

Взгляд через столетие: перспектива трансляционной психиатрической науки

Kenneth W.M. Fulford¹, Lisa Bortolotti², Matthew Broome³

¹ Faculty of Philosophy, University of Oxford, Oxford, UK (Великобритания)

² Department of Philosophy, University of Birmingham, Birmingham, UK (Великобритания)

³ Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK (Великобритания)

Перевод: Данилова М.Ю.

Редактура: Алфимов П.В.

Резюме

В ходе последовавших за публикацией DSM-5 обсуждений психиатрических классификаций в историческом контексте стали открываться новые перспективы для трансляционных исследований в психиатрии. В данной статье мы определяем, какие уроки для трансляционных исследований можно извлечь из трёх событий, произошедших в разные временные интервалы XX века. Событием первого временного интервала является публикация «Общей психопатологии» К. Ясперса в 1913 г. Урок, который мы можем из него извлечь, заключается в следующем: для проведения трансляционных исследований в психиатрии необходим плюралистический подход, охватывающий в равной степени науки, изучающие разум (включая социальные науки) и науки, изучающие мозг. Событием второго временного интервала является конференция по психиатрической эпидемиологии, состоявшаяся в Нью-Йорке в 1959 г., в ходе которой была разработана классификация болезней, основанная на отдельных симптомах, лежащая в основе современных классификаций. Это событие позволило нам осознать, что если главным в психиатрии, как в науке, основанной на наблюдении, является достоверность, то для эффективной трансляции так же крайне необходима валидность. Урок, который мы можем извлечь из события третьего временного интервала – конференции в Далласе в 1997 году, на которой были собраны вместе пациенты, лица, осуществляющие уход за ними, исследователи и клиницисты, заключается в том, что нам необходимо создавать дальнейшие модели совместных исследований, сочетая познание путём обучения и познание путём опыта. Это важно учитывать, если мы собираемся преодолеть связанные с трансляцией трудности, заключающиеся в сложности самого представления о психических заболеваниях, в особенности, если говорить об огромном разнообразии жалеемых исходов лечения. Три вышеперечисленных урока – плюралистический подход, достоверность и валидность, а так же близкое сотрудничество между соответствующими структурами – в совокупности представляют собой перспективную основу для более эффективной трансляции исследований в практику в психиатрии XXI века.

Ключевые слова: DSM, RDoC, МКБ, психиатрическая классификация, мозг и разум, социальные науки, достоверность, валидность, совместное исследование, познание путём опыта, стоимостно-ориентированная практика

(World Psychiatry 2014; 13:110–117)

В предисловии к МКБ-10 в 1992 г. Н. Сарториус писал: «Классификация – это способ видения мира в определённый момент времени» (1, стр. vii). Однако, отзывы, последовавшие за публикацией DSM-5 Американской психиатрической ассоциацией (АПА) [2] спустя 30 лет, свидетельствуют о том, что в области психиатрии, как науки, в современном мире царит беспорядок.

Т. Insel, директор Национального института психического здоровья США (НИПЗ) крупнейшего мирового института, финансирующего развитие нейронауки, озвучил одно из основных критических замечаний, заключающееся в том, что результаты исследований, основанных на DSM, не удалось транслировать в клиническую практику. В блоге, посвящённом альтернативному проекту исследовательских критериев доменов (RDoC) Insel отметил, что «в своих исследованиях НИПЗ будет отдаляться от категорий DSM» [3]. Вслед за этим заявлением стали высказываться противоположные мнения, согласно которым DSM остаётся достаточно ёмкой основой для клинической работы [4]. Таким образом, с разделением мнений АПА и НИПЗ в психиатрической науке возникла острая проблема, заключающаяся в отсутствии единой теоретической структуры.

В психиатрии подобный кризис не только является угрозой, но и открывает новые возможности, и в данной статье мы укажем возможности, открывающиеся для психиатрической классификации в ходе текущих споров, исторический контекст которых указывает не на непоследовательность в науке, а, скорее, выражает наличие особенных и специфических задач, стоящих перед психиатрией.

В последних комментариях данные задачи рассматривались с точки зрения различных теоретических перспектив (см., например, источник 5). В данной статье мы проводим анализ длительного периода развития психиатрии на основе важных событий, произошедших в разные временные интервалы XX века – в его начале, середине и конце. Из событий каждого временного интервала можно извлечь множество уроков, необходимых для трансляции результатов исследований в клиническую практику. Мы абсолютно уверены в том, что данные уроки могут способствовать тому, что психиатрия станет трансляционной медицинской наукой XXI века.

ПЕРВЫЙ ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ: 1913 г. И ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЯСПЕРСА

Наш первый временной интервал представляет собой 1913-й год, в котором была опубликована «Общая психопатология» К. Ясперса [6]. Труд, к столетию которого не так давно было приурочено множество научных событий и публикаций [7], был написан Ясперсом в схожий с современным период быстрого развития нейронаук, «первую биологическую фазу психиатрии», и проблема, с которой он столкнулся, остаётся красугольным камнем трансляции и по сей день.

Будучи и психиатром и философом, Ясперс, занимаясь работой в области нейронаук, хорошо осознавал их потенциал [8], однако, считал, что их возможности стали чрезмерно переоцениваться. В частности, он был обеспокоен необходимостью понимания самой сути психических заболеваний, наряду с потребностью в раскрытии их этиологии с помощью наук, изучающих головной мозг [9]. В этом и заключалась суть проблемы, с которой столкнулся Ясперс. Трансляция результатов исследований в клиническую практику подразумевает под собой не что иное, как перенос объективных данных наук, изучающих головной мозг в полноценный мир повседневного субъективного опыта.

Недопущение «отдельных мифических утверждений»

Итак, каковы же уроки 1913-го года? Следует начать с того, что мы не должны недооценивать сложность имеющейся проблемы. Трансляция значений и причин, являясь проблемой теоретической, восходит корнями к глубинному первоначальному философскому вопросу – взаимоотношению между разумом и мозгом. С 1913-го года философы продвинулись в решении этой проблемы, достаточно продуктивно погрузившись в суть того, что в наши дни можно было бы назвать трансляцией субперсонального и персонального уровня функционирования [10]. Но, тем не менее, проблема, сама по себе, никуда не исчезла.

Учитывая тот факт, что мы имеем дело с особенно сложной проблемой, следует остерегаться требований разрешить её. Как шутил американский юморист Н.Л. Melken, «для каждой проблемы человека всегда имеется решение – изящное, убедительное и неправильное!» [11]. К сожалению, в психиатрии часто наблюдаются колебания между такого вида «решениями». Немецкий историк и психиатр Р. Нoff говорил, что история психиатрии представляет собой череду кризисов «отдельных мифических утверждений» [12]. Ясперс был обеспокоен тем, что в результате такого кризиса психиатрия после первой биологической фазы превратится в мифологическую науку, занимающуюся исключительно головным мозгом. Как мы уже отмечали, в наше время так же существуют основания для подобных опасений [13]. Более того, все наихудшие злоупотребления психиатрией основывались на отдельных мифических утверждениях, первоначально имевших благопристойную цель [14].

Если говорить о противостоянии будущим мифологическим утверждениям, то, по нашему мнению, проект RDoC выглядит весьма многообещающим. Insel связывает неудачную попытку трансляции результатов исследований, основанных на DSM, с тем, что в данной классификации повышенное внимание уделяется достоверности выявляемых симптомов [3]. К вопросу достоверности мы вернёмся в следующем разделе. Но, если предположить, что Insel прав, достоверность DSM по определению Noff уже стала ещё одним отдельным

мифическим утверждением. Структура RDoC, в свою очередь, была разработана с особенным стремлением создать открытую и всеобъемлющую систему, поддерживающую множественность исследовательских парадигм [15].

Ресурсы для плюралистического подхода

Однако, конечно же, одних хороших намерений может быть недостаточно. Тем не менее, ресурсов для обеспечения плюралистического подхода существует достаточно много. Новые науки, занимающиеся изучением головного мозга, разнообразны: от когнитивных и смежных с ними наук [16], с их потенциалом для вычислительных методов [17, 18], социальных и антропологических наук, с их доказанным трансляционным потенциалом теорий социальной конструкции значения в такие ключевые области, как лечение больных деменцией [19, 20], до инновационных применений «натурализованных» и других клинически реалистичных феноменологий [21, 22].

Тем не менее, при всём этом разнообразии существует риск, который заключается в том, что в попытке избежать безвыходного положения и очередного «мифического утверждения», психиатрическая наука может стать расколотой и фрагментированной, как это было в конце первой половины XX века [23]. Таким образом, нам следует перейти к урокам, которые можно извлечь из психиатрической науки середины XX века.

ВТОРОЙ ВРЕМЕННОЙ ИНТЕРВАЛ: 1959 г., СЪЕЗД ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В НЬЮ-ЙОРКЕ И СОЗДАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Теперь перенесёмся от времени Ясперса в 1959 год к проведённой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в Нью Йорке конференции, посвящённой психиатрической классификации. Именно этой конференции обязаны своим происхождением текущие классификации, основанные на симптомах – как МКБ, так и DSM. Но в привычном изложении истории происхождения МКБ и DSM отсутствует деталь, являющаяся ключевой для понимания того, как психиатрическая наука XXI века может избежать мифического мышления и фрагментации. В этой части мы статьи мы осветим историю конференции 1959 года в стандартной и пересмотренной версиях и рассмотрим, какие из неё можно извлечь уроки.

Обычно эта история излагается следующим образом [23, 24]. Целью проведения конференции в Нью Йорке было достижение международного соглашения по вопросам психиатрической классификации. Это являлось приоритетной задачей ВОЗ, поскольку царивший в то время в психиатрии нозологический хаос мешал её попыткам собрать надёжные эпидемиологические данные по уровню заболеваемости по всему миру. Таким образом, с целью получения рекомендаций по этому вопросу на данной конференции была собрана небольшая международная группа ведущих учёных.

На открытие конференции был приглашён выдающийся северно-американский философ и учёный С. Непел, задавший тон конференции своей лекцией о природе и предназначении научных классификаций. Опираясь на свою работу в области теории науки, называемой логическим эмпиризмом (форма позитивизма, [25]), Непел описал, как происходит прогресси-

рование наук от описательной до теоретической стадии. После этого он высказал предположение, что психиатрические классификации стали столь фрагментированными вследствие попыток создания классификаций психических заболеваний, основанных на теории, в то время как сама наука ещё находится на описательной стадии своего развития. Таким образом, достоверность (соответствие при применении) психиатрических классификаций может быть повышена при возврате назад от теории к описанию симптомов, по крайней мере, на некоторое время.

Согласно стандартной версии этой истории, участники конференции приняли точку зрения Nempel; ВОЗ была предложена описательная классификация [26]; был подготовлен новый, основанный на симптомах, глоссарий для МКБ-8 [27]; тот факт, что глоссарий имел успех при повышении достоверности психиатрической классификации, привёл к появлению первых полностью основанных на симптомах классификаций МКБ-9 [28] и DSM-III [29]; а, вследствие необходимости в достоверности, дескриптивный подход, основанный на симптомах, оставался основой для последующих изданий обеих классификаций, включая DSM-5.

Большая часть этой истории правдива. Однако, ключевой деталью, которая является источником урока, который можно извлечь из этой конференции для современной психиатрии, является тот факт, что переход к классификации, основанной на симптомах, был предложен не С. Nempel, а одним из присутствовавших на конференции психиатров, А. Lewis [30].

Из стенограммы данной конференции (опубликована в источнике [31]) становится ясно, что Nempel действительно подчёркивал важность повышения достоверности в психиатрической науке. Однако, в своей лекции он имел в виду повышение достоверности исследований в доминирующей в то время (в США) парадигме психоанализа. Возможный потенциал этого подхода в психиатрической эпидемиологии же был обнаружен Lewis, который, более того, отнюдь не испытывая уверенности в том, что подход, основанный на симптомах станет панацеей для исследователей, призывал к плюралистическому подходу. По словам Lewis, для «эпидемиологической работы» (в особенности, здесь имеется в виду работа ВОЗ) нам необходимо «избегать категорий, основанных на теоретических принципах и направить своё внимание на действенный, описательный (т. е., основанный на симптомах) вид классификации». В продолжение он сообщил, что для других целей, включая исследовательские, может подойти любая классификация, «основанная на работающей, эффективной теории» ([30], стр. 34).

Вышеописанная деталь из события 1959 года сама по себе свидетельствует о необходимости двустороннего взаимодействия философии и психиатрии [30]. К важности этого взаимодействия мы ещё обратимся ниже, а сейчас сфокусируем наше внимание на уроках, которые мы можем извлечь из конференции 1959 года, в отношении достоверности и валидности психиатрических классификаций.

Следует сохранять достоверность

Погружаясь в рассуждения о кризисе психиатрической классификации, важно не забывать о том, сколько положительных моментов в отношении достоверности было получено при переходе на классификации, основанные на симптомах. Для того времени, в которое психиатрия наконец-то выдвинулась в самостоятельную медицинскую науку, новый подход к классификации, отразившийся как в МКБ [28], так и в DSM [29] с готовностью был принят во многих странах.

Вполне естественно, что, когда чрезмерные надежды, возложенные на новые классификации, рухнули с осознанием их несоответствия ожидаемому, учёных постигло не меньшее разочарование. Insel выражает его в своём блоге следующим образом: «Сильная сторона каждого издания DSM заключалась в достоверности классификации... Слабой же стороной является недостаточная валидность» [3]. Защитники DSM, похоже, согласны с этим мнением. При определении «повестки для исследований DSM-V», D. Kupfer, M. First и D. Regier вели спор о том, что основная сила основанного на достоверности описательного подхода DSM заключается «не в его валидности, а в возможности улучшить контакт между клиницистами и исследователями» (32, стр. xviii). По их мнению, необходима «пока ещё неизвестная смена парадигмы», которая позволит «выйти за пределы ограничений, накладываемых текущей парадигмой DSM» (32, стр. xix).

Lewis, не говоря уже о Nempel, должны были отметить снижение достоверности при движении назад к нозологическому беспорядку, из которого психиатрия вышла благодаря результатам конференции в Нью Йорке в 1959 году. Это объясняется тем, что без достоверных наблюдений не может быть достоверных исследований, а без достоверных исследований не может быть и науки. В самом деле, в более поздних публикациях Lewis предупреждал об опасностях, с которыми может столкнуться психиатрия, отказываясь от научного наблюдения. В своём предисловии к МКБ-9 он подчёркивал, что не следует терять бдительность при охране «ворот наблюдения» психиатрии [33].

Таким образом, первый урок, который можно извлечь из конференции в 1959 г, заключается в том, что если мы не хотим вернуться к хаосу и фрагментированности, нам следует заботиться о создании достоверности, а не отдаляться от неё. Провал исследований, основанных на DSM, связан не с излишним доверием к достоверности классификации, а скорее с излишним доверием к достоверности описания симптомов. Пересмотренная история конференции, с учётом мнений Lewis и Nempel, вполне соответствует стремлениям RDoC. Как подчёркивают Insel и другие [15], RDoC не является классификацией. Его структура, сочетающая в себе симптомы с теорией, предназначена для ассимиляции результатов будущих исследований, что, при отходе от системы, основанной только на симптомах, как DSM, сделает возможным плюралистический подход как раз в том виде, в котором его имел в виду Lewis.

Но необходимо добавить валидность

Таким образом, события 1959 года затрагивают вопрос достоверности в качестве базиса для науки, основанной на наблюдении. Однако нигде не говорится о снижении валидности. Напротив, интерпретация Lewis мнения Nempel насчёт развития наук от описательной до теоретической стадии прямо противоположна совместному мнению Insel, Kupfer и соавторов (что видно из вышеприведённых цитат) о важности валидности.

Сложно дать определение тому, что означает валидность для науки. В своей лекции в 1959 году Nempel уделил достаточное внимание валидности, однако, это была скорее «техническая» информация, не оказавшая значительного влияния на последующее развитие психиатрических классификаций [30]. Сам по себе логический эмпиризм, ведущая теория Nempel, оказался далёк от последнего слова о природе науки. Он остаётся полезным источником идей, например, посредством часто неверно используемого (в психиатрии) понятия «операционализм» [25]. Но в вопросах валидности

новые идеи, как правило, связаны с философией науки, следовавшей за логическим эмпиризмом. Данная тема затрагивается в работе северно-американского учёного и философа А. Fine, в которой он демонстрирует, что даже в физике не существует золотого стандарта валидности. Критерии валидности в науке, напротив, задаются локально, «в зависимости от цели» [34].

В вопросах достоверности и валидности существует определённая взаимосвязь между пересмотренной нами историей с мнениями Lewis и Hempel и сегодняшним днём. Плюралистический взгляд Lewis на психиатрическую науку, основанный на теориях, которые должны быть «подходящими и действенными», схож с критерием валидности Fine (1999), устанавливаемым «в зависимости от цели». В нашем третьем временном отрезке мы откроем, что означает валидность «в зависимости от цели» для трансляционных исследований психиатрии XXI века.

ТРЕТИЙ ВРЕМЕННОЙ ОТРЕЗОК: 1997 г. И КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ КЛАССИФИКАЦИИ В ДАЛЛАСЕ (США)

Историческая важность конференции, организованной в 1997 году в Далласе северно-американским психиатром и философом J. Sadler, состоит в том, что на ней впервые собрались вместе для сотрудничества все группы заинтересованных в психиатрической классификации лиц, т. е., не только клиницисты и исследователи, но так же и пациенты и лица, осуществляющие уход за ними. Конференция в Далласе повлекла за собой проведение схожих конференций в Лондоне, проходивших при поддержке департамента здравоохранения Великобритании в сотрудничестве с ВОЗ, что, в свою очередь, привело к разработке совместной программы нормативов оценки психического здоровья [35].

В данном разделе мы аргументируем, почему тесное сотрудничество между клиницистами/исследователями и пациентами/лицами, осуществляющими уход за ними, является одним из ключевых в обеспечении валидности трансляционных психиатрических исследований. Психиатрия отличается от других медицинских наук тем, что в её фокусе находятся не функционирование отдельных систем человека (как, например, сердечно-сосудистой системы в кардиологии), а всё разнообразие, как выразился философ К. Wilkes «реальных людей» [36]. Мы рассмотрим, как разнообразие реальных людей отражается в трёх проблемах «трансляционной валидности», заключающихся в наличии спорных понятий, сложности имеющих симптомов и зависимости от значения.

Трансляционная валидность и спорные понятия психических болезней

Большую часть второй половины XX века психиатрию преследовал вопрос, что же, собственно, представляет собой по своей сути психическое заболевание. Этот вопрос не являлся новым: начиная с классических времен [37] среди различных культур [38] понятие психического заболевания имело множество различных объяснений, от медицинских до моральных (психологических). Однако, после скептического высказывания американского психиатра Szasz, согласно которому психические заболевания являются мифом [39], в 1960-х и 1970-х стало появляться значительное количество концепций психического заболевания [40], а споры касательно этих различных моделей продолжаются и по сей день.

В данной работе у нас нет возможности освещать плюсы и минусы всего разнообразия вышеупомянутых моделей (см. основные позиции в источнике 41). В целом сущность дискуссии заключается в обсуждении между различными «культурными слоями» психиатрии различных моделей, отражающих различные перспективы психических заболеваний с точки зрения представителей различных специальностей, связанных с охраной психического здоровья (медицинских, физиологических и социальных), а так же пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними. Но подобный ряд перспектив существует во всех областях медицины. Таким образом, главным действующим вопросом для валидности становится не «какой?», а «почему?», т. е. не какая из предложенных моделей является правильной, а почему имеются такие бурные дискуссии о психических заболеваниях и отсутствуют таковые о соматических заболеваниях.

Лица, критикующие психиатрию, склонны отвечать на вопрос «почему?», ссылаясь на трудности, возникающие при попытке дать определение [42]. Например, являются ли ожирение и потеря зубов заболеваниями? Мы полагаем, что на вопрос «почему?» лучше отвечать не в аспекте трудностей определения самого понятия психического заболевания, а с учётом трудностей, возникающих при необходимости применения интегрированного биопсихосоциального подхода. В отдельных областях медицины, таких, например, как кардиология, фокус на биологических факторах является залогом, по меньшей мере, хорошего оказания медицинской помощи. Приблизительно то же самое можно сказать и о неврологии, в той степени, в которой она является отдельной областью медицины. Но в психиатрии такой подход, подразумевающий отдельную систему, невозможен, поскольку реальные люди, обращающиеся за психиатрической помощью, являются по своей природе биопсихосоциальными системами.

Время от времени в клинической работе удаётся подчеркнуть важность интегрированного биопсихосоциального подхода, в котором различные культуры психиатрии объединяются для различных нужд пациента [43]. Если это удаётся в клинической работе, то почему это не может удасться в исследованиях? Такое исследование должно иметь в своей основе ресурсы плюралистического подхода («разум наряду с мозгом»), которые мы обсуждали в первом разделе. Таким образом, такое исследование будет подкреплено различными теориями, которые Lewis (раздел 2) характеризовал как «работающие и подходящие». Таким образом, это не является рецептом быстрых побед. Но такие исследования, соответствующие критерию «зависимости от цели» Fine (раздел 2) будут обладать, по меньшей мере, первоначальной трансляционной валидностью.

Трансляционная валидность и сложность психиатрических симптомов

Почему же в исследованиях подобного рода необходимо тесное сотрудничество между исследователями и пациентами/лицами, обеспечивающими уход за ними? Почему имеется потребность в более чем интегрированном подходе между исследователями с их методом познания путём обучения и представителями различных специальностей в области охраны психического здоровья – биологических, физиологических и социальных? Подобный интегрированный подход является достаточно сложным. Тогда, зачем же нам добавлять дополнительные сложности в тесное сотрудничество с пациентами и лицами, осуществляющими уход за ними?

Короткий ответ на этот вопрос заключается в том, что пациенты и лица, осуществляющие уход за ними, вносят свой вклад в познание путём обучения профессиональными исследователями своё собственное познание путём опыта. Здесь, разумеется, нет какого-либо жёсткого разделения. У многих профессиональных исследователей есть свой опыт в качестве пациентов и/или лиц, осуществляющих уход за ними, а у многих пациентов и лиц, осуществляющих уход, имеется опыт в тех или иных областях исследований. Соответственно, «более тесное сотрудничество» может быть осуществлено различными способами и на различных уровнях, в зависимости от запросов конкретного исследования [44]. В Великобритании сотрудничество при проведении исследования во всех связанных с охраной здоровья сферах в течение некоторого промежутка времени являлось нормой, несмотря на то, что продолжают вестись дискуссии о его пользе [45]. Однако, тот факт, что для успешной трансляции результатов исследования в области психического здоровья в клиническую практику, необходимо задействовать оба способа познания в той или иной форме, является следствием сложности самого понятия симптомов психического заболевания.

Здесь снова можно привести сравнение психиатрии с кардиологией. Так, клиническая картина стенокардии (боли в области сердца) схожа у всех пациентов. Таким образом, стенокардия является достаточно простым симптомом. Однако же галлюцинации, бред, навязчивости, депрессивные и другие симптомы психических расстройств широко варьируются по своей форме и содержанию среди различных пациентов, различных культур и различных исторических периодов. Помимо широкого разнообразия подобных симптомов существует так же ещё большая степень различия их индивидуальной оценки: например, одну и ту же галлюцинацию один человек может интерпретировать с медицинской точки зрения, а другой – с точки зрения души и духовности [46]. Действительно, сейчас стало широко известно, что галлюцинации часто встречаются среди здоровых людей [47], и именно поэтому в этой области так необходимо клинически объединить познание путём обучения и познание путём опыта [48].

Познание путём обучения, конечно же, может дать многое для изучения сложности психиатрических симптомов. Помимо стандартных опросных листов, получивших столь широкое распространение в современных психиатрических исследованиях, экспертами в различных областях исследований, отмеченных в конце первого раздела, исполняется целый спектр других методов, феноменологических и эмпирических, количественных и качественных.

Однако, учитывая тот факт, что при использовании подобных экспертами, получившими знания исключительно посредством обучения, проведение трансляции не удавалось, для успеха в науке следует обратиться к чему-то новому. Тесное сотрудничество определённо является важным шагом вперёд. Этот шаг основан на внедрении в практику включения пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними, в команды исследователей [45]. Такой шаг вперёд подразумевает под собой, как говорили Insel (для RDoC, [3]) и Kupfer и соавт. (для DSM, [32]), смену парадигмы. Более того, в настоящее время имеется всё увеличивающийся ресурс для более тесного сотрудничества в клинической работе и обучении (см., например, недавно пересмотренные в Великобритании национальные профессиональные стандарты по охране психического здоровья, [49]). Так почему же не попробовать совершить этот большой шаг по тесному сотрудничеству при проведении исследований?

Трансляционная валидность и зависимость от значения психического заболевания

Необходимость более тесного сотрудничества в трансляционных исследованиях имеет определённую границу, задаваемую значимостью психического заболевания и тем, как оно отражается в иногда радикально различающихся клинических исходах. Зависимость от значимости психического заболевания всегда имела различные теоретические интерпретации [50]. Если отбросить эти размышления, современный пример их практической значимости в отношении исходов лечения заключается в некоторой напряжённости, существующей между традиционным медицинским исходом – контролем над симптомами и «моделью выздоровления» (recovery), фокусирующейся на повышении качества жизни [51].

Здесь опять же следует отметить, что разница в этом отношении между соматическими и психическими заболеваниями заключается только в степени тяжести. В то же время, эта разница довольно значима. В соматической медицине контроль над симптомами и качество жизни обычно соответствуют друг другу (как при лечении стенокардии). Однако, в психиатрии эта взаимосвязь более сложная. Частично это связано с побочными эффектами, например, антипсихотические препараты позволяют контролировать психотическую симптоматику, однако, вызываемые ими побочные эффекты могут существенно ухудшить качество жизни пациента, снижая его способность работать и поддерживать близкие отношения с другими людьми. Тем не менее, остаётся открытым вопрос переоценки и недооценки психиатрических симптомов. Одна и та же галлюцинация может быть расценена как с медицинской, так и духовной точки зрения, и может восприниматься позитивно одним человеком и негативно – другим [52].

Ещё одним аспектом значимости психического заболевания является то, что, помимо очевидных отрицательных свойств, некоторые расстройства могут так же иметь и положительные свойства, например, улучшение когнитивных навыков в некоторых случаях. Данные положительные свойства оказывают влияние на качество жизни, поскольку, при желаемом исходе, они несут в себе определённые перспективы для трудоустройства. Например, тревога [53] и расстройства настроения [54] связываются с креативностью; людей с аутизмом постепенно начинают нанимать на работу в области ультрасовременных технологий, поскольку они обладают особыми когнитивными навыками [55]. Более того, существуют убедительные доказательства того, что при решении некоторых задач людям с психиатрической патологией присуща большая рассудительность, нежели здоровым людям [56]. Например, люди с шизофренией менее подвержены статистически нормальной, но, тем не менее, иррациональной склонности продолжать азартную игру при потере [57]; люди с аутизмом лучше, по сравнению с контрольной группой, логически обдумывают решения, связанные с финансовой прибылью, поскольку, в отличие от здоровых людей, они не испытывают отвлекающих эмоций [58, 59].

Существуют также и доказательства того, что бред и изменения в памяти, будучи симптомами психических и нейропсихологических заболеваний, часто рассматриваемые в качестве парадигматических примеров иррациональности, могут иметь свои преимущества в прагматическом и гносеологическом отношении. Бредовые идеи, представляя собой объяснение каким-либо ярким событиям, могут способствовать уменьшению тревоги и обеспечить нормальное протекание процессов обучения для восстановления и улучшения памяти после продромальной фазы психоза [60]. Искажения

памяти и конфабуляторные переживания могут помочь человеку с нарушениями памяти о лучше принять самого себя, что может оказать положительное влияние на его благополучие, настроение и социализацию [61, 62].

Это не является решающим аргументом в пользу более тесного сотрудничества при исследованиях, но, тем не менее, этот аргумент широко используется в политике и практике. Например, в Великобритании с помощью вышеупомянутых национальных профессиональных стандартов [49] проводится объединение производства и навыков стоимостно-ориентированной практики [63] как схожих ресурсов для оказания помощи, ориентированной на функциональное выздоровление (recovery). Первые шаги к более тесному сотрудничеству при исследованиях предпринимаются и в соматической медицине [64]. Стоимостно-ориентированная практика, оказывая влияние на дальнейшее сближение психиатрии и соматической медицины, уже начинает переноситься из области психического здоровья в другие области медицины и хирургии [65]. Таким образом, психиатрия может занять лидирующую позицию среди остальных областей медицины по развитию моделей сотрудничества на пути к преодолению сложностей, возникающих при трансляции.

ВЫВОДЫ

В данной статье мы осветили уроки, которые мы можем извлечь для будущих трансляционных исследований в психиатрии из трёх временных отрезков истории психиатрии XX века:

- Урок, который мы можем извлечь из 1913 года и Общей психопатологии Ясперса, заключается в том, что нам следует избегать простых решений («мифические утверждения» согласно Hoff), стремясь вместо этого к применению плюралистического подхода, использующего ресурсы наук, изучающих разум (включая социальные науки), и наук, изучающих мозг.
- Урок, который мы можем извлечь из 1959 года и зарождения современных, основанных на симптомах, классификаций в результате реакции Lewis на лекцию Hempel о логическом эмпиризме, заключается в том, что для плюралистического подхода, как и для любого другого, необходима достоверность (как база науки, основанной на наблюдении), но, помимо этого, нам так же необходимо добавить валидность, соответствующую задачам трансляционного исследования.
- Урок, который мы можем извлечь из 1997 года и конференции в Далласе, заключается в том, что одним из ключей к «трансляционной валидности», как мы её назвали, является более тесное сотрудничество в исследовании, объединяющее познание путём обучения и познание путём опыта. Подобное сотрудничество является достаточно сложным, и для него могут потребоваться различные формы, в зависимости от требований каждого конкретного исследования. Но его первостепенная значимость для специфических трудностей, возникающих при трансляции, таких, как сложность понятия психического заболевания, в особенности касательно разнообразия желаемых исходов лечения, очевидна.

Три вышеперечисленных урока – плюралистический подход, достоверность и валидность, а так же близкое сотрудничество между соответствующими структурами – в совокупности представляют собой перспектив-

ную основу для более эффективной трансляции исследований в практику в психиатрии XXI века.

Выбранные нами отрезки времени, конечно, не являются исчерпывающими для описания истории психиатрии XX века. Уроки, которые мы можем из них извлечь, направлены на то, чтобы мы продвигались вперёд, а не оглядывались назад. Более того, как мы показали, эти уроки применимы не только к психиатрии. Особенная трудность трансляции в психиатрии, по сравнению с другими областями медицины, связана, в первую очередь, с высочайшей сложностью нашей специальности. Мозг человека устроен значительно сложнее, чем, например, его сердце. Не менее для трансляции является чрезмерная сложность актуального опыта психического расстройства. Как мы отметили, анализируя третий временной промежуток, можно выделить как минимум три причины, по которым опыт переживания психического расстройства является более сложным, чем таковой из любой другой области медицины. Неудивительно, что в психиатрии процесс трансляции занимает значительно больше времени. Но, помня об уроках прошлого и учитывая множество открывшихся перед нами ресурсов, мы должны с уверенностью двигаться вперёд к грядущему успеху.

Благодарности

L. Bortolotti выражает благодарность за поддержку совету по искусству и гуманитарным наукам (номер гранта: АН/К003615/1).

Библиография

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
3. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
4. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. www.nimh.nih.gov.
5. Zachar P. A metaphysics of psychopathology. Cambridge: MIT Press, 2014.
6. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer-Verlag, 1913.
7. Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2013.
8. Broome MR. Jaspers and neuroscience. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2013:121-32.
9. Jaspers K. Causal and meaningful connexions between life history and psychosis. In: Hirsch SR, Shepherd M (eds). Themes and variations in European psychiatry. Bristol: Wright and Sons Ltd, 1974:80-93.
10. Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al. The next hundred years: watching our Ps and Q. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). The Oxford handbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2013:1-11.
11. Mencken HL. Prejudices; second series, 1920 (reprinted by Kessinger, Whitefish, 2006).
12. Hoff P. Die psychopathologische perspektive. In: Bormuth M, Wiesing U (eds). Ethische aspekte der forschung in psychiatrie und psychotherapie. Cologne: Deutscher Aertze-Verlag, 2005:71-9.
13. Lipowski ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither? *Can J Psychiatry* 1989;34:249-54.
14. Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychia-

- try. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:1-41.
15. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2013;13:28-35.
 16. Broome MR, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
 17. Selesnick SA, Owen GS. Quantum-like logics and schizophrenia. *J Appl Logic* 2012;10:115-26.
 18. Koralus P, Mascarenhas M. The Erotetic theory of reasoning: bridges between formal semantics and the psychology of deductive inference. *Phil Persp* 2013;27:312-65.
 19. Sabat SR, Harr_e R. The Alzheimer's disease sufferer as a semiotic subject. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:145-60.
 20. Sabat SR. *The experience of Alzheimer's disease: life through a tangled veil*. Oxford: Blackwell, 2001.
 21. Zahavi D. Naturalized phenomenology. In: Schmicking D, Gallagher S. (eds). *Handbook of phenomenology and cognitive science*. Dordrecht: Springer, 2010:2-19.
 22. Stanghellini G. *Deanimated bodies and disembodied spirits. Essays on the psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
 23. Kendell RE. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1975.
 24. Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA. Introduction. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994:1-15.
 25. Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Natural classifications, realism and psychiatric science. In: Fulford KWM, Thornton T, Graham G (eds). *The Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2006:316-83.
 26. Stengel E. Classification of mental disorders. *Bull World Health Org* 1959;21:601-63.
 27. World Health Organization. *Glossary of mental disorders and guide to their classification, for use in conjunction with the International Classification of Diseases, 8th revision*. Geneva: World Health Organization, 1974.
 28. World Health Organization. *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization, 1978.
 29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
 30. Fulford KWM, Sartorius N. A secret history of ICD and the hidden future of DSM. In: Broome M, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2009:29-48.
 31. Various contributors. Discussion. In: Zubin J (ed). *Field studies in the mental disorders*. New York: Grune and Stratton, 1961:23-50.
 32. 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.
 33. Lewis A. Foreword. In: World Health Organization. *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International classification of diseases*. Geneva: World Health Organization, 1978:5.
 34. Fine A. The natural ontological attitude. In: Boyd R, Gasker P, Trout JD (eds). *The philosophy of science*. Cambridge: MIT Press, 1999:261-77.
 35. National Institute for Mental Health in England (NIMHE) and the Care Services Improvement Partnership. *3 keys to a shared approach in mental health assessment*. London: Department of Health, 2008.
 36. Wilkes KV. *Real people: personal identity without thought experiments*. Oxford: Clarendon Press, 1988.
 37. Kenny AJP. Mental health in Plato's Republic. *Proc Brit Acad* 1969;5:229-53.
 38. Robinson D. *Wild beasts and idle humours*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
 39. Szasz TS. The myth of mental illness. *Am Psychol* 1960;15:113-8.
 40. Fulford KWM. Mental illness: definition, use and meaning. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of bioethics*, 3rd ed. New York: Macmillan, 2003.
 41. Bortolotti L. Rationality and sanity: the role of rationality judgements in understanding psychiatric disorders. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013:480-96.
 42. Fulford KWM. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
 43. Ghaemi NS. *The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.
 44. Wallcraft J, Schrank B, Amering M (eds). *Handbook of service user involvement in mental health research*. London: Wiley, 2009.
 45. Wykes T. Great expectations for participatory research: what have we achieved in the last ten years? *World Psychiatry* 2014;13:24-7.
 46. Jackson MC. Benign schizotypy? The case of spiritual experience. In: Claridge GS (ed). *Schizotypy: relations to illness and health*. Oxford: Oxford University Press, 1997:227-50.
 47. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
 48. Warnes A, Strathdee G, Bhui K. On learning from the patient: hearing voices. *Psychol Bull* 1996;20:490-2.
 49. *Skills for Health. Mental Health National Occupational Standards*. www.skillsforhealth.org.uk.
 50. Fulford KWM. Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of dysfunction. *J Abnorm Psychol* 1999;108:412-20.
 51. Slade M, Amering M, FarkasMet al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
 52. Jackson M, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:41-66.
 53. Stossel S. *My age of anxiety: fear, hope, dread, and the search for peace of mind*. New York: Knopf Books, Random House, 2013.
 54. Jamison KR. *Touched with fire: manic depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press, 1994.
 55. Hodson H. Rise of the autistic workforce. *New Scientist*, May 29, 2013.
 56. Craigie J, Bortolotti L. Rationality, diagnosis and legal recognition in psychiatry. In: Sadler J, van Staden W, Fulford KWM (eds). *Oxford handbook of psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press (in press).
 57. Brown JK, Waltz JA, Strauss GP et al. Hypothetical decision making in schizophrenia: the role of expected value computation and "irrational" biases. *Psychiatry Res* 2013;209:142-9.
 58. Tateno M. The understanding of cognitive abilities in Asperger's disorder by using a modified prisoner's dilemma game with a variable payoff matrix. *Am J Clin Med Res* 2013;1:75-6.
 59. De Martino B, Harrison N, Knafo S et al. Explaining enhanced logical consistency during decision making in autism. *J Neurosci* 2008;28:10746-50.
 60. Mishara A, Corlett P. Are delusions biologically adaptive? Salvaging the doxastic shear pin. *Behav Brain Sci* 2009;32:530-1.
 61. Hyd_en L, ı Orulv L. Narrative and identity in Alzheimer's disease: a case study. *J Aging Stud* 2009;23:205-14.

62. Fotopoulou A. False selves in neuropsychological rehabilitation: the challenge of confabulation. *Neuropsychol Rehab* 2008;18:541-65.
63. Fulford KWM. Values and values-based practice in clinical psychiatry. In: Gelder MG, Andreasen N, Geddes J (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:32-8.
64. James Lind Alliance. www.lindalliance.org.
65. Fulford KWM, Peile E, Carroll H. *Essential values-based practice: clinical stories linking science with people*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- DOI 10.1002/wps.20139