

Классификация психопатологии: концептуальный и исторический контекст

Krueger и соавт.¹ в статье, опубликованной в этом номере журнала, рассматривают два различных подхода к классификации психопатологии. Я бы хотел подробнее рассмотреть концептуальный и исторический контекст этих подходов.

То, что авторы называют «официальной» нозологией (в наши дни представленной в США системой DSM-5²), стало результатом процесса, который начался с попыток классификации конца XVII в. – времени, когда в лечебницах Центральной и Западной Европы появилось большое количество пациентов. Основой для этой работы была ранее составленная классификация соматических заболеваний, на которую, в свою очередь, повлияли классифицировавшие животных и растения системы, стоявшие у начал зоологии и ботаники как описательных наук³. Я согласен с авторами статьи в том, что DSM испытала на себе влияние исторического контекста, но я отношусь к этому более позитивно, чем они.

Медицина постепенно развивалась в процессе формулирования общих синдромов, многие из которых, как становилось понятно позже, делились на более гомогенные элементы, впоследствии получившие название «расстройств», а в конечном итоге обозначенные термином «болезни». В психиатрии этот процесс шел медленнее и сложнее, по сравнению с другими областями медицины, но он по-прежнему отражает разумный подход, хорошо работающий при лечении пациентов. Насколько хорош такой подход для исследовательских целей – это другой вопрос.

Краткий исторический обзор показывает, что категории неразрывно сплетены с миром клинической медицины. Людям, нуждающимся в помощи, надо поставить диагноз, потому что в мире действуют ключевые дихотомии: лечить или не лечить, выписывать из больницы или госпитализировать, использовать определенный лечебный алгоритм или нет, выставить счет или нет, а если выставить счет, то за что конкретно. Разумеется, это не мешает количественным измерениям – главному в том нозологическом подходе, который защищают авторы статьи. Они слишком плотно вплетены в ткань медицины. Например, температура, пульс, уровень сахара в крови, количество лейкоцитов и минеральная плотность кости. Измерение этих показателей беспрепятственно сосуществует с миром диагнозов и почти повсеместно используется для оценки состояния здоровья и коррекции лечения.

Боюсь, что подоплекой диспута, развернувшегося вокруг проблемы континуума и категорий, является смешение «уровней», лежащих в основе физиологии/этиологии и клинической манифестации. Позвольте проиллюстрировать это с помощью «мысленного эксперимента»:

На крутой южный склон горы выпало много снега. Утром в ясном небе ярко светит солнце. Температура – классическая количественная переменная – на нижних слоях снежного покрова повышается, и постепенно, на протяжении всего утра, ускоряется таяние снега. Вдруг в середине дня снежный покров начинает сползать, что в итоге заканчивается грандиозной лавиной.

Этот пример иллюстрирует природный количественный процесс – таяние снега – и драматичный эффект при достижении порогового уровня. Если вы работаете спасателем в

горах, где бывают лавины, вам нужно понимать оба процесса.

Вернемся к медицине и представим себе бедренную кость с увеличивающейся деформацией – это количественная характеристика. В какой-то момент кость ломается с серьезными последствиями для здоровья. Представьте коронарную артерию, в которой холестериновые бляшки ухудшают кровоток. В какой-то момент и доставка кислорода упадет до критического уровня. Сердечная ткань начнет отмирать и произойдет инфаркт миокарда.

Я согласен с тем, что таксометрические методы предоставляют нам в лучшем случае довольно скромные обоснования для дискретных диагностических категорий в психиатрии. Но мне хочется внести в эту дискуссию другую, интересную перспективу – индивидуальный анализ. Когда мы видим лавину, пациента со сломанной ногой или инфарктом, нам сложно согласиться с тем, что важны только количественные процессы. Произошло нечто существенное и «категориальное», требующее немедленного вмешательства. Подумайте об этих коротких психиатрических зарисовках:

Индивидуум из группы риска, четыре недели назад прекративший принимать антипсихотики, в течение 48 часов перешел из непсихотического состояния в состояние психоза со слуховыми галлюцинациями и полностью захватившим его внимание персекуторным бредом.

Индивидуум, ранее болевший биполярным расстройством, в состоянии устойчивой ремиссии, после поездки с пересечением пяти часовых поясов проводит несколько ночей без сна и на следующий день у него начинается мания.

В переполненном ресторане вы видите, как ваш друг с паническим расстройством за одну минуту переходит из состояния спокойствия и собранности в состояние острого дистресса с потоотделением, одышкой, дрожью и страхом смерти.

Хоть и не всем психическим расстройствам свойственны такие резкие «лавинообразные» переходы, в клинической психиатрии это довольно распространенное явление, которое ставит под удар выводы авторов статьи о том, что существует мало оснований для того, чтобы рассматривать психические расстройства в категориальной перспективе.

Позвольте мне обратиться к совершенно другому вопросу. Меня беспокоит то, как авторы описывают работу над DSM: «групповые дискуссии и связанные политические процессы», манифестирование «социополитической динамики», провозглашение *ex cathedra* решений об окончательных диагнозах на основе «подразумеваемого авторитета и указов». Такой тон не поможет междисциплинарному дискурсу. Авторы полагают, что они – объективные ученые, а те, кто работал над DSM, в сравнении с ними, увязли в политическом дискурсе и действовали в условиях ограниченности старомодными предписаниями. Здесь не место подробно обсуждать эту тему, но любая организованная попытка создать научную классификацию затрагивает «социополитическую динамику». Читатели, думающие

иначе, могут поинтересоваться историей того, как Международный астрономический союз принимал решение об удалении Плутона из официального списка планет⁴.

Я хочу закончить обращением к теме стандартов диагностической валидации. Несколько упрощая, можно сказать, что Программа иерархической таксономии психопатологии (HiTOP) в своих типологических предложениях делает акцент на психометрических методах. Эти методы были основными в истории психологии, например в создании типологий личности и систем оценки различных когнитивных способностей. Поэтому есть смысл применять их в области психопатологии. Но этот подход существенно отличается от медицинской традиции, которой придается большое значение в DSM. Говоря просто, медицинская традиция требует таких диагнозов, которые много говорят нам о пациенте: протекание болезни, вероятная этиология, наилучшее лечение и т. д. Вокруг диагнозов строится наша литература, от когортных до рандомизированных контролируемых исследований.

Конкретную формулировку этой точки зрения в психиатрии впервые дали Robins и Guze⁵ с их списком валидаторов, с того времени существенно расширившимся. Со времени принятия DSM-III роль валидаторов в изменениях в диагностике хоть и неравномерно, но постоянно росла. В основном используются обзоры литературы с целью суммировать доступную информацию о валидаторах. На этих вопросах отдельно останавливался Комитет по научному обзору, оценивавший все предложенные изменения диагнозов DSM-5⁶. Изменения в DSM-5, разработанные Организационным комитетом Американской психиатрической ассоциации, имеют строго эмпирические обоснования⁷.

Неудивительно, что такие научные дисциплины, как психиатрия и клиническая психология, выработали разные подходы к созданию и анализу диагностических единиц / дименсий. Оптимальная форма связи между этими дисциплинами требует понимания сходства и различий в подходах, сильных и слабых сторон каждого подхода, признания обеими сторонами того, что они способны внести вклад в сложное дело разработки наилучшей психиатрической классификации.

Kenneth S. Kendler

Virginia Institute for Psychiatric and Behavioral Genetics and Department of Psychiatry, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

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

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

(World Psychiatry 2018;17(3):241-242)

Библиография

1. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
3. Kendler KS. Psychol Med 2009;39:1935-41.
4. Zachar P, Kendler KS. Philos Ethics Humanit Med 2012;7:4.
5. Robins E, Guze SB. Am J Psychiatry 1970;126:983-7.
6. Kendler KS. Psychol Med 2013;43:1793-800.
7. First MB, Kendler KS, Leibenluft E. JAMA Psychiatry 2017;74:115-6.

DOI:10.1002/wps.20549