

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

шизофрений», разбитая К. Leonhard на систематизированные и несистематизированные формы, каждая из которых содержала много отдельных подтипов.³ Примечательно, что недавно возрожденная модель континуума психических расстройств⁴ была раскрытирована как «научно не доказанная и клинически непрактичная»⁵.

В таком случае я должен изложить свою собственную точку зрения на проблему: может ли классификация психических расстройств быть биологически надежной? Это сомнительно, по крайней мере, в обозримом будущем, поскольку: а) объекты, классифицируемые в психиатрии, являются пояснительными концепциями, т. е. абстрактными объектами, а не физическими организмами; б) таксономические единицы «расстройств» в DSM-IV, DSM-5 и МКБ-10 не образуют иерархию; в) настоящая психиатрическая классификация не содержит экстраординарных, высокоуровневых или организующих концепций. Оставив в стороне неприятный вопрос валидности категорий, критерии для оценки психиатрических классификаций должны в действительности быть сфокусированными на прагматичности их клинической актуальности и полезности⁶: это способность различать синдромы и степени их выраженности у индивидуальных пациентов; адаптиро-

ванность к различным популяциям и культурным особенностям; надежность; интуитивная простота применения и снижение стигматизации. Я предполагаю, что количественный/дискреционный и таксономический/дискретный подходы классифицирования психических расстройств будут оставаться диалектически взаимосвязанными, как «инь» и «янь».

Методологический инструментарий, в высшей степени подходящий для эмпирических исследований, – это шкала анализа математической принадлежности скрытых структур⁷ (GoM), которая позволяет объединять клинические и/или нейрокognitive измерения в компактные числа «чистых типов» (таксонов), которые отражают неопределенные наборы, а не дискретные категории, и устанавливает для каждой индивидуальное количественное аффинитивное значение, индексируя степень его/ее степень сходства с каждым из таксонов. Моя исследовательская группа использовала GoM для разделения больших когорт пациентов с шизофренией на подтипы, основанные на нейрокognitive показателях, и устанавливала принадлежность каждого пациента к какому-либо таксону⁸.

Мне напомнили постулат Гегеля⁹ о переходе («фазовый сдвиг») количественных изменений в качественные, а

затем к новому качеству. Это резюмирует мои впечатления о стимулирующей аргументации, представленной в работе Krueger и соавт.

Assen Jablensky

Division of Psychiatry, University of Western Australia School of Medicine, Perth, WA, Australia

Перевод: Копин А.В. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2018;18(3):300-301)

Библиография

1. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
2. Haslam N, Holland E, Kuppens P. Psychol Med 2012;42:903-20.
3. Leonhard K. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. Wien: Springer, 1999.
4. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. Psychol Med 2009;39:179-95.
5. Lawrie SM, Hall J, McIntosh AM et al. Br J Psychiatry 2010;197:423-5.
6. Kendell R, Jablensky A. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
7. Woodbury MA, Manton KC. Soc Methods Res 1978;18:126-63.
8. Hallmayer J, Kalaydjieva L, Badcock J et al. Am J Hum Genet 2005;77:468-76.
9. Hegel GWF. Phenomenology of spirit. Oxford: Oxford University Press, 1977.

DOI:10.1002/wps.20562

После провала DSM: клинические исследования психиатрического диагноза

Начиная с 1980 г. и по настоящее время клинические испытания психиатрических диагнозов проваливаются. В эпоху DSM-III клинические испытания нозологии были неактуальны. Несмотря на заявления, выдвинутые в 1980 г. вместе с DSM-III, диагностическая надежность не привела к диагностической достоверности, поскольку надежность становилась самоцелью. Психиатрическое профессиональное сообщество поздравило себя с принятием консенсуса в вопросе определения диагнозов и отказалось от дальнейших изменений. Такое положение дел сохранялось в период разработки и внедрения DSM-IV, внесение каких-либо коррективов случалось редко, было обосновано, как правило, изменением общественного мнения и не было подтверждено в ходе реплицируемых научных исследований. Даже незначительные изменения встречали яростное сопротивление, несмотря на

разумные научные данные в их поддержку¹.

Грубо говоря, самым серьезным препятствием для научного прогресса был и остается принцип диагностической систематики DSM. В 1980 г. классификация DSM-III представлялась продвинутой и способствующей развитию психиатрии, предложив четкие критерии заболеваний для объективизации исследований. Сейчас оказывается, что DSM-5 основывается на научно не обоснованных определениях, которые профессиональное сообщество отказывается приводить в соответствие с научными исследованиями.

Такую точку зрения можно назвать еретической, поскольку она все еще не принимается Американской психиатрической ассоциацией (APA). Тем не менее не вся американская психиатрия согласна с APA. Руководство Национального института психического здо-

ровья США (US National Institute of Mental Health – NIMH) решительно критиковало DSM-5 после публикации и объявило, что больше не будет финансировать исследования с использованием критериев DSM. Вместо этого руководство NIMH предложило альтернативный подход к исследованиям с использованием Исследовательских доменов критериев (Research Domain Criteria – RDoC).

Основная проблема этого подхода заключается в том, что он вообще отказывается от клинических исследований диагноза, утверждая, что исследования должны начинаться с концепций, основанных на патологии мозга. Обе крайности сомнительны: подход DSM является клиническим, но ненаучным; подход NIMH является научным, но не клиническим. Профессия по-прежнему ожидает научного подхода к клиническим испытаниям критериев диагнозов.