критерії, зазначені у цьому стовпчику, *не* є повними діагностичними критеріями, а відображають основні зміни в критеріях у системі DSM-5 порівняно з DSM-IV-TR.

Враховуючи висловлені зауваження щодо DSM-5, проаналізуємо проблеми, з якими стикається будь-яка категорійна нозологічна класифікація психопатології, розберемо альтернативні підходи та пояснимо, чому не було змінено концепцію. Після цього розглянемо обґрунтування чинних класифікацій тривожних розладів, ОКПР і ТСР та дослідимо надійність і достовірність DSM-5.

Проблеми психіатричної класифікації

Для практичності та самодостатності будь-якої наукової дисципліни логіка організації концепцій має узгоджуватися з актуальними науковими даними. У випадку психопатології логічна структура лежить в основі широко застосовуваних класифікацій, як-от DSM-5 і *Міжнародної статистичної класифікації хвороб* Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 11-го перегляду (ICD-11; World Health Organization, 2019). В ідеалі класифікації встановлюють межі психопатології, задавши надійні й достовірні визначення нозологічних одиниць. Вони вводять спільну термінологію для порозуміння в спілкуванні, перевірки гіпотез і висування теорій. Психіатричні класифікації мають бути корисними для клінічного використання, надаючи клініцистам ефективний засіб доступу до знань і забезпечуючи ефективне спілкування з колегами та пацієнтами. Класифікації важливі для суспільного здоров'я – вони допомагають урядам контролювати поширеність розладів, відповідно розподіляти ресурси та розробляти політику на основі доказових даних.

DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ознаменувала значні зрушення в психіатричній класифікації – основний акцент було зроблено на наборах критеріїв, що ґрунтувалися на чітко визначених симптомах, без зазначення етіології (Kendler, 1990). За такою структурою визначення психічних

захворювань відповідали описовій феноменології. Суб'єктивні та об'єктивні симптоми, які часто спостерігаються одночасно, було віднесено до категорій, які радше вважаються синдромами, а не хворобами (Blashfield and Keeley, 2010). Синдроми корисні концептуально й клінічно, але вони навряд чи дають змогу «розкласти явище на складові» (Plato, 1952). Розлади, в яких страх або тривога є основною ознакою, зокрема агорафобію з панічними атаками, соціальну фобію, просту фобію, панічний розлад, ГТР, ОКР і ПТСР, було віднесено до однієї групи «Тривожні розлади». Наступні перегляди DSM ґрунтувалися на подібних принципах, структура і зміст розділу «Тривожні розлади» майже не змінилися. Такий підхід до класифікації сприяв більшій надійності і, певною мірою, достовірності психіатричних діагнозів порівняно з попередніми схемами та допоміг досягти значного прогресу в розумінні психічних захворювань.

Однак у категорійної класифікації залишилися певні обмеження, зокрема висока частка коморбідності, проблеми з розмежуванням норми та патології, нечітке розмежування ступенів тяжкості в одній категорії та відсутність інтеграції доказових даних про причини, які лежать в основі розвитку психопатології. Щоб подолати ці недоліки, було запропоновано вимірні моделі психопатології. Робоча група з розробки DSM-5 розглянула ці моделі, проте вирішила залишити категорії, а також було впроваджено інструменти оцінювання за вимірами (American Psychiatric Association, 2013).

Коморбідність

Коморбідність є проблемою для категорійних класифікацій, коли в результаті довільного формулювання меж з'являється кілька діагнозів, які краще розуміти як відображення варіацій тяжкості латентних (прихованих) конструктів. Наприклад, у Національному дослідженні коморбідності (National Comorbidity Survey Replication) (Kessler et al., 2005), в якому на популяційному рівні вивчали поширеність розладів із DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), було виявлено 40 % випадків підтвердженої коморбідності, що асоціювалися з більшими рівнями тяжкості. Крім того, аналіз латентних класів за цими даними свідчив про існування кількох класів, у яких при певних розладах з інтерналізацією (як-от розлади настрою та тривоги) коморбідність відзначалася часто, отже, різні латентні класи представляли зростання рівня тяжкості (Kessler et al., 2005). Ці результати узгоджуються з іншими джерелами доказових даних, які свідчать про високу частоту одночасного клінічного перебігу депресії та тривоги (наприклад, Regier et al., 1998). Таким чином, суттєвою проблемою для будь-якої категорійної класифікації є оптимізація поділу розладів, щоб звести до мінімуму коморбідність. Розробники DSM-5 знали про ці проблеми та в межах категорійної структури розподілили групи розладів в окремі кластери інтерналізації та екстерналізації (American Psychiatric Association, 2013), що відповідає обґрунтованій доказовими даними вимірній операціоналізації психопатології (Kotov et al., 2017).