

# Доктор Стрейнджлав, или как мы перестали бояться и полюбили неопределенность

Guloksuz S, van Os J. Dr. Strangelove, or how we learned to stop worrying and love uncertainty. *World Psychiatry* 2020;19(3):395-396.

*«Мы требуем четко определить области сомнений и неопределенности!»<sup>1</sup>*

Если в краткой истории психиатрии 80–90-е годы были ознаменованы революцией в классификации психических расстройств, последнее десятилетие запомнится борьбой с побочными продуктами, созданными в ходе этой реформы: диагностической разрозненности как принципа организации психиатрической помощи<sup>2</sup>.

После многих лет доминирования психоаналитических формулировок психиатрия приняла медицинскую модель в DSM-III. Это был необходимый сдвиг парадигмы, во многом позволивший достичь некоторых целей (например, повышения надежности, улучшения коммуникации между клиницистами и исследователями, создания основы для эмпирических исследований), но неспособный выполнить некоторые из своих обещаний (например, обеспечить обоснованность и показать [биологическое] происхождение психических заболеваний).

В последние годы растет недовольство DSM. Исследователи критикуют его атеоретическую и агностическую сущность, оторванность от «основанных на мозге» концепций или «психологических» конструкторов. Клиницисты жалуются на отсутствие значимой клинической полезности для ведения случаев и выбора лечения, при котором многие наблюдаемые клинические случаи либо попадают под несколько диагностических категорий, либо не вписываются ни в одну из них. Пациенты и их семьи возражают против «механической» операционалистской редукционистской процедуры, игнорирующей личность. То, что когда-то было знаменитой революцией, стало козлом отпущения – виновником почти всех наших неудач.

Есть ли реальная стратегия выхода из этой греческой трагедии? Парадокс в том, что мы не можем генерировать новые знания в этой системе, а заменить ее без новых знаний тоже невозможно. Поскольку исследования и клиническая практика имеют разные потребности и приоритеты, недавно было предложено несколько альтернативных структур: ориентированные на научный подход исследовательские критерии доменов (Research Domain Criteria, RDoC); основанный на моделях сетевой подход к психопатологии; универсальная Иерархическая таксономия психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP); утилитарная модель трансдиагностического стадирования. В этой краткой заметке мы будем придерживаться прагматического подхода и попытаемся обсудить, как мы можем хотя бы смягчить проблему диагностической разрозненности в клинической практике, применяя некоторые корректировки, до тех пор, пока не будет установлена лучшая диагностическая система, в идеале, классификация, основанная на патогенезе.

Чтобы принять плюрипотентность, нужно терпеть неопределенность. В отличие от культуры науки, где абсолютная уверенность считается смертным грехом, культура медицины часто не в состоянии признать неопределенность: (научные) гипотезы против (практических) диагнозов<sup>3</sup>. Несмотря на глубоко укоренившуюся неопределенность, психиатрия не является исключением. Ранняя психопатология состоит из плюрипотентной смеси фенотипических выражений, которые следуют разнообразным траекториям, противоречащим традиционным диагнозам. Однако

психиатрия построила разрозненные рамки, смоделированные по традиционным диагностическим системам, таким как концепция клинически высокого риска<sup>4,5</sup>. Совсем недавно трансдиагностическая модель клинического стадирования была введена для выявления неоднородности клинических и функциональных результатов с целью улучшения прогноза и предотвращения прогрессирования заболевания<sup>6</sup>.

По сравнению с RDoC и HiTOP, трансдиагностическая модель клинического стадирования, по-видимому, мотивирована прагматическими клинически ориентированными соображениями, и поэтому ее можно легко и без труда интегрировать в текущую клиническую практику и в дальнейшем применять с целью повышения качества и улучшения практики в молодежных службах психического здоровья. Однако в этой модели есть и подводные камни, которые требуют дальнейшего обдумывания.

Во-первых, она представляет собой еще одну категоризацию (по времени), границы которой еще предстоит определить, с неявной отсылкой на этиологическую различность и клиническую значимость, для которой не существует больших доказательств – и априори не должно – чем для традиционной категоризации. Во-вторых, что немаловажно, структура и семантика моментально напоминают нам об онкологических заболеваниях. Промежуточная система должна допускать двунаправленность (вверх и вниз) перехода между этапами в отличие от предлагаемой в настоящее время модели прогрессии (однонаправленной). В этом отношении современная модель стадий подразумевает, что душевные страдания лишены пластичности. Это значимое предположение, которое трудно подтвердить имеющимися научными доказательствами. Кроме того, трансдиагностическая модель прогрессирования не будет практичной, поскольку четверть популяции в конечном итоге достигнет по крайней мере второй трансдиагностической стадии, даже если использование этой системы ограничивается возрастной группой 12–25 лет<sup>7</sup>. Кроме того, многие согласны с тем, что нам следует избегать ассоциирования психических расстройств с онкологическими заболеваниями, что добавило бы дополнительных негативных коннотаций: представьте себе использование терминологии стадий для общения с молодыми пациентами и их семьями. Тем не менее, промежуточная система как минимум может помочь в некоторой степени преодолеть диагностическую разрозненность в клинической практике.

Чтобы увеличить полезность, нужно уменьшить количество. Ни одна существующая система классификации не претендует на диагностические категории как на истинно различные сущности, но диагнозы со временем материализуются. Кроме того, количество категорий психических расстройств увеличивалось с каждым новым изданием DSM (так называемая диагностическая инфляция), и, даже несмотря на большой объем собранных данных, очевидно, что психические расстройства не имеют четких границ, а имеют большое количество фенотипических и патогенетических совпадений. Остается неясным, как часто некоторыми категориями пользуются в рутинной практике. Возможно, будет достаточно широких категорий расстройств спектра, таких как расстройство психотического спектра, обогащенных трансдиагностическими оценками симптомов и функционирования.

Чтобы персонализировать, нужно характеризовать. Психиатрия должна принять свои ограничения и уникальность в медицине и вернуться к своим корням, поместив «человека» в центр. Появление DSM обесценило клиническую характеристику и непреднамеренно превратила формулировку случая в стандартную операционную процедуру, простую, но недостаточную. Как обсуждалось в недавнем обзоре<sup>9</sup>, мы должны не только на словах хотеть улучшить клиническую характеристику, а выходить за рамки простого контрольного списка симптомов. Психиатрия, как и другие отрасли медицины, – это вид искусства, в котором наука применяется в рамках практики. Классическое искусство психиатрии не было «крутым» на протяжении долгого времени, но, тем не менее, основное внимание в учебной программе по «клинической психиатрии» должно быть уделено навыкам психиатрического интервью и клинического обоснования, основанное на процессе характеристики, до тех пор пока исследователи не предоставят алгоритмы, которые поддержат или автоматизируют части клинического обоснования.

Чтобы находить альтернативы, нужно сотрудничать. Академическая психиатрия должна пригласить широкий круг заинтересованных сторон (например, пациентов, их семьи, лиц, осуществляющих уход, практикующих психиатров и лиц, определяющих политику), чтобы активно принимать участие в процессе с самого начала, выявляя ключевые проблемы и предлагая решения для удовлетворения потребностей нашего общества.

Пока не будут представлены убедительные доказательства, нынешняя система классификации вряд ли будет заменена предлагаемыми альтернативами для использования в клинической практике. А пока что вышеуказанные кор-

ректировки могут помочь преодолеть проблемы, возникающие из-за диагностической разрозненности в психиатрии.

**Sinan Guloksuz<sup>1,2</sup>, Jim van Os<sup>1,3,4</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Neuropsychology, School of Mental Health and Neuroscience, Maastricht University Medical Center, Maastricht, The Netherlands;

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA;

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands;

<sup>4</sup>Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

Перевод: Е. И. Тверская (Москва)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Adams D. The hitchhiker's guide to the galaxy. New York: Pocket Books, 1981.
2. van Os J, Guloksuz S, Vijn TW et al. World Psychiatry 2019;18:88-96.
3. Simpkin AL, Schwartzstein RM. N Engl J Med 2016;375:1713-5.
4. van Os J, Guloksuz S. World Psychiatry 2017;16:200-6.
5. Guloksuz S, Pries L, Have M et al. World Psychiatry 2020;19:199-205.
6. Shah JL, Scott J, McGorry PD et al. World Psychiatry 2020;19:233-42.
7. Merikangas KR, He J, Burstein M et al. J Am Acad Child Psychol 2010;49:980-9.
8. Guloksuz S, van Os J. Psychol Med 2017;48:229-44.
9. Maj M. Ann Gen Psychiatry 2020;19:27.

DOI:10.1002/wps.20794

## Лечение двойных расстройств: постановление неофициальной научной сети, комиссии ООН по наркотическим веществам

Volkow N, Torrens M, Poznyak V et al. Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. World Psychiatry. 2020;19(3):396-397

С 2015 г. Неофициальная Научная Сеть Всемирной Организации Управления ООН по Наркотикам и Преступности (UNODC) – Здравоохранения (ВОЗ) стремилась привнести научные данные в вопросы, касающиеся лечения и ухода при расстройствах, связанных с употреблением наркотиков, для донесения информации в критические дискуссии в Комитете по Наркотикам, директивном органе Организации Объединенных Наций (ООН), несущем главную ответственность за вопросы контроля над наркотиками. В последние годы вопросы общественного здоровья в глобальной проблеме с наркотиками, включая профилактику и лечение расстройств, связанных с употреблением наркотиков, стали занимать важное место в политических дебатах на площадке ООН<sup>1</sup>.

Расстройства, связанные с употреблением наркотиков, могут иметь разрушительные последствия для страдающих лиц, их семей и общества. Они связаны с потерей работоспособности, проблемами безопасности, преступности и бесчисленным множеством последствий для здоровья и общества. Лечение и уход за лицами с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, наносят серьезный удар по сети общественного здравоохранения стран-участниц ООН. Доступность эффективного лечения этих расстройств очень ограничена и далеко от достижения гло-

бальной цели покрытия медицинской помощью, установленной в Целях Устойчивого Развития 2030.

Эта ситуация больше усугубляется частой совместной встречаемостью расстройств, связанных с употреблением наркотиков, с другими психическими расстройствами (двойные расстройства)<sup>2</sup>, феноменом, связанным с увеличением госпитализаций в отделения неотложной помощи<sup>3</sup> и психиатрические отделения<sup>4</sup>, повышенным риском возобновления употребления наркотиков<sup>5</sup> и увеличением риска преждевременной смерти<sup>6</sup>, включая по причине суицида<sup>7</sup>. Очень высоко влияние двойных расстройств на отдельных личностей, общество в целом и общественное здравоохранение, и требуется междисциплинарный и всесторонний отклик на потребности лиц с этими расстройствами. К сожалению, имеется много пробелов в глобальной системе, которые плохо подготовлены к этим трудностям.

Недостаток внимания к проблеме частично обусловлен недостаточным обучением врачей диагностике и лечению двойных расстройств, а также структурными различиями и недостаточной координированностью между программами лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и психических расстройств во многих странах. Другие влияющие факторы включают «диагностическое заслонение»<sup>8</sup>, при котором у лиц, страдающих от расстройства,