

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.

В статье Krueger и соавт.² предлагается возможный выход из этого сложившегося затруднительного положения. Ключевые лидеры консорциума приняли участие дискуссии для преодоления разногласий относительно личностных черт и расстройств личности в DSM-5³. Полагаясь на результаты научных работ, они настаивали на изменении концепции расстройств личности в пользу диагностики личностных черт. Их идея провалилась. Теперь они инициировали создание консорциума для проведения и продвижения эмпирической теории в психиатрии. Этот проект давно назрел.

Современная дилемма была предсказуемой. Вспомним ранних критиков DSM, таких как Н. van Praag. В 1993 г., когда процесс внедрения DSM-IV шел полным ходом, он писал: «Сегодняшняя классификация психических расстройств столь же запутанна, как и 30 лет назад. С учетом всех обстоятельств ситуация ухудшается. Тогда психиатры, по крайней мере, знали, что воцарился диагностический хаос, и зачастую не преувеличивали значимость и состоятельность каких-либо диагнозов. Теперь же хаосу присвоили коды и, следовательно, он просто стал менее заметен... Нет ничего плохого в том, чтобы основывать первый проект действующей таксономии на экспертном заключении... Однако нужно было воздерживаться от дальнейшего движения по этому пути. Тем не менее это именно то, что произошло... Я твердо убежден, что: 1) необходимо незамедлительное объявление моратория на любые дальнейшие экспертные оценки диагноза... и 2) будущие изменения должны быть основаны только на результатах научных изысканий».

Важнейшим изменением идеологии DSM станет отказ от концепции иерархии диагнозов, на дискуссионном основании – мы не можем иметь иерархию заболеваний, этиологии которых неизвестна. Если мы не знаем причин заболеваний, мы не можем сказать, какие из них следует диагностировать в первую очередь. Эта точка зрения приводит к мысли о важности дифференциации заболеваний со множеством симптомов от заболеваний с малочисленными симптомами. Если симптом возникает как один из двадцати в рамках одной болезни и как один из двух в другом заболевании, то наличие первой болезни должно быть исключено до того, как будет диагностирована вторая. Диагностировать «коморбидное» паническое расстройство каждый раз, когда у кого-то есть паническая атака при депрессивном или маниакальном эпизоде, необоснованно с точки зрения биологии. Пани-

ческие симптомы часто вызваны аффективными состояниями, а не отдельными независимыми заболеваниями. Мы уже применяем этот подход для бреда и галлюцинаций; если они происходят при аффективных состояниях, мы не диагностируем шизофрению. Такой подход является исключением в систематике DSM, эта логика не применяется для диагностики других психопатологических состояний.

Следовательно, можно очертить две проблемы: это, по меткому выражению все того же van Praag, склонность к «нозологомании»⁵ (созданию научно непригодных диагностических определений) и огромное количество ложных «коморбидных заболеваний»⁶.

Понятие «коморбидное заболевание» было введено в 1970 г. Фейнштейном для обозначения наличия двух независимых, не связанных между собой диагнозов⁷. Одновременное присутствие тревоги и депрессии не считается коморбидностью; либо они являются симптомами одного и того же состояния (например, невротической депрессии), либо их связь причинно-следственная (при смешанной депрессии, когда тревога вызвана смешанным состоянием).

Иерархия, предложенная указанным консорциумом, исходит из данных литературы о личности и включает понятия, которые могут иметь отношение к аномалиям личности, но не для аффективных или психотических расстройств. Вероятно, в любом случае имеет значение степень выраженности проявлений, но, возможно, по-разному. Например, клинические исследования поддерживают дихотомию между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. В то же время экстернализирующие/интернализующие понятия не отражают большинство симптомов маниакально-депрессивной болезни, например смешанных состояний. Понимание «мании» как «интернализующего» расстройства¹ вызывает сомнения. Различие между биполярной болезнью и «однополярной» депрессией принимается в иерархической таксономии, хотя это различие недостаточно обоснованно, даже в лучших доступных клинических исследованиях.

Таким образом, предложение количественной иерархии в целом приветствуется, но ее создание требует большего внимания к некоторым клиническим исследованиям, данные которых не были включены в таксономическую систематику, представленную в статье Krueger и соавт.

Альтернативный подход, основанный на исследованиях аффективных и психотических расстройств, был

предложен еще в 1970-х годах⁸. Я предложил модернизированную версию этого подхода⁹, согласно которому иерархия психопатологии будет включать в себя маниакальные состояния (биполярное расстройство) в верхней части диагностической пирамиды, затем депрессивные состояния (униполярная депрессия), затем шизофрению, затем тревожные расстройства (например, обсессивно-компульсивное расстройство), затем личностные расстройства (например, пограничное и антисоциальное), затем дефицит внимания и узко определенные диагнозы (такие как расстройства пищевого поведения или парафилии). Общая концепция заключается в том, что более высокие по иерархии условия являются полисимптоматическими и приводят к снижению значимости симптомов нижних уровней в иерархии, и поэтому первое должно быть исключено до того, как будут диагностированы последние.

Это стандарт общемедицинского обучения. Клиническое мышление подразумевает способность распознавания симптомов для постановки диагноза, а не подгонку симптомов под критерии заболевания, как предлагается во всех версиях DSM после третьего пересмотра. Дифференциальная диагностика в рамках иерархии будет проводиться путем исключения диагнозов вышестоящих уровней. Систематика DSM построена на противоположном подходе, что является веским доказательством важного наблюдения: несмотря на заявления многих из постмодернистских и антибиологических критиков DSM, она вовсе не является «медицинской моделью». Фактически, судя по ее структуре, она довольно анти-медицинская.

В целом, усилия Krueger и его коллег очень полезны, но по существу ограничены концепциями личностных расстройств. Если расширить охват за счет аффективных и психотических состояний, это может открыть для нашей профессии путь к лучшей клинической нозологии в будущем, а DSM останется в отражении зеркала заднего вида.

S. Nassir Ghaemi

¹Tufts University and Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²Novartis Institutes for Biomedical Research, Cambridge, MA, USA

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)
(World Psychiatry 2018;17(3):301-302)

Библиография

1. Ghaemi SN. World Psychiatry 2013;12:210-2.
2. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
3. Zachar P, Krueger RF, Kendler KS. Psychol Med 2016;46:1-10.
4. van Praag HM. Make-believes in psychiatry or the perils of progress. New York: Brunner Mazel, 1992.
5. van Praag HM. World J Biol Psychiatry 2000;1:151-8.
6. van Praag HM. Br J Psychiatry 1996;168(Suppl.30):129-34.
7. Feinstein AR. J Chronic Dis 1970;23:455-68.
8. Surtees PG, Kendell RE. Br J Psychiatry 1979;135:438-43.
9. Ghaemi SN. Mood disorders: a practical guide, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, 2007.

DOI:10.1002/wps.20563

Интернализированные расстройства: целое больше, чем сумма частей

Консорциум по Иерархической таксономии психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP) является группой исследователей, работающих, чтобы улучшить эмпирическую классификацию психопатологии. В предыдущем номере этого журнала они опубликовали краткий отчет о работе Консорциума¹, а сейчас они выдвигают положение о цели и сводку результатов прогресса работы².

Практики в области психического здоровья работают, основываясь на том, что каждое психическое расстройство является отдельной категорией: у Mrs. Smith – паническое расстройство, у Mr. Brown – большое депрессивное расстройство, – и полагают, что лечение и дальнейшее течение заболевания будет, разумеется, вытекать из диагноза. На одном уровне это подходяще и необходимо для правильной тактики лечения отдельного пациента, но на более высоком уровне это неверно: определяющие симптомы каждого психического расстройства существуют в многомерном измерении, которое проявляется, начиная с очень умеренных и неполных явлений, не приводящих в выраженной дезадаптации, и заканчиваясь очень тяжелыми и выраженными признаками, которые значительно мешают жить, причиняют страдание и несовместимы с благополучием.

Классификации психических расстройств – DSM-5 и ICD-10 – являются, на самом простом уровне, определением порога, при достижении которого комплексы симптомов становятся в достаточной мере полными, инвалидизирующими или болезненными, являясь предметом клинического интереса специалиста и индикатором потребности в лечении. Точка в измерениях, которая определяет степень тяжести, не измеряется никакими внешними замерами, такими как стремительные изменения в патофизиологии, или дистресс, или ограничение жизнедеятельности. Порог для диагноза в каждой классификации создается

экспертами, собравшимися, чтобы установить это, и в результате является несколько необоснованным. Поэтому существует широко распространенное мнение, что психические расстройства более правильно описывать многомерно, а не категориально, и в 2008 г. два участника, которые позже присоединились к Консорциуму HiTOP, организовали встречу и издали конструктивную книгу – *Dimensional Approaches in Diagnostic Classification* – как часть работы по оптимизации исследовательской программы для DSM-5³.

Мультивариантное исследование установило, что скрытая общая ответственность – интернализация – вызывает более высокие уровни сочетанных расстройств настроения и тревожности, и этот вывод был повторно получен также и в большом количестве других исследований на других выборках и других культурах (отметим, что половина людей, у которых отмечаются критерии тревожности или депрессивного расстройства, имеют второй диагноз, а у четверти встречаются критерии трех или большего числа диагнозов).

Например, в рамках Консорциума HiTOP Eaton и соавт.⁴ создали модель семи интернализированных расстройств в национальной репрезентативной выборке из 43 093 человек. В исследовании использовалось структурированное диагностическое интервью, оптимизированное для охвата определяющих характеристик DSM-IV для этих расстройств. Было обнаружено, что двухмерные (дистресс–страх) описательные структуры для интернализации подходят лучше и воспроизводятся через исследование пола, многократные исследования, в исследованиях на протяжении всей жизни и в 12-месячной перспективе. Эти интернализированные симптомы, а не индивидуальные психические расстройства, позволили более точно предсказать будущую интернализированную патологию, попытки суицида, стенокардию и язву.

Waszczuk и соавт.⁵ провели исследование, основанное на «Интервью для оценки симптомов расстройств настроения и тревоги» (Interview for Mood and Anxiety Symptoms), которое оценивало, без обычных отклонений в сторону, симптомы эмоциональных расстройств по DSM-IV и ICD-10 и других проявлений эмоциональных расстройств, таких как безнадежность, отчаяние, потеря либидо, социальная самоизоляция и самоповреждения. В серии анализов, которые варьировали от компонентов симптомов до скрытых структур, они сообщали, что многомерные диагнозы являются лучшими предикторами функционирования, чем категориальные диагнозы DSM-IV, даже несмотря на то, что нарушение может быть явно включено в клинические диагнозы, но не является частью этих симптомов.

В этой работе было сделано два вывода. Во-первых, рассмотрение групп расстройств может быть более информативным, чем рассмотрение индивидуальных диагнозов. Во-вторых, открытие исследований, включающих симптомы, не вошедшие в классификацию, может указывать на новые расстройства или новые способы распределения существующих расстройств, а также уменьшать цикличность повторных анализов данных из интервью, созданных для обновления существующих классификаций.

Была другая работа Консорциума HiTOP по независимости классификации, которая имеет отношение к нынешнему обсуждению. Как часть работы для DSM-5 и ICD-11, рабочая группа⁶, включающая двух членов, которые позже присоединились к ассоциации HiTOP, выяснила пригодность метаструктуры, основанной на 11 доказательных критериях, включающих в себя клинические характерные особенности и факторы риска (такие как общие генетические факторы риска; близкие отношения; общие специфические факторы риска окружающей среды; общие нейронные субстраты; общие биомаркеры; общие