

# HiTOP должна соответствовать требованиям использования МКБ, прежде чем сможет претендовать на ее замену

Как было описано Krueger и соавт.<sup>1</sup>, подход, применяемый Консорциумом по Иерархической таксономии психопатологии (HiTOP) в попытке выявить базисные измерения психопатологии, очень важен. Я согласен, в частности, с непосредственной важностью выявления связей между клиническими выражениями психопатологии, нейронными механизмами и геномной изменчивостью и полагаю, что HiTOP, в этом отношении, вносит важный вклад.

В то же время я не верю, что HiTOP может быть успешным, применяясь в качестве единственного подхода. Как и в случае с Исследовательскими критериями доменов (Research Domain Criteria – RDoC), проектом Национального института психического здоровья США (US National Institute of Mental Health – NIMH), представляется важным не преувеличивать значение HiTOP или делать вид, что она описывает систему классификации *как таковую*, которая будет способна заменить МКБ или DSM в любой момент в ближайшем будущем. Несмотря на то что NIMH вернулся к своему первоначальному заявлению<sup>2</sup>, уточняя, что RDoC на самом деле является основой для исследований<sup>3</sup>, в работе Krueger и соавт. совершается та же ошибка с HiTOP.

Эта статья также омрачена предвзятым повторением утверждения о том, что МКБ и DSM являются «основанными на консенсусе», «догматическими», «политическими» классификациями, в отличие от HiTOP, которая является «эмпирической» и «научной». Такие характеристики, хотя, возможно, и риторически полезны в продвижении нового подхода, на самом деле неточны, как, к примеру, с часто повторяемыми и ложными характеристиками DSM-I и DSM-II в качестве психоаналитических систем<sup>4</sup>, или первоначальные сообщения о RDoC, которые явно возлагали на DSM и косвенно на МКБ ответственность за отсутствие драматических прорывов в понимании этиологии психических расстройств и обеспечении надлежащего лечения<sup>2</sup>. Похожее принижение в этой работе «догматических», в отличие от «эмпирических», систем классификаций, как представляется, основывается, весьма сомнительно, на фактах, что: а) МКБ-11 и DSM-5 (как и RDoC)

спонсируются организациями; б) экспертные рабочие группы разработали первоначальные предложения о внесении изменений в предыдущие версии классификаций; в) существовал институциональный спрос на некоторую степень преемственности разных версий.

Что касается первого пункта, развитие и поддержание международных классификаций в области здравоохранения и стандартизации диагностических процедур являются основополагающими конституционными функциями, возложенными на Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) в рамках международного соглашения 194 стран-участниц. Непонятно, почему «консорциум», не имеющий четкой формальной структуры управления или ответственного учреждения, делал бы HiTOP изначально лучшей классификацией в отношении этих задач. Что касается второго пункта, то явное обвинение рабочих групп как МКБ-11, так и DSM-5 заключалось в проведении достаточно тщательного анализа состояния имеющихся фактических данных. Однако Krueger и соавт. правы в том, что возможности преобразования классификаций были до некоторой степени ограничены принятием *априорных* элементов имеющейся структуры, таких как существование расстройств настроения и тревожных расстройств в качестве отдельных групп.

Большинство результатов, представленных в работе в поддержку иерархических измерительных моделей HiTOP, основаны на наборе взаимосвязанных методов, включая таксометрический анализ, анализ латентных классов, кластерный анализ и факторный анализ. В то время как они могут представлять собой мощные и сложные статистические инструменты, они не служат истине, как Венера, выходящая из пены (отсылка к картине «Рождение Венеры». – Прим. перев.). Они по-прежнему требуют интерпретации экспертов. Тот факт, что структура управления HiTOP и заданные критерии оценки не являются очевидными или явными (по крайней мере, на основании этой работы), не означает, что доказательства не обобщаются и не интерпретируются на основе экспертных суждений.

Что касается ВОЗ, требование о явной преемственности между МКБ-10

и МКБ-11, как минимум в форме четкой перекрестной связи, основывается на одной из основных целей МКБ – обеспечить основу для сбора и представления статистических данных в сфере здравоохранения, равно как и на необходимости в лонгитюдной глобальной, национальной и местной медицинской информации. Правительства стран – участниц ВОЗ все шире интегрируют МКБ в клинические процессы и вопросы, связанные со страховым покрытием и возмещением стоимости медицинских услуг, с социальными услугами и сферой назначения пособий по нетрудоспособности<sup>5</sup>, и также заинтересованы в непрерывности медицинской информации и длительном применении законов и существующих правил. Как бы то ни было, в этой работе прослеживается недостаточное ознакомление с функционированием ВОЗ и целями МКБ-11. Несмотря на то что Krueger и соавт. в своих негативных характеристиках описывают и МКБ-11, вся конкретная информация в этой работе о «традиционных», «догматических» классификациях взята из DSM-5. Это, возможно, отражает тот факт, что только десять из 45 авторов статьи родом не из США, а из развивающихся стран в этом списке нет ни одного автора.

На самом деле ВОЗ не «утверждает, через традиции и общепризнанный авторитет, что психопатологические симптомы организованы в дискретные диагностические образования». Не так давно мы четко и подробно писали о том, что измерительные подходы лучше соответствуют наблюдаемым данным<sup>3</sup>. Категориальная природа МКБ является необходимой для ее применения в мировой статистике здравоохранения и во многих случаях ее использования в клинических условиях (например, право на получение, выбор лечения). В большинстве стран оказание медицинских услуг, за исключением периодических осмотров и профилактических услуг, возможно лишь при условии наличия надлежащего диагноза. Другие существенные решения, как правило, являются категориальными (да/нет); даже если информация, которая лежит в их основе, является измерительной, должно быть установлено пороговое значение. Включение психических расстройств в МКБ способ-

стует координации с классификацией других расстройств, а также поиску схожих механизмов этиологии, патофизиологии и коморбидности болезненных процессов. Это также служит основой для равенства психических расстройств с другими видами состояний здоровья<sup>5</sup>. Психические расстройства в МКБ-11 должны следовать тем же структурным и таксономическим правилам, что и остальные классификации.

В рамках ограничений, связанных с категориальной системой, в МКБ-11 проделана значительная работа по интеграции размерных конструкций в классификацию психических расстройств, что стало возможным за счет особых конструктивных нововведений по сравнению с МКБ-10. Одним из примеров, обсуждаемых в статье, является включение размерной классификации расстройств личности<sup>6,7</sup>. Аналогичным образом, формы шизофрении по МКБ-10 (например, параноидная, гебефреническая, кататоническая) были заменены рейтинговой оценкой симптомокомплексов (например, позитивных симптомов, негативных симптомов, когнитивных симптомов), которые могут быть применены ко всем первичным психотическим расстройствам<sup>8</sup>. Категория тревожной депрессии, базирующаяся на двух коррелирующих, но различных измерениях, была включена в версию классификации психических расстройств МКБ-11 для учреждений первичной

медицинской помощи<sup>9</sup>. Эти нововведения подтолкнули МКБ-11 в направлении, предусмотренном HiTOP, но вполне возможно, что они могут рассматриваться как подход более сложный, чем чисто категориальный, который они заменяют, что может вызвать сопротивление среди врачей и систем здравоохранения.

Хотя ВОЗ, как представляется, напрямую сталкивается с этой проблемой в рамках структурных и таксономических ограничений МКБ, существует значительный объем информации, который HiTOP может принять к сведению для облегчения дальнейших преобразований такого рода. Если предположить, что были определены корректные измерения, все еще необходимо проделать большую работу, чтобы перевести результаты исследований, полученные на групповом уровне, в показатели и границы, которые являются прогнозируемыми на индивидуальном уровне<sup>3</sup>. Несмотря на то что Krueger и соавт. утверждают «большую относительную практическую и эмпирическую точность непрерывных концептуализаций психопатологии», очень мало работы было проведено в целях разработки инструментов, которые могут быть продемонстрированы в качестве надежной основы для принятия медицинских решений в конкретном случае.

Любая размерная система, которая будет стремиться заменить «догматические» классификации,

должна будет продемонстрировать, что она подходит для выполнения всего ряда функций, для которых в мире используется МКБ.

### Geoffrey M. Reed

Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Мнение, выраженное в этом комментарии, является личным мнением автора и не обязательно отражает официальные взгляды или позицию ВОЗ.

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А.

(World Psychiatry 2018;17(3):296-298)

### Библиография

1. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
2. Insel T. Transforming diagnosis. <https://www.nimh.nih.gov>.
3. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R et al. Psychol Sci Public Interest 2017;18:72-145.
4. Cooper R, Blashfield RK. Psychol Med 2016;46:449-56.
5. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
6. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Lancet 2015;385:717-26.
7. Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF et al. Personal Ment Health 2018;12:82-6.
8. Gaebel W. Schizophr Bull 2012;38:895-8.
9. Goldberg DP, Reed GM, Robles R et al. J Affect Disord 2017;213:199-206.

DOI:10.1002/wps.20560

## «Выплеснуть ребенка вместе с водой из ванны»? Концептуальные и методологические ограничения подхода HiTOP

Более сложные исследования размерной и иерархической структуры психопатологии высшего порядка стали захватывающим дополняющим способом разработки улучшенной классификации психических расстройств и снижения артефактной коморбидности.

Впечатляющая работа Консорциума по Иерархической таксономии психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP), изложенная в их программной статье<sup>1</sup>, свидетельствует о значительных достижениях по сравнению с предыдущими предположениями и подчеркивает потенциал таких подходов не только для улучшения будущих классификационных моделей с повышенной прак-

тичностью для исследований и практики, но и для разработки усовершенствованных психометрических инструментов оценки психопатологических показателей. Однако, поскольку на первый взгляд такой подход может показаться впечатляющим, необходимо указать на ряд ограничений, которые предостерегают от использования этой модели.

На концептуальном уровне мы подчеркиваем, прежде всего, что коморбидность является не «проблемой», а клинической характеристикой пациентов, значимой для их лечения и ведения<sup>2</sup>. Убеждение в том, что люди страдают только от одного основного состояния, неправдоподобно и вводит в заблуждение. Ценность подхода

Консорциума HiTOP может заключаться в уменьшении определенной степени так называемой «артефактной» коморбидности, возникающей из-за перекрывающихся критериев, существующих в современных классификационных системах.

Во-вторых, предложенная иерархическая структурная модель имеет серьезное ограничение: она основана почти исключительно на традиционных инструментах оценки (размерные шкалы, интервью), используемых в одномоментных исследованиях. Оставляя в стороне обширный спектр присущих им общих психометрических проблем, мы подчеркиваем, что такие шкалы просто отражают субъективно-словесный «моменталь-