

ПТСР и осложненное ПТСР в МКБ-11: структуральная валидизация с использованием сетевого анализа

Раздел о расстройствах, непосредственно связанных со стрессом, в недавно опубликованной МКБ-11 включает в себя два похожих диагноза: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и осложненное посттравматическое стрессовое расстройство (ОПТСР)¹.

Концепция ПТСР существенно усовершенствована по сравнению с предыдущими версиями в МКБ и DSM. Каждый из двух основных симптомов расстройства отражают три основных субдомена: а) сохранение субъективной актуальности травматического(ых) события(ий) в настоящем; б) умышленное избегание травматичных воспоминаний; в) текущее ощущение повышенной угрозы. Для постановки диагноза необходимо, чтобы один симптом подкреплялся всеми тремя субдоменами и имело место нарушение функционирования.

ОПТСР включает в себя те же симптомы, что и ПТСР, а также еще три дополнительных субдомена, каждый из которых включает два симптома, объединенных в группу «нарушения самоорганизации» (DSO). Три субдомена включают: а) нарушения регуляции эмоций; б) заниженную самооценку; в) трудности в поддержании взаимоотношений. Для постановки диагноза ОПТСР требуется наличие основных критериев ПТСР, а также соответствие одного симптома всем трем субдоменам DSO и нарушения функционирования, связанного с этой группой симптомов. Важно отметить, что возможна постановка только одного из этих диагнозов и недопустимо их использование вместе.

В ходе первоначального психометрического исследования структура 12-индикаторного описания ПТСР-ОПТСР² была утверждена без подтверждения эмпирически с использованием различных методологий и выборок. Мы использовали новейший сложный сетевой психометрический подход для изучения структуры описания ПТСР/ОПТСР на двух больших выборках людей, переживших травматичное событие.

Сетевой анализ концептуализирует психопатологию как сложную сеть локально связанных симптомов³. В соответствии с этой интерпретацией эффекты причинных факторов (например, травматичного события) предлагается распространить по всей сети через прямые взаимодействия, взаимодействия уровней симптомов и их подтверждения, и то, что мы могли бы отнести к психическим расстройствам, фиксируется в плотно связанных группах/кластерах симптомов. Фокусируясь на прямых ассоциациях между симптомами, сетевой подход может дать более подробное и тонкое описание структуры психопатологии и помочь нам определить, как и где наши диагностические конструкции пересекаются.

Мы проанализировали две выборки людей, подвергшихся воздействию травматичного события: репрезентативную выборку из Израиля⁴ (N=1003; 51,7% женщин; средний возраст 40,6±14,5 года) и выборку, состоящую из внутренне перемещенных граждан Украины⁵ (N=1790; 67% женщин; средний возраст 43,0±15,8 года). Симптомы ПТСР и ОПТСР регистрировались с использованием недавно разработанного Международного опросника о травме², представляющего собой 12-компонентное описание, предназначенное для выявления дескрипторов ПТСР/ОПТСР согласно МКБ-11.

Регуляризованные частные корреляции сетей оценивались отдельно для обеих выборок с использованием R-пакета qgraph⁶. Чтобы определить, отражаются ли новые

критерии МКБ-11 для ПТСР-ОПТСР после группирования симптомов с помощью пакета EGA был выполнен графический анализ⁷. EGA использует алгоритм walktrap для идентификации кластеров сильно связанных симптомов в сетях, и недавние работы по моделированию показали, что он превосходит традиционные методы раскрытия базовой структуры данных (например, параллельный анализ Хорна, критерий Кайзера-Гуттмана), особенно когда корреляции между базовыми измерениями высоки, а количество индикаторов на измерение невелико⁷. Затем сети сравнивались между выборками с помощью пакета NetworkComparison-Test package⁹, который проверяет инвариантность структуры и связности с помощью процедуры перестановки. Наконец, для количественной оценки и сравнения общей важности/влияния отдельных симптомов в двух группах были рассчитаны три общих центральных показателя: сила, промежуточность и близость.

В результате предложенная модель ПТСР-ОПТСР нашла обоснование в обеих выборках. С помощью EGA определены два кластера, соответствующих ОПТСР и DSO, которые далее были снова выявлены с помощью 1000 бутстрэп-соотношений (сетевые графики см.: <https://www.traumameasuresglobal.com/network-analysis-paper/>). Пять сильнейших ассоциаций предметного уровня отразили пять из шести диагностических субдоменов ПТСР и ОПТСР: переживание заново, избегание травматических напоминаний, чувство угрозы, заниженная самооценка и трудности в поддержании взаимоотношений. Симптомы нарушения регуляции эмоций (гипоактивация и гиперактивация) не были значимо ассоциированы друг с другом.

Эти две сети существенно не различались с точки зрения общей связности ($p=0,06$). Структурная инвариантность не была подтверждена ($p<0,001$); однако далее с помощью перестановочного критерия (рандомизационного теста) было выявлено, что это связано со значительным различием только в одной паре элементов: два элемента избегания были более сильно связаны в израильской выборке. Все другие ассоциации на уровне отдельных элементов статистически не отличались друг от друга по обеим выборкам, и поэтому сетевая структура в целом является согласованной по двум группам. Индексы центральности также были в целом схожи между двумя группами; однако в израильской выборке «умышленное избегание травматичных напоминаний» было заметно сильнее.

Таким образом, этот проект является первым сетевым психометрическим исследованием новых диагностических критериев МКБ-11 для ПТСР и ОПТСР. На примере двух репрезентативных выборок людей, переживших травматичное событие, была подтверждена концептуальная обоснованность этих расстройств; симптомы сформировали два обширных кластера – ОПТСР и DSO, а наиболее выраженными были ассоциации между симптомами ПТСР и субдоменами DSO.

Однако элементы, измеряющие гипоактивацию и гиперактивацию эмоций, оказались более тесно ассоциированы с другими симптомами, чем друг с другом, что ставит под сомнение идею нарушения эмоциональной регуляции как унитарного субдомена ОПТСР. Кроме того, несмотря на согласованность общей структуры сети, в двух выборках наблюдались различия в центральных значениях.

С помощью дальнейших исследований можно было бы изучить вопрос о том, могут ли такие различия быть отнесены к характеристикам выборки или травмы (например, тип травмы, продолжительность времени после травмы, демографические факторы). Выявление симптомов, которые приобретают контекстно-специфическую значимость, может стать координационным центром для целенаправленных мероприятий.

**Eoin McElroy¹, Mark Shevlin², Siobhan Murphy³,
Bayard Roberts⁴, Nino Makhshvili⁵,
Jana Javakhishvili⁵, Jonathan Bisson⁶,
Menachem Ben-Ezra⁷, Philip Hyland⁸**

¹Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, UK (Великобритания);

²School of Psychology and Psychology Research Institute, Ulster University, Northern Ireland, UK (Великобритания);

³National Centre of Psychotraumatology, University of Southern Denmark, Odense, Denmark (Дания);

⁴Department of Health Services Research and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK (Великобритания);

⁵Iliia State University and Global Initiative on Psychiatry, Tbilisi, Georgia (Грузия);

⁶Division of Psychological Medicine and Clinical Neurosciences, Cardiff University, Cardiff, Wales, UK (Великобритания);

⁷School of Social Work, Ariel University, Ariel, Israel (Израиль);

⁸Department of Psychology, National University of Ireland, Maynooth, Ireland (Ирландия).

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

McElroy E, Shevlin M, Murphy S et al. ICD-11 PTSD and complex PTSD: structural validation using network analysis. *World Psychiatry* 2019; 18(2): 236-237.

Библиография:

1. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
2. Cloitre M, Shevlin M, Brewin C et al. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138: 536-46.
3. Borsboom D. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.
4. Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P et al. *Depress Anxiety* 2018;35:264-74.
5. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J et al. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:100-11.
6. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ et al. *J Stat Softw* 2012;48:1-18.
7. Golino HF, Epskamp S. *PLoS One* 2017;12:e0174035.
8. Pons P, Latapy M. Computing communities in large networks using random walks. Presented at the 20th International Conference on Computer and Information Sciences, Istanbul, October 2005.
9. van Borkulo C, Boschloo L, Borsboom D et al. *JAMA Psychiatry* 2015;72: 1219-26.

DOI: 10.1002/wps.20638

Низкий когнитивный темп: необходимость глобального исследования

Понятие «низкого когнитивного темпа» (НКТ), набора симптомов, характеризующихся чрезмерной мечтательностью, путаницей и неясностью мыслей, сонливостью и замедленным мышлением и поведением, было введено более трех десятилетий назад.

Несмотря на рост интереса к теме в исследовательской среде, НКТ все еще остается в значительной степени неизвестным как исследователям, так и клиницистам. Кроме того, НКТ в основном изучался в США, лишь немногие исследования проводились в Западной Европе и еще меньшее их количество – в других частях мира.

В данной статье я привожу краткие сведения о НКТ и обращаю внимание на необходимость глобального исследования этого явления, включая его феноменологию, этиологию и течение, сопутствующие факторы и причины развития, а также клиническое значение.

Изучение НКТ было тесно связано с изучением синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), и эта историческая ассоциация по-прежнему присутствует во многих литературных источниках. НКТ тесно связан с расстройствами внимания при СДВГ, хотя результаты метаанализа также отмечают их различия¹.

Еще одним последовательным выводом является дифференциация НКТ и нарушений внимания при СДВГ в их связи с другими кластерами психических расстройств: НКТ тесно ассоциирован с интернализированными симптомами, особенно депрессивными, но не ассоциирован или обратно-ассоциирован с экстернализированным поведением при учете расстройств внимания при СДВГ, и наоборот, нарушения внимания при СДВГ неизменно ассоциируются с экстернализированным поведением и менее ассоциированы с интернализированными симптомами при учете НКТ^{1,2}.

В соответствии со связью НКТ с интернализированными симптомами, появляются данные о связи между НКТ и риском суицида³, а также симптомы НКТ ассоциированы с социальными нарушениями, в частности, с социальной отгороженностью и изоляцией^{1,2}. Результаты академической успеваемости и нейрокогнитивные находки несколько неоднородны, хотя есть начальные доказательства того, что НКТ ассоциирован со значительными трудностями с успеваемостью, более низкими оценками, более медленной скоростью обработки информации и более слабой способностью к удержанию внимания^{1,2}.

Наконец, наличие НКТ является предиктором отсутствия или слабого ответа на метилфенидат у детей с СДВГ⁴, подчеркивая клиническую значимость этой группы симптомов. Тем не менее, изучение НКТ все еще находится в зачаточном состоянии, при этом ряд имеющихся данных еще предстоит подтвердить, а другие области исследования остаются полностью нетронутыми.

Сейчас очень подходящее время для глобального исследования НКТ. Недавний метаанализ выявил симптомы НКТ, которые эмпирически отличаются от нарушений внимания при СДВГ¹, и последующая оценка позволила определить параметры НКТ и конкретный набор симптомов, которые могут использоваться родителями, учителями, детьми и взрослыми информантами.

Несколько переводов этих параметров появилось или в настоящий момент в процессе перевода. Стало понятно, что формулировки некоторых пунктов НКТ, являясь культуральными идиомами на английском языке, нелегко поддаются переводу (например, «путаница мыслей», «кажется, что в тумане»). Разработка стандартного набора симптомов, который может быть легко переведен на различные