

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 здоровья⁵. 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^{6,7}. 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 расстройствам⁸. Категория тревожной депрессии, базирующаяся на двух коррелирующих, но различных измерениях, была включена в версию классификации психических расстройств МКБ-11 для учреждений первичной

медицинской помощи⁹. 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 уровне³. 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 статье¹, 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 ведения². 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-

ный» (snapshot) «снимок» уровня дистресса в связи с симптомами, о которых человек сообщает во время обследования. Хотя такой «снимок» и может быть необходим для первого «субъективного» (impressionistic) этапа синдромальной диагностики, он, безусловно, не позволяет принять решение о диагнозе и соответствующем лечении без учета анамнеза пациента (например, депрессивные синдромы не могут быть приравнены к диагнозу большой депрессии, или даже любого аффективного расстройства, или диагнозу психического расстройства вообще).

В-третьих, подход HiTOP не освещает должным образом природу психических расстройств как дисфункций – до сих пор недостаточно понимаемых – основных психологических процессов, а также связанных с ними «небольших отклонений» (perturbations) в функционировании мозга на клеточном и системном уровне³. Первые участвуют в проявлении поведенческих, когнитивно-аффективных и соматических симптомов, используемых в настоящее время для определения психических расстройств. А «небольшие отклонения» (perturbations) лучше всего описываются как различные типы периодически возникающих дисфункций в сложных структурно-функциональных нейронных цепях, участвующих в обработке информации и регуляции эмоций.

Выявление общих причинно-следственных связей имеет ключевое значение для совершенствования диагностической системы. Они позволяют выявить факторы и механизмы, ответственные за возникновение, прогрессирование и поддержание психических расстройств. Предлагаемые модели, основанные на таких механизмах, служат руководством для совершенствования методологий исследований и разработки более эффективных вмешательств, направленных на прерывание причинно-следственных связей³.

Многообещающими примерами являются исследования психозов. В рамках моделей клинического стадирования могут быть оценены состояния риска или симптоматические состояния пациентов для получения целевых мероприятий, охватывающих период от первичной выборочной профилактики в бессимптомных подгруппах (стадия 0), в группах высокого риска (1-я стадия), в начале лечения при первом эпизоде (2-я стадия) или рецидиве психотических пациентов (3-я стадия), до поддерживающей терапии пациентов с непрерывным течением расстройств (4-я стадия)⁴.

Подобные модели существуют также для других аспектов психопатологии, таких как тревога, депрессия или употребление психоактивных веществ, обеспечивая конкретное руководство по ранним целевым вмешательствам. В модели «прогрессирование симптомов – развитие коморбидности»^{3,5} делается акцент на ранних признаках и симптомах страха и тревоги в развитии психопатологии и проводится стадирование, основанное на «коморбидном» развитии симптомов от ограниченных проявлений, наблюдающихся в детстве, до более сложных диагностических сочетаний (множественные тревожные расстройства, коморбидная депрессия и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ), возникающих позже в подростковом или взрослом возрасте. Помимо целого ряда факторов уязвимости на различных уровнях и в различные периоды развития, первоначальное психопатологическое расстройство само по себе влечет за собой причинно-следственный каскад (например, усиление эмоционального снижения и пассивности из-за депрессии, способствующей избеганию)⁶. Данная модель оказывает прямое влияние на разработку терапевтических и профилактических мероприятий.

Таким образом, первый нюанс таксономий высшего порядка, аналогичных предложенным консорциумом HiTOP, заключается в том, что они, в лучшем случае, дополняют описательные доказательства, которые могут оказаться полезными в снижении артефактной коморбидности. Однако они не отражают истинно динамического характера развития психических расстройств и даже могут служить препятствием для разработки более эффективных вмешательств, направленных на причинно-следственные связи.

Что касается *методологических ограничений*, то здесь мы не ссылаемся на многочисленные математические и статистические ограничения размерных и иерархических подходов высшего порядка, требующих осторожности^{7,8}. Помимо этого, наиболее убедительные доказательства против таких моделей поступают из проспективно-продольных исследований, выявляющих неустойчивость предполагаемой структуры и спектров высшего порядка с течением времени⁷. Вдоль оси развития структура измерений высшего порядка существенно изменяется как внутри факторов, так и вдоль спектров. Предположение о том, что такая нестабильность может быть вызвана ограниченной надежностью оценок, является неправдоподобным и, фактически, также противоречит таким моделям высшего порядка в целом.

Кроме того, утверждение о том, что размерные измерения являются более выгодными в сравнении с категориальными данными, тривиально. Они просто предоставляют больше информации и поэтому предпочтительны при любом подходе⁹. Предположение, что иерархические структурные модели, основанные на размерных данных, могут сами по себе привести к улучшению классификации психических расстройств и «решить проблему коморбидности», сравнимо с «выплескиванием ребенка с водой из ванны» и затеняет важные вопросы, учитывая лежащие в основе предположения и отсутствие соображений в области развития. Это не делает недействительными дополнительную полезность и потенциал таких подходов, но предполагает, что эти модели, в лучшем случае, дополняют другие принципы и источники доказательств.

Несомненно, что по сравнению с предыдущими, более простыми, моделями модель HiTOP имеет большую широту и специфичность, например спектры для расстройств мышления и отрешенности (detachment). Однако расширения также вызывают новые несоответствия, такие как повышение «дистанции» между внутренними и внешними измерениями, хотя внешние расстройства могут включать предшествующие внутренние механизмы (и наоборот). Более того, насколько бы привлекательным и впечатляющим ни было визуальное изображение новой таксономии психопатологии, использование новых слов для обозначаемых ранее другим способом понятий может увеличить риск того, что уже установленные результаты исследований не будут учтены в будущем.

Кроме того, «соматоформные» диагнозы (исключенные из DSM-5) вновь вводятся при отсутствии обоснования. Этот конкретный кластер также служит примером того, как трудно (даже кросс-секционно) обнаружить общую взаимосвязанную структуру психопатологии. Соматоформные синдромы дифференцированно (т. е. по полу и возрастной группе) связаны с широким спектром состояний, которые разбросаны по модели HiTOP (тревога, психоз, гипомания, посттравматическое стрессовое расстройство и многие другие диагнозы, не упомянутые в данных рамках)⁷, что затрудняет реализацию этой модели.

Таким образом, размерные и иерархические модели психопатологии высшего порядка, такие как амби-

циозная модель HiTOP, являются, в лучшем случае, дополнительным способом разработки улучшенной классификации психических расстройств для исследований и практики. Их потенциальная ценность заключается в снижении артефактной коморбидности и получении улучшенных инструментов психометрической оценки для поперечных исследований.

Тем не менее HiTOP дает мало конкретных указаний в направлении к нашей конечной цели, а именно – к классификации психических расстройств на основе причинных факторов и механизмов, участвующих в первоначальном развитии психопатологических изменений и их прогрессировании с течением времени. Присущая ей слабость по-прежнему заключается в повышенном внимании к поперечным данным о психопатологии и в игнорировании динамических путей развития

и дифференциально-диагностических вопросов, связанных с лечением и ведением пациентов.

Hans-Ulrich Wittchen^{1,2}, Katja Beesdo-Baum^{1,3}

¹Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany;

²Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Germany; ³Behavioral Epidemiology, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2018;17(3):298-299)

Библиография

1. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.

2. Fava GA, Tossani E, Bech P et al. Int J Methods Psychiatr Res 2014;23:92-101.
3. Wittchen H-U, Knappe S, Andersson G et al. Int J Methods Psychiatr Res 2014;23:28-40.
4. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16:251-65.
5. Shear MK, Bjelland I, Beesdo K et al. Int J Methods Psychiatr Res 2007;16(Suppl. 1): S52-64.
6. Beesdo K, Bittner A, Pine DS et al. Arch Gen Psychiatry 2007;64:903-12.
7. Wittchen H-U, Beesdo-Baum K, Gloster A et al. Int J Methods Psychiatr Res 2009;18:189-203.
8. Wittchen H-U, Beesdo K, Gloster AT. Psychol Med 2009;39:2083-9.
9. Wittchen H-U, Höfler M, Gloster AT et al. In: Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. (eds). The conceptual evolution of DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing, 2010:119-43.

DOI:10.1002/wps.20561

Диалектика качества и количества в психопатологии

Krueger и соавт.¹ представили оригинальный и многообещающий взгляд на вечное разделение категориального и дименсионального подходов к концептуализации и классификации психопатологических феноменов.

В письме от имени недавно учрежденного Консорциума по Иерархической таксономии психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP) критикуется «официальная нозология», особенно иллюстрируемая в DSM-5. Последнее издание критикуется за «авторитарность», руководимую психиатрами, и зависимость от «социополитических» взглядов в сохранении и преподнесении безапелляционных воззрений на психопатологию как на состоящую из дискретных научно обоснованных объектов или таксонов. В противоположность этому, авторы подчеркивают значительные практические преимущества принятия альтернативных взглядов на психопатологию как континуума количественных вариаций, которые могут быть иерархически организованы в несколько спектров высшего порядка и дименсии.

Krueger и соавт. утверждают, что недавние исследования методологически превосходят предшествующие, воодушевленно поддерживая количественно-дименсиональную модель психопатологии, и считают, что последняя подходит для повсеместного внедрения в клиническую практику. Они настаивают на помещении этой

модели классификации психопатологии на «эмпирическую площадку» вместо увековечивания «традиционной» нозологии, представленной ревизией DSM.

Множество доказательств в пользу этих планов происходит из сравнительного количественного обзора опубликованных таксометрических исследований Haslam и соавт.². Этот обзор основывается на детальном исследовании и вторичном анализе 177 статей, которые в сумме сообщают всего о 39,9% таксономических результатов. Как бы то ни было, авторы приходят к выводу, что после статистического контроля смещения «истинная» распространенность таксономических находок составила лишь 14%, включая преимущественно домены шизотипии, аутизма и расстройств зависимости. Они утверждали, что историческое улучшение в методологии качественных таксометрических исследований, особенно использование симулированного сравнения данных и приближения с помощью кривых, способствовали заметному снижению таксономических находок.

Существует две возможные опасности этого метода аргументирования. Во-первых, чистый статистический анализ и интерпретация информации не заменят хорошо разработанного реального сравнительного исследования клинической популяции, оцениваемой как согласно иерархической

дименсиональной модели, так и «традиционной» категориальной нозологии МКБ-10 и DSM-5. Конечные критерии в таком гипотетическом исследовании должны включать выбор лечения, прогноз, функциональный статус участников.

Мое второе предостережение касается применимости количественной дименсиональной схемы к основной массе психотических расстройств (косвенно упомянутых в статье Krueger и соавт.). Исторически эволюция классификаций этих расстройств прошла путь, противоположный таковому для непсихотических расстройств. Теория «единого психоза» доминировала в европейской психиатрии с середины XIX в. и ассоциируется с именами своих сторонников – А. Zeller и его первых критиков – W. Griesinger и K. Kahlbaum. Она постулировала наличие континуума различных стадий единого болезненного процесса, завершающегося, в конечном итоге, полным распадом психических процессов. Оно противоречило истокам, в которых Е. Kraepelin синтезировал три предшествовавших объекта – гебефреническую, кататоническую и параноидную дименсию – в единую концепцию и предложил в 1896 г. дихотомию унитарного спектра в дискретные объекты: раннее слабоумие и маниакально-депрессивный психоз. Описанная в 1908 г. Е. Bleuler шизофрения далее стала фигурировать как «группа