

# Смена парадигмы в психиатрической классификации: иерархическая таксономия психопатологий (HiTOP)

Уже неоднократно высказывалось мнение о том, что иерархический размерный подход к психиатрической классификации лучше согласует нозологию с данными о природной организации психопатологии<sup>1</sup>. Однако такие утверждения часто оспариваются на следующих основаниях: а) отсутствует консенсус между размерными моделями; б) категориальные диагнозы важны для принятия клинических решений.

Консорциум «Иерархическая таксономия психопатологий» (HiTOP) (<https://medicine.stonybrookmedicine.edu/HiTOP>) был основан психиатрами-нозологами для выработки консенсуса относительно размерной классификации, которая была бы более клинически информативной, чем традиционные диагностические системы (DSM и МКБ).

Группа ученых (на данный момент включающая 69 человек) проанализировала исследования, посвященные структуре психопатологии, и разработала консенсусную модель<sup>2</sup>. Получившаяся система решает проблемы условности границ расстройств (из-за которой некоторые случаи классифицируются как подпороговые) и ощутимой ненадежности традиционных диагнозов, предлагая размерное, а не категориальное определение психопатологий.

Система решает проблему гетерогенности расстройств, конструируя размеры на основании наблюдаемой ковариации симптомов, идентифицируя связанные конструкции. Система работает с коморбидностью, идентифицируя размеры высокого порядка, отражающие связи между размерами низкого порядка. Такая иерархия обобщает модели коморбидности и дает возможность на практике изучать и лечить проявления, общие для разных состояний. Важно то, что HiTOP охватывает как преходящие симптомы, так и стабильные дезадаптивные черты.

В иерархии HiTOP пять уровней. Она объединяет симптомы, проявления и виды неадаптивного поведения в симптоматические компоненты (например, бессонница) и неадаптивные свойства (например, эмоциональная лабильность). Они, в свою очередь, соединяются с близко связанными компонентами/свойствами в размерные синдромы, такие как вегетативная депрессия (включающая бессонницу, заторможенность, апатию и потерю аппетита)<sup>3</sup>. Похожие синдромы объединены в субфакторы, такие как размер дистресса, включающая в себя депрессию, генерализованную тревожность, посттравматический стресс и некоторые черты пограничного расстройства личности. Более масштабные сочетания синдромов формируют широкий спектр, такой как интернализированная размерность, состоящая из дистресса, страха, патологии питания и сексуальных проблем. Наконец, спектры могут быть сгруппированы в очень широкие суперспектры, такие как общий фактор психопатологии, отражающий характеристики, присущие всем психическим расстройствам.

Психопатологии в HiTOP организованы на основании статистического моделирования и валидационных исследований<sup>2</sup>, при этом HiTOP является феноменологической моделью и не включает непосредственно этиологию. Будет ли такой подход давать результаты значительно лучшие по сравнению с традиционными диагностическими системами? Есть две причины ожидать этого. Во-первых, размерные фенотипы показали по сравнению с категориальными диагнозами большую надежность и более сильную связь с валидаторами<sup>4</sup>, что говорит о лучшей информативности размерных описаний. Во-вторых, размеры полезнее в клинических исследованиях. HiTOP намного лучше, чем

традиционные диагностические системы, согласуется с генетической архитектурой психических расстройств и с влиянием факторов среды, таких как плохое обращение в детстве<sup>2,5,6</sup>. С помощью размеров HiTOP можно почти всегда объяснить долгосрочный хронический характер психопатологии<sup>7</sup>. Также HiTOP лучше традиционных систем объясняет функциональные ухудшения<sup>3</sup>. Более того, размеры HiTOP могут быть полезными при объяснении того, почему расстройства разных классов отвечают на одинаковое лечение (например, социальная тревожность и лечение антидепрессантами)<sup>5</sup>. Фактически, некоторые спектры уже стали успешно использоваться как цели для лечения<sup>8</sup>.

Еще один ответ на недостатки традиционных диагностических систем – это проект «Исследовательских критериев доменов» (RDoC), размерная классификация основных психологических процессов, могущих иметь отношение к психиатрическим проблемам. Инициатива RDoC нацелена на разработку нозологии, основанной на этиологии, с особым вниманием к конструктам, общим для разных видов и эмпирически привязанным к нервной системе. Также в проекте RDoC в первую очередь делается акцент на базовых уровнях анализа, а его трансляция в клиническую практику откладывается на будущее. HiTOP, напротив, разрабатывался для незамедлительного использования в клинических исследованиях и практике.

HiTOP может обогатить RDoC идентификацией клинических размеров, которые нужно изучить. С другой стороны, HiTOP – это описательная система, а RDoC может прояснить природу и валидность размеров HiTOP. Похоже, что некоторым размерам RDoC не хватает связности фенотипов, а их биология плохо прояснена, однако, сближаясь, эти модели могут в конечном итоге привести к единой нозологии со всесторонним пониманием психопатологии.

Кроме того, HiTOP поможет достичь немедленного улучшения клинической практики. Врачи часто отказываются от формальной диагностической процедуры, потому что, как считают многие, она мало чем помогает<sup>9</sup>. Предварительные данные говорят, что размерные модели могут быть более информативными, чем традиционные диагнозы, в процессе принятия клинических решений<sup>10</sup>. В действительности, размерные дескрипторы незаменимы в других областях медицины (индекс массы тела, артериальное давление, результаты лабораторных анализов и т. д.). В психиатрии у размерных показателей есть долгая история использования (например, опросники, рейтинги симптомов, тестирование интеллекта, нейропсихологические тесты).

На сегодняшний день HiTOP не используется на практике как завершенная система, в значительной степени она опирается на концепции и конструкции, заложенные в широко используемые размерные показатели. На деле, показатели, согласуемые с HiTOP (см. <http://psychology.unt.edu/hitop>), позволяют практикующим специалистам уже сейчас реализовывать многие аспекты системы.

Лучше всего использовать HiTOP поэтапно, начиная с краткой оценки шести спектров. Если в каких-то спектрах обнаружены проблемы, можно провести более объемные исследования размеров в этих доменах (в то время как другие домены не требуют дальнейшего изучения). Таким образом, диагноз на основе HiTOP представляет собой

характеристику соответствующих дименсий пациента. Несмотря на то что такие характеристики могут включать в себя большое количество шкал, они часто проще традиционных руководств с их сотнями кодов и многочисленными перестановками, возникающими из-за коморбидностей<sup>10</sup>.

Для принятия клинических решений требуется определение в дименсиях пороговых значений, которые будут указывать направление действий. Перед консорциумом HiTOP стоит цель эмпирическим путем определить такие пороговые значения, а что касается значений, основанных на статистических отклонениях, то они уже существуют (например, два стандартных отклонения над средним уровнем говорят о высокой степени тяжести).

Разумеется, HiTOP находится в процессе разработки. Предпринимаемые усилия направляются на включение в систему всех форм психопатологии, создание интегрированного подхода к измерению всех дименсий HiTOP и разработку подробного руководства по использованию этой системы для врачей. Еще очень многое предстоит сделать, но уже сейчас HiTOP можно использовать в разных ситуациях. Как минимум, она предлагает проект дименсиональной концептуализации фенотипов и индивидуальных пациентов. В конечном счете, от HiTOP ожидается, что она предложит маршрут для исследователей и врачей, который будет более информативным, чем традиционные диагностические системы.

**Roman Kotov<sup>1</sup>, Robert F. Krueger<sup>2</sup>, David Watson<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA;

<sup>2</sup>Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA;

<sup>3</sup>Department of Psychology, University of Notre Dame, South Bend, IN, USA

Перевод: Филиппов Д.С. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

(World Psychiatry 2018;17(1):24-25)

#### Библиография

1. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional approaches in diagnostic classification: refining the research agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2009.
2. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. J Abnorm Psychol 2017;126:454-77.
3. Waszczuk MA, Kotov R, Ruggero C et al. J Abnorm Psychol 2017;126:613-34.
4. Markon KE, Chmielewski M, Miller CJ. Psychiatr Bull 2011;137:856-79.
5. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Psychol Med 2009;39:1993-2000.
6. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF et al. Br J Psychiatry 2012;200:107-15.
7. Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV et al. Arch Gen Psychiatry 2001;58:597-603.
8. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR et al. JAMA Psychiatry (in press).
9. Taylor D. World Psychiatry 2016;15:224-5.
10. Verheul R. J Pers Disord 2005;19:283-302.

DOI:10.1002/wps.20478

## Шизотипия, шизотипическая психопатология и шизофрения

Термин «шизотипия» относится к личностной организации, которая, как предполагается, ответственна за латентное появление шизофрении и может стать причиной разнообразных состояний, связанных с шизофренией<sup>1,2</sup>.

Указанная личностная организация обусловлена некоторым количеством пока еще неизвестных генетических факторов, связанных с шизофренией, действующих на фоне полигенной уязвимости, а также воздействия среды (стрессов, эпигенетических изменений), континуально проявляется на фенотипическом уровне – от личностной патологии (шизотипическое, параноидное, избегающее и шизоидное расстройство личности) через субклинические психоподобные феномены (перцептивные aberrации, магическое мышление, нарушение референтности мышления, межличностная аверсивность) до клинически диагностируемой шизофрении.

Шизотипия может оставаться необнаруженной и незаметно проявляться, отклоняясь от эндофенотипов, связанных с шизофренией.

Вместе с тем шизотипия как латентный конструкт (личностная организация) находится в центре диатез-стрессовой теоретической модели, целесообразной для решения исследовательских задач при изучении психопатологии шизофрении (бредового расстройства, неуточненных психозов, шизотипического, параноидного и других личностных расстройств), а также предполагаемых эндофенотипов шизофрении, о чем я говорил в течение многих лет<sup>3-6</sup>.

Отметим, что использование термина «шизотипия» не ограничивается только теми клиническими проявлениями, которые связаны с шизотипическим расстройством личности<sup>2,5,6</sup>. Также этот термин не связан с определенным методологическим выбором, например психометрическим анализом на основе самоотчетов. Напротив, шизотипию

можно определить, используя различные подходы, такие как клиническая беседа, психометрические инструменты, оценка наследственного риска и/или лабораторные исследования. Шизотипическая личность может демонстрировать некоторые феноменологические свойства, связанные с шизотипическим расстройством личности наряду с другими феноменами<sup>6-8</sup>.

Множество авторов, включая Краепелин, Bleuler, Rado, Meehl, Gottesman и меня, приводят клиническое описание состояний, несущих отпечаток шизотипии и имплицитно ответственных за развитие шизофрении. Распространено мнение, что для объяснения возникновения признаков шизотипии в функционировании психики, нужно четко определить границы континуума предрасположенности к шизофрении (например, определить выраженный пороговый эффект или момент разрыва). Альтернативная позиция в отношении шизотипии исходит из того, что это вариант «здоровой» или «нормальной» личности, необязательно связанный с шизофренией. Однако исследователи шизофрении и шизотипической психопатологии в основном не считают, что шизотипия отражает здоровый психологический процесс.

Непсихотические шизотипические состояния (определенные с использованием клинической, лабораторной оценки и оценки риска наследственности) ассоциируются с широким спектром явлений, таких как постоянный дефицит внимания, дефицит рабочей памяти, нарушение плавных следящих движений глаз, относящиеся к шизофрении психометрические отклонения в Миннесотском многоаспектном личностном опроснике (MMPI), дефицит исполнительных функций, плохое выполнение антисаккадных задач, тонкие нарушения формального мышления, клинические шизотипические и параноидные черты личности,