

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: нейроркогнитивные (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. Когакусом, 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-

хопатологии в пользу дименсиональных описаний? Опыт других областей медицины подсказывает, что не стоит.

Показательна в этом отношении сосудистая хирургия. Будучи достаточно молодой специальностью (Общество сосудистых хирургов Великобритании и Ирландии было основано в 1966 г.), сосудистая хирургия с самого начала придерживалась исключительно подхода, основанного на доказательной медицине, и до сих пор зависит от науки в своем развитии. Преимущественно категориальная классификация, которая используется в этой области (как и в большинстве разделов соматической медицины), сослужила ей хорошую службу. Там, где психиатрия за пятьдесят лет не продвинулась, сосудистая хирургия добилась заметного и устойчивого прогресса в понимании патофизиологии целого ряда состояний, определенных категориально, от аневризмы аорты до варикозного расширения вен, с соответствующими достижениями в хирургических и нехирургических подходах к лечению.

Казалось бы, для традиционной категоризации болезней все складывается хорошо. Но при ближайшем рассмотрении оказывается, что, хотя объекты ее интереса – категориально определяемые расстройства, сама наука сосудистая хирургия остается во многом организованной на принципах дименсиональности. Например, успехи в лечении аневризмы аорты в значительной степени зависят от определяемых количественно, расчетных относительных рисков смерти: с одной стороны – вследствие хирургического вмешательства, с другой – вследствие разрыва аневризмы. Основная переменная в таких подсчетах – размер образования. С расширением аневризмы увеличивается риск ее разрыва. У большинства людей это происходит медленно, и международные руководства рекомендуют ежегодно проводить мониторинг, пока размер аневризмы не достигнет 5,5 см – в этот момент риск разрыва в последующие 12 месяцев (5%) становится сравним с риском вмешательства<sup>4</sup>.

Таким образом, своими успехами сосудистая хирургия обязана сочетанию категориального и дименсионального подходов. В определении тактики лечения аневризмы аорты приведенный комбинированный подход до сих пор остается в силе. Объектом научного интереса все еще остается категория «аневризма аорты», но относительный риск определяется исходя из дименсиональных переменных.

Действительно, психопатология значительно отличается от сосудистой хирургии, а в некоторых аспектах она к тому же более сложна. Например, в сосудистой хирургии нет аналогий проблеме концептуального отношения к вопросу коморбидности (описанной Krueger и соавт. как препятствие к созданию стабильной иерархической структуры в рамках дименсионального подхода). Коморбидность нередко встречается и в сосудистой патологии, но выявить отличительные признаки и разграничить состояния, как правило, не составляет труда. Критерии уровня функционирования в сосудистой хирургии также не вызывают вопросов. Сходный по описанию опыт людей, слышащих «голоса», может быть дезадаптирующим для одного пациента и вдохновляющим для другого<sup>5,6</sup>. В то же время расширение аорты в любом случае будет связано с функциональными нарушениями.

Несмотря на эти различия, пример сосудистой хирургии является скорее уместным для сравнения с психопатологией. Если прогресс в сосудистой хирургии был связан с одновременным применением дименсионального и категориального подходов, остается, по меньшей мере, вероятным, что похожая тактика пригодится при решении более сложных вопросов психопатологии. Можно сделать и более общий вывод, ведь практически во всех научных дисциплинах прогресс достигается за счет множества количественных измерений, но они проводятся в качестве дополнения, а не замены. Очевидно, это верно для биологии и медицины, так же как и для физики, которая представляет собой наглядный пример успешной научной работы, базирующейся на количественных измерениях (взять, например, корпускулярно-волновой дуализм в квантовой механике). Почему с психопатологией должно быть иначе?

Krueger и соавт. могут возразить: в других дисциплинах вклад науки больше. Во вступительном абзаце своей работы они утверждают, что HiTOP в значительной степени основана на данных эмпирических исследований, по сравнению с DSM, где роль сыграл скорее авторитет составителей, – однако это предвзятое мнение. В случае конкретно DSM-5 научная база действительно подвергалась серьезной критике<sup>7</sup>, но суть ее в том, что последняя версия исходила из тех же принципов, основанных исключительно на доказательной медицине, что и более ранние версии (а также МКБ). Нужно заметить, что проект Исследователь-

ские критерии доменов (Research Domain Criteria – RDoC), который Krueger и соавт. раскритиковали наравне с DSM, имеет ту же цель, что и HiTOP: вернуться к эмпирическому подходу в психопатологических исследованиях<sup>8</sup>.

Достижения Krueger и соавт. в количественных оценках в психопатологии мы можем только приветствовать, но в качестве дополнения, а не замещения категориальной классификации, которая на сегодняшний день составляет основу психопатологии. Большие усилия потребуются для эффективной адаптации научных данных к психиатрической практике. В сосудистой хирургии такая адаптация потребовала скорее командной работы, чем соперничества между профессионалами, а также внимательного отношения и к фактам, и к их интерпретации. Но, что касается науки, пример сосудистой хирургии показывает, что пришло время сменить направление. В течение пятидесяти лет в психопатологии велись споры в ключе «категориальный подход или континуальный», но, ориентируясь на сосудистую хирургию, следовало бы думать «категориальный и континуальный».

**Kenneth W.M. Fulford<sup>1,2</sup>,  
Ashok Handa<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup>St. Catherine's College, Oxford, UK; <sup>2</sup>Faculty of Philosophy, Oxford, UK; <sup>3</sup>Nuffield Department of Surgical Sciences, J. Radcliffe Hospital, Oxford, UK

Перевод: Шишковская Т.И. (Самара)  
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)  
(World Psychiatry 2018;17(3):304-305)

#### Библиография

1. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:282-93.
2. Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell, 1975.
3. Parrott M, Koralus P. J Cogn Neuropsychiatry 2015;20:398-415.
4. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Lancet 1998;352:1649-55.
5. Jackson M, Fulford KWM. Philos Psychiatry Psychol 1997;4:41-66.
6. Daalman K, Dieren K, Derks E et al. Psychol Med 2012;42:2475-84.
7. Frances A. Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: Morrow, 2013.
8. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov
9. Handa IA, Fulford-Smith L, Barber ZE et al. The importance of seeing things from someone else's point of view. BMJ Careers, August 15, 2016.

DOI:10.1002/wps.20565