

социальных методов лечения необходимо улучшение понимания биопсихосоциальных механизмов, лежащих в основе психических расстройств. В отличие от соматических заболеваний, распространенность психических расстройств в целом не поменялась за последние 30-40 лет. Терапевтические процедуры могут уменьшить дистресс, он они не могут излечить, а также имеет место недостаток признанных профилактических вмешательств.

В заключение надо сказать, что необходимость гибкого отношения к лежащим в основе психологическим механизмам у конкретного пациента может быть ключевым фактором в объяснении слабой связи точности и исхода в психотерапии, основанной на доказательном подходе. В идеале такой гибкий подход должен быть частью гармоничного, последовательного и непрерывного организационного контекста.

Необходимо больше исследований для идентификации трансдиагностических и междисциплинарных механизмов, играющих роль в появлении и персистенции психопатологии. Более того, необходимы усилия для перевода новообретенных знаний о таких механизмах в разработку методов лечения.

И, наконец, обучение психотерапевтов должно быть более сфокусировано на гибкости в плане приверженности лечению и адаптации лечения под черты конкретного пациента. Несмотря на то, что это может сделать процесс обучения более сложным и длительным, и, следовательно, более дорогим, впоследствии это способно увеличить эффективность и снизить стоимость терапии.

Peter Fonagy¹, Patric Luyten^{1,2}

¹Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK;

²Faculty of Psychology and Educational Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)

Редактура: к.м.н. Северова Е.А. (Смоленск)

Fonagy P, Luyten P Fidelity vs. flexibility in the implementation of psychotherapies: time to move on. *World Psychiatry* 2019;18(3):270-271.

Библиография

1. Webb CA, Derubeis RJ, Barber JP. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:200–11.
2. Leichsenring F, Salzer S, Hilsenroth MJ et al. *Curr Psychiatry Rev* 2011;7:313–21.
3. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. *Psychotherapy* 2014;51:467–81.
4. Marchette LK, Weisz JR. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:970–84.
5. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR et al. *JAMA Psychiatry* 2017;74:875–84.
6. Clark DM. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:159–83.
7. Bales DL, Timman R, Luyten P et al. *Personal Ment Health* 2017;11:266–77.
8. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. *JAMA Psychiatry* 2017;74:316–7.
9. Katz M, Hilsenroth MJ, Gold JR et al. *J Couns Psychol* 2019;66:94–103.

DOI: 10.1002/wps.20657

Пятифакторная модель структуры личности: обновление

Пятифакторная модель (ПФМ) общей структуры личности состоит из пяти крупных доменов: нейротизма (или эмоциональной нестабильности vs эмоциональной стабильности), экстраверсии (противоположный полюс – интроверсия), открытости новому опыту (или оригинальности), дружелюбия (противоположный полюс – антагонизм) и сознательности (или сдержанности vs расторможенности). Каждый из этих факторов включает в себя более конкретные грани (например, легковверный против циничного, кроткий против агрессивного, мягкосердечный против черствого и бескорыстный против эксплуатирующего – это грани, составляющие фактор сотрудничества с противоположным полюсом – обособленностью).

Корни ПФМ восходят к лексической парадигме, основанной на веском предположении, что являющееся предметом наибольшей важности, интереса или значимости для людей при описании ими самих себя или других будет зафиксировано в их языке. Фундаментальные уровни личности раскрываются по мере того, как человек использует все больше слов для описания оттенков, вариаций и нюансов соответствующего уровня. Естественная, имманентная структура личности определяется эмпирическим взаимодействием между понятиями, обозначающими ее черты, и в структуре английского языка удачным образом обозначилась «Большая пятерка» таких факторов. «Большая пятерка» также была воспроизведена в немецком, чешском, нидерландском, филиппинском языках, иврите, а также венгерском, итальянском, корейском, польском, русском*, испан-

ском и турецком, хотя показатели воспроизводимости уровней нейротизма и открытости оказались не столь высокими, как у сотрудничества, экстраверсии и осознанности¹.

Для ПФМ как структурной модели личности имеется значительная эмпирическая поддержка, включая многофакторную генетику поведения, предпосылки в детском возрасте, стабильность во времени на протяжении всей жизни, поддержку со стороны когнитивной нейронауки и кросс-культурную воспроизводимость¹. Также в большом количестве эмпирических работ была показана эффективность применения ПФМ для прогнозирования значительно числа важных жизненных исходов, как позитивных, так и негативных². Сuijters и соавторы³ сопоставляли экономические издержки от нейротизма по ПФМ (обращения за медицинской помощью в первичном и вторичном звеньях психиатрических служб, прямые личные расходы и производственные потери) с издержками, ассоциированными с распространенными психическими расстройствами (в том числе с расстройствами настроения, тревожными расстройствами, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ и соматическими расстройствами). Экономические издержки от нейротизма оказались приблизительно в 2,5 раза выше, чем те, что были связаны с распространенными психическими расстройствами.

Принимая во внимание, что «Большая пятерка» охватывает описание практически любой черты личности на том или ином языке, неудивительно, что ПФМ учитывает

* Исследования Пятифакторной модели на русском языке проводились в рамках диссертационной работа д.п.н. Шмелева А.Г. (см. подробнее Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – М.: Речь, 2002. – 480 с.) [Примечание редактора перевода]

также и любую неадаптивную черту личности, в том числе те, что являются определяющими при синдромах расстройств личности по МКБ и DSM¹. Размерные модели личности, включенные в Секцию III DSM-5 и МКБ-11, напрямую соотносятся с ПФМ. На ПФМ также построены концепции темперамента и основ личности широко цитируемой Иерархической таксономии психопатологий⁴, размерной структурной модели, покрывающей значительную часть всех форм психопатологии.

Расстройства личности по МКБ и DSM уверенно понимаются как дезадаптивные варианты ПФМ, однако это не означает, что любой инструмент диагностики, основанный на ПФМ, способен полностью охватить каждое из расстройств личности. Большинство из имеющихся инструментов диагностики по ПФМ не учитывают все из возможных ее дезадаптивных проявлений и, таким образом, не могут отражать все компоненты и признаки соответствующего расстройства личности. К примеру, имеются дезадаптивные варианты всех десяти полюсов всех пяти доменов ПФМ, но с помощью существующих инструментов обычно не получается оценить дезадаптивные варианты фактора сознательности (например, компульсивность), открытости новому опыту (например, магическое мышление), дружелюбия (зависимость), низкого нейротизма (бесстрашие) и экстраверсии (доминантность), что затрудняет возможность выявлять черты, являющиеся центральными для обсессивно-компульсивного, шизотипического, зависимого и диссоциального расстройств личности соответственно. Обсессивно-компульсивное расстройство личности во многом характеризуется дезадаптивной сознательностью (перфекционизм, компульсивность, трудоголизм, навязчивые идеи), но большинство инструментов диагностики осознанности по ПФМ не затрагивают эти дезадаптивные варианты. Тем не менее, инструменты оценки дезадаптивных черт личности по ПФМ были разработаны, включая Пятифакторную модель шкал расстройств личности⁵, Личностный опросник для DSM-5⁶ и Личностный опросник для МКБ-11⁷.

Концептуализация расстройств личности по МКБ и DSM с позиции ПФМ обладает рядом преимуществ. Многие из синдромов расстройств личности по МКБ и DSM вызывают ограниченный интерес у исследователей и имеют недостаточную эмпирическую поддержку. ПФМ в значительном объеме обеспечивает расстройствам личности конструктивную обоснованность, включая урегулирование таких важных спорных аспектов, как гендерный дисбаланс, избыточная перекрестная диагностика и нестабильность во времени. Понимание этиологии, патологии и лечения расстройств личности существенно затрудняется внутренней неоднородностью и внешней перекрываемостью диагностических категорий. Американская психиатрическая ассоциация публикует рекомендации по лечению для каждого из расстройств по DSM, но такие рекомендации имеются только для одного из десяти расстройств личности (например, пограничного). Комплексная неоднородность категорий синдромов значительно препятствует возможности

разрабатывать четкие, единые протоколы лечения. Факторы ПФМ гораздо более однородны и самостоятельны и хорошо подходят для более четких моделей этиологии, патологии и лечения⁸. Эмпирически обоснованные протоколы лечения уже были разработаны для нейротизма по ПФМ⁹.

Общее беспокойство относительно ПФМ и любой другой размерной модели характеристик вызывает то, что клиницисты не знакомы с этим подходом, и для них будет трудно применять его. Впрочем, организация ПФМ согласуется с тем, как люди обычно представляют себе описание черт личности. Те, кто применяют ПФМ, обычно находят ее простой для использования. Фактически существует ряд исследований, в которых оценивалась клиническая полезность ПФМ в сравнении с синдромами по DSM. Согласно некоторым из них, синдромы по DSM оказались предпочтительнее, однако, когда в последующих работах были устранены методологические ограничения данных исследований, результаты неизменно показывали преимущество ПФМ⁸. Опытные клиницисты отдают предпочтение ПФМ и размерным моделям характеристик для концептуализации расстройств личности⁸.

В целом, ПФМ является доминирующей моделью общей структуры личности и дает возможности для истинно комплексного ее понимания с точки зрения клинической психиатрии и базовой науки о личности. Модели классификации и диагностики расстройств личности по МКБ и DSM смещаются в направлении ПФМ из-за ее эмпирической обоснованности и клинической полезности.

Thomas A. Widiger, Cristina Crego

Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY, USA

Перевод: Сулова Ж. В. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Widiger TA, Crego C. The Five Factor Model of personality structure: an update. *World Psychiatry* 2019;18(3):271-272.

Библиография

1. Widiger TA (ed). The Oxford handbook of the five-factor model. New York:Oxford University Press, 2017.
2. Ozer DJ, Benet-Martinez V. *Annu Rev Psychol* 2006;57:401-21.
3. Cuijpers P, Smit F, Penninx BW et al. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1086-93.
4. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
5. Crego C, Oltmanns JR, Widiger TA. *Psychol Assess* 2018;30:62-73.
6. Krueger RF, Derringer J, Markon KE et al. *Psychol Med* 2012;42:1879-90.
7. Oltmanns JR, Widiger TA. *Psychol Assess* 2018;30:154-69.
8. Mullins-Sweatt SN, Lengel GJ. *J Pers* 2012;80:1615-39.
9. Sauer-Zavala S, Wilner JG, Barlow DH. *Personal Disord* 2017;8:191-8.

DOI:10.1002/wps.20658

Сетевой подход к психопатологии: обещания против реальности

Сетевой подход к психопатологии недавно вызывал энтузиазм в исследовательском сообществе. Во многом это связано с продвижением сетевых методов как обещающих способствовать улучшению клинической профилактики и совершенствованию стратегий вмешательства за счет объяснения динамической причинно-следственной структуры психических расстройств¹. В результате увеличилось коли-

чество исследований с использованием сетевых методов, имеющих своей целью установление причинно-следственных связей между психиатрическими симптомами на основании эмпирических данных.

Например, значительное число исследований было посвящено сетевой структуре посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), где каждая сеть обычно