

## 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 Консорциума<sup>1</sup>, а сейчас они выдвигают положение о цели и сводку результатов прогресса работы<sup>2</sup>.

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 к 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-5<sup>3</sup>.

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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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 группа<sup>6</sup>, 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

темпераментные antecedentes; общие нарушения когнитивного и эмоционального процесса; симптомы эквивалентности; высокая частота сопутствующих заболеваний; течение расстройств; ответ на лечение). Расстройства в DSM-IV были распределены по пяти кластерам в качестве начальной основы. Команды экспертов затем сделали обзор литературы, чтобы определить внутрикластерную схожесть по 11 предопределенным валидизированным критериям и установили, что эта схожесть была неизменно выше, чем межкластерная схожесть.

Пять кластеров были такими: нейрокогнитивные (идентифицируемые преимущественно нарушениями нейронного субстрата); связанные с неврологическим развитием (идентифицируемые преимущественно из-за раннего и продолжающегося когнитивного дефицита); психозы (идентифицируемые преимущественно клиническими чертами и биомаркерами для дефицита обработки информации); эмоциональные/интернализированные (идентифицируемые преимущественно темпераментными antecedentesми негативной эмоциональности) и экстернализированные (идентифицируемые преимущественно темпераментными antecedentesми расторможенности). Рабочая группа приняла во внимание то, что будет иметь значение для клинической практики, общественного здравоохранения и значительно для принятия этих основ как

организационных принципов. Порядок глав в DSM-5 был изменен, чтобы отразить этот факт.

Компьютерная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) имеет длинную историю, сконцентрировавшую свое внимание на интернализированных расстройствах как группе. Newby и соавт.<sup>7</sup> идентифицировали семнадцать рандомизированных контролируемых исследований. Результаты показали, что «трансдиагностическая» КПТ превзошла контрольные условия во всех оценках результатов в последующей обработке, с большим объемом эффекта для депрессии ( $g=0,84$ ) и умеренным эффектом для тревожности ( $g=0,78$ ) и качества жизни ( $g=0,48$ ), сопоставимые с преимуществами, наблюдаемыми в специфических диагностических исследованиях<sup>8</sup>.

Позже, также используя «трансдиагностическую» компьютерную КПТ, Mewton и соавт.<sup>9</sup> определили изменения в интернализированных концепциях, используя пролонгированные латентные структуры с характерными чертами, которые сравнивали значение интернализированного фактора в подготовке к лечению и после курса лечения. Стандартизированное значение редукции в интернализированной концепции с лечением было большим (размер эффекта 1,23;  $SE=0,09$ ;  $p<0,001$ ).

Мы заключаем, что лечение, ориентированное на интернализированную концепцию, является более предпоч-

тительным для специфического лечения расстройств. В интернализированных расстройствах, независимо от того, изучены ли прогноз, ухудшение или ответ на лечение, целое больше, чем сумма частей.

## Gavin Andrews

School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

Перевод: Проскурина Д.С. (Воронеж)  
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)  
(World Psychiatry 2018;17(3):302-303)

## Библиография

1. Kotov R, Krueger RF, Watson D. World Psychiatry 2018;17:24-5.
2. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
3. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al. Dimensional approaches in diagnostic classification. Arlington: American Psychiatric Association, 2008.
4. Eaton NR, Krueger RF, Markon KE et al. J Abnorm Psychol 2013;122:86-92.
5. Waszczuk M, Kotov R, Ruggero C et al. J Abnorm Psychol 2017;126:613-34.
6. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Psychol Med 2009;39:1993-2000.
7. Newby JM, Twomey C, Yuan Li SS et al. J Affect Disord 2016;199:30-41.
8. Andrews G, Basu A, Cuijpers P et al. J Anxiety Disord (in press).
9. Mewton L, Hobbs MJ, Sunderland M et al. Behav Res Ther 2014;63:132-8.

DOI:10.1002/wps.20564

# Категориальный и/или континуальный? Обучение на примере сосудистой хирургии

R. Krueger и его внушительная международная команда соавторов предлагают внятный и всеобъемлющий набор современного состояния дименсионального подхода к классификации в психопатологии<sup>1</sup>. Они приводят многообещающий набор преимуществ своего подхода, воплощенного в модели Иерархической таксономии психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP), перед другими категориальными классификациями, которые в психиатрии широко распространены.

Подобные вопросы поднимаются не в первый раз, они уже широко обсуждались в 1960-е и 1970-е годы. Во многом похожую тему затрагивал британский психиатр и эпидемиолог R. Kendell в ныне классической книге «Роль диагноза в психиатрии»<sup>2</sup>. Тогда, как и сейчас, поднимался вопрос, можно ли

вместить психопатологию в прокрустово ложе отдельных категорий, или лучше прибегнуть к количественным описаниям, отражающим континуальные изменения по одной или нескольким дименсиям. Как и сейчас, ответ зависел частично от конкретной обсуждаемой психопатологии и частично – от применяемых статистических методов. И так же, как и сейчас, мнения профессионалов разделились: психиатры придерживались в основном категориального подхода, а психологи – дименсионального (Krueger, как и большинство его соавторов, психолог).

Разумеется, как справедливо отмечают Krueger с коллегами, с тех пор появились новые факторы, как положительные, так и отрицательные. Из позитивных факторов нужно отметить, что значительно продвинулась методо-

логия. С прогрессом в компьютерной технике радикально изменились статистические методы. Новую роль играют методы формальной логики: например, семантическое моделирование при принятии решений, разработанное британским философом и психологом Р. Когабусом, может найти интересное применение в психопатологии<sup>3</sup>. Из негативных факторов – пятидесятилетний опыт применения психопатологических категорий, основанных на симптоматологии, практически ничего не привнес в понимание этиологии. Надежды начала XX в. (появившиеся с изучением нейросифилиса и болезни Альцгеймера) остаются не осуществленными, несмотря на все возможности современной нейронауки.

Так стоит ли согласиться с предложением Krueger и соавт. и оставить категориальную классификацию пси-