

# Оставаться открытым по отношению к проекту RDoC

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Павличенко А.В.

Редактура: Алфимов П.В.

В 70-х годах прошлого века в США была запущена программа, перед которой были поставлены две задачи: 1) улучшить надежность психиатрических диагнозов с учетом потребностей повседневной клинической практики; 2) продвинуться в понимании патофизиологии психических расстройств. Для реализации этих задач был выбран один и тот же инструмент: диагностическая система, построенная на основе операциональных критериев, в которой приводится четкое и подробное определение различных психических расстройств.

До определенной степени первая из этих задач, по-видимому, была выполнена, хотя неопровержимые научные факты, полученные в учреждениях практического здравоохранения, все еще не отсутствуют (1). Улучшить надежность психиатрических диагнозов, однако, можно было за счет упрощения психопатологии (2) и дегуманизации психиатрической практики (3). При переводе в операциональные термины мы, возможно, потеряли важные характеристики психопатологических феноменов, а при упрощении диагностического процесса до простой констатации наличия или отсутствия набора симптомов мы также утратили сущность нашей профессии.

Вторая из указанных задач, очевидно, не была достигнута, что признается ведущими экспертами рабочей группы DSM-V (4). Несмотря на сорок лет интенсивных и весьма дорогостоящих исследований, патофизиология психических расстройств все еще остается загадкой. Кто-то, однако, может возразить, что на самом деле было накоплено немало ценных нейробиологических данных и предложено несколько моделей. Возможно, проблема, с которой мы столкнулись, оказалась намного сложнее, чем мы предполагали, а признание поражения на самом деле может оказаться преждевременным.

Если с помощью данного подхода не удалось добиться успехов в решении второй задачи, то этому можно дать несколько объяснений. Во-первых, и это само простое, о чем можно подумать, все психические расстройства, как они понимаются в контексте этого подхода, не являются валидными единицами, то есть диагностическая система не может объяснить природу ее основных элементов. Во-вторых, несмотря на то, что некоторые из этих расстройств могут считаться валидными нозологическими единицами, уровень их клинического описания намного выше, чем важные патофизиологические механизмы, которые вовлечены в их патогенез, то есть, необходимо создать некоторые промежуточные единицы, на базе которых будет возможен поиск нейробиологических механизмов. В-третьих, отсутствие доказательства также можно рассматривать как доказательство отсутствия, то есть, возможно, психические расстройства не поддаются патофизиологическому объяснению в том смысле, в каком это возможно для кардиологических или неврологических расстройств. Повреждение неврологического субстрата не является обязательным условием для нарушения психологической функции (5,6). Разнообразные высокоорганизованные процессы могут находиться в пространстве между нейробиологической уязвимостью к

болезни и психопатологическим манифестациями и, поэтому, редукционистский «вертикальный» подход здесь представляется недостаточным (7). Сущность психопатологических феноменов в этом отношении может быть достаточно гетерогенной и для определения одних расстройств (например, нервной анорексии) высокоорганизованные процессы намного более важны, чем для других.

Проект исследовательских критериев доменов (RDoC) концептуально является продолжением программы, начатой в 70-х годах прошлого века. Еще раз повторим, одной из его задач является лучшее понимание нейробиологических основ психопатологии. Другой его задачей является создание диагностической системы, которая будет более надежной, чем то, что предлагалось ранее, и которая, по аналогии с другими отраслями медицины, будет базироваться на биологических параметрах. Для того, чтобы выполнить эти задачи предлагается использовать один и тот же инструмент: исследовательскую концепцию, включающую некоторые функциональные «домены», каждый из которых состоит из поведенческих «дименсий», которые предположительно связаны как минимум с одной мозговой сетью или областью.

Общее описание дименсий RDoC, доступное на веб-сайте Национального института психического здоровья США (NIMH), на самом деле впечатляет. Вопреки выводам, которые можно сделать на основании отчетов, публикуемых в научных журналах, эти дименсии включают не только «поддающиеся наблюдению модели поведения», но также конструкции, такие, например, как «восприятие и понимание себя» и «понимание (другими) психических состояний», поэтому «экспериментальный» компонент психопатологии здесь также представлен. Вероятно, перечень нейробиологических параметров слишком широк и читатель не может идентифицировать наиболее важные из них (было бы полезно указать степень доказательной базы для каждого из них). Список литературы содержит в конце каждого раздела, но эти ссылки не содержат указания на конкретные параметры. Нужно отметить, что такая структура в целом представляется достаточно информативной для исследователей. Тем не менее, в некоторых областях достаточно заметен разрыв между предложенными дименсиями, а также признаками и симптомами, которые, как признается Cuthbert, «являются реальными клиническим феноменами, которые заставляют пациентов обращаться за помощью». Если проблема DSM состоит в том, что ее категории слишком далеко отстоят от уровня развития нейронауки, то проблемой, по крайней мере, некоторых конструкций RDoC, являются то, что они в той или иной степени отдалены от клинических феноменов. Cuthbert, по-видимому, уверен в том, что «рано или поздно... в терминах дисрегуляции основных мозговых операций» будет возможно объяснить даже сложные феномены, такие, например, как бред (8). Однако, что делать, если некоторые из найденных симптомов будет невозможно объяснить в терминах нейробиологии? Следует ли в таком случае рассматривать современные диагностические категории как «несостоятельные» конструкции?

Фактически, некоторые ученые смотрят на проект RDoC как на следующий шаг на пути к упрощению психопатологии и дегуманизации психиатрической практики после введения операциональных диагностических критериев. Возможно, указанная здесь проблема состоит в том, что мы скорее постепенно отдаляемся от сущности психопатологии, чем движемся в ее сторону, одновременно все более и более обесценивая гуманистический компонент психиатрической профессии, в то время как в других областях медицины, этот процесс идет в обратном направлении.

Альтернативный подход, однако, предлагает рассматривать проект RDoC как способ по-новому посмотреть на проблему некоторых сложных симптомов. В самом деле, некоторые положения современного определения бредовых идей (например, то, что они являются «ложными убеждениями», которые базируются на «неправильном умозаключении» и это суждение всегда имеет отношение к «внешней реальности») в последнее время ставятся под сомнение, по крайней мере, в случае шизофрении (9). Метафорические высказывания пациента не всегда можно объяснить в нейробиологических терминах, но они, тем не менее, являются важными признаками болезни. Возможно, в будущем придется более детально исследовать эти признаки.

Ожидается, что предложенные экспертами поведенческие (и экспериментальные) измерения могут «противоречить традиционным диагностическим единицам» (8), которые, по словам Ясперса, являются «мозаичными структурами», состоящими из одних и тех же повторяющихся элементов. Это, однако, останется лишь предположением. Различные нейробиологические и другие тонкие связи могут быть найдены, по крайней мере, между некоторыми из этих измерений и существующими диагностическими конструкциями. К счастью, дизайн исследований внутри этого проекта позволит различать эти альтернативные возможности. Утверждение Cuthbert о том, что «можно провести анализ данных, используя фактор DSM, измерения RDoC и их взаимодействие» (8), по-видимому, говорит о движении в этом направлении.

Утверждается, что работа в рамках проекта RDoC «значительно отличается от процессов пересмотра DSM или МКБ», которые, в свою очередь, базировались на «интенсивных встречах экспертов рабочих групп», призванных «выработать наборы диагнозов». Кто-то может возразить, что функциональные домены RDoC и измерения, включенные в каждый домен, были выделены сходным образом, то есть они являются результатом консенсуса экспертов. Конечно, этот консенсус основан на всех научных доказательствах и в него могут быть внесены изменения в дальнейшем. Однако, не следует забывать, что то же самое можно сказать о современных категориях DSM или МКБ, некоторые из которых были объектом сотен исследований в течение многих лет и постоянно пересматривались и изменялись при появлении новых научных данных. Между прочим, важной особенностью рабочих групп DSM и МКБ всегда был их интернациональный состав, в то время как постоянно звучала жалоба на то, что практикующие специалисты, точка зрения которых о применимости предложенной системы может быть весьма актуальной, не были в должной мере представлены в работе этих групп. Следует задуматься об этом в дальнейшем.

В целом проект RDoC, по-видимому, в обозримом будущем сможет в определенной мере приблизиться к решению первой задачи (способствовать пониманию нейробиологических основ психопатологии), но не второй, по крайней мере так, как ее сейчас понимают (создание диагностической системы «скорее на основе достижений нейронаук и наук о поведении, чем на данных описательной феноменологии»). Для того чтобы

осуществить вторую задачу, необходимо создать набор поведенческих и биологических критериев, чья ретестовая/межоперационная (test-retest/inteoperator) надежность и чувствительность/специфичность в отношении предсказания исходов (включая реагирование на различные виды лечения), окажется, по крайней мере, такой же, как при использовании критериев на основе симптомов болезней, при этом оценка этих критериев будет практически выполнима и экономически выгодна в различных учреждениях здравоохранения по всему миру. Вполне возможно, что-то из этого недостижимо даже в отдаленной перспективе. Тем не менее, следует воздержаться от столкновения этого проекта с DSM и МКБ. Такое столкновение будет неуместным и разрушительным, оно приведет в замешательство пациентов и членов их семей, врачей других специальностей, руководителей здравоохранения и широкую общественность.

Также более оправдано сосредоточить внимание на менее амбициозном аспекте второй задачи, который также упоминает в статье Cuthbert, то есть на развитии нейробиологических критериев, которые помогут выделить подтипы, а не заменить существующие диагностические единицы, что должно упростить прогнозирование исходов и реакции на терапию. Как недавно указывалось в статье, где одним из соавторов был T.Insel, «у психиатрии сейчас есть реальный шанс использовать существующие достижения в области генетики, молекулярной биологии и нейровизуализации в качестве вспомогательных средств, а не стараться заменить диагнозы, основанные на симптомах».

С учетом всего вышесказанного, для всех ученых было бы уместно придерживаться открытой позиции по отношению к проекту RDoC. Этот проект, будучи более тесно связанным с уровнем развития нейронауки, по-видимому, полезно рассматривать как дополнение к современным диагностическим системам, которые более сильно связаны с клиническими данными. Развитие схем перехода между этими двумя подходами в атмосфере взаимного уважения является важной задачей, которая может только обогатить психиатрию и смежные с ней дисциплины, а также улучшить степень доверия к ним.

## Библиография

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. The Breivik case and “*conditio psychiatrica*”. *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bull* 2007; 33:108-12.
4. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002: xv-xxiii.
5. Bolton D. *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
6. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers’ legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
7. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
8. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
9. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2013;39:242-3.
10. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.

DOI 10.1002/wps.20111