ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Неврологический вестник. 2020; Т. LII (2): 20–28.

DOI: 10.17816/nb34129
УДК: 616.890

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМАТИКИ: АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ И ЗАПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Михаил Леонидович Зобин[1], Наталия Вячеславовна Устинова[2,3]

[1]Центр трансформационной терапии аддикций «Доброта», Черногория, г. Котор, Доброта ВВ, 85330, e-mail: dr.zobin@yandex.ru;
[2]Научно-исследовательский институт педиатрии и охраны здоровья детей «Центральная клиническая больница Российской академии наук», 199333, г. Москва, ул. Фотиевой, 10, стр. 1;
[3]Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы, 119334, г. Москва, 5-й Донской проезд, 2, e-mail: ust-doctor@mail.ru

Реферат

Надёжность и валидность традиционных классификаций вызывают обоснованные нарекания в связи с условностью границ между нормой и патологией, нечёткостью размежевания расстройств при их частом сочетании, неоднородностью и клинической нестабильностью симптомов в рамках диагностических категорий. Мало доказательств того, что большинство психических расстройств являются дискретными образованиями. Неудовлетворённость основанными на экспертном консенсусе классификациями привела к попыткам новой количественной и эмпирической систематизации психопатологии. Были предложены два альтернативных проекта: исследовательские критерии доменов (RDoC) и иерархическая таксономия психопатологии (HiTOP).

Цель статьи — прояснение концептуальных основ RDoC и HiTOP, обсуждение их преимуществ и недостатков в свете перспектив использования в клинической практике.

Ключевые слова: психопатологическая систематика, классификация, исследовательские критерии доменов (RDoC), иерархическая таксономия психопатологии (HiTOP).

PROBLEMS OF PSYCHOPATHOLOGIC SYSTEMATICS: ALTERNATIVE APPROACHES AND CLINICAL PRACTICE REQUESTS

Mikhail L. Zobin[1], Natalia V. Ustinova[2,3]

[1]Centre of transformational therapy of addictions “Dobrota”, 85330, Montenegro, Kotor, Dobrota BB, 85330, e-mail: dr.zobin@yandex.ru; [2]Pediatric research Institute of Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, 199333, Moscow, ul. Fotievoy, 10, bld. 1;
[3]Research and practical center for mental health of children and adolescents named after G.E. Sukhareva, 119334, Moscow, 5 th Donskoy proezd, 21a,e-mail: ust-doctor@mail.ru

Abstract

The reliability and validity of traditional classifications give rise to justifiable criticism because of the conventionality of the boundaries between norm and pathology, fuzzy delimitation of disorders and their frequent co-occurrence, heterogeneity and clinical instability of symptoms within the diagnostic categories. There is little evidence that the majority of mental disorders are discrete entities. Discontent with the expert consensus classifications have led to attempts at a new quantitative and empirical systematization of psychopathology. Two alternative projects have been proposed: Research Domain Criteria (RDoC) and the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). The aim of the paper is to clarify the conceptual framework of RDoC and HiTOP, discuss their advantages and disadvantages in terms of the prospects for use in clinical practice.

Keywords: psychopathologic systematics, classification, Research Domain Criteria (RDoC), the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP).

Необходимость в классификациях как общенаучном методе систематизации знаний продиктована не только академическими интересами и административными потребностями, но и запросами клинической практики.

Организованные научные усилия по созданию классификаций в психиатрии имеют двухсотлетнюю историю. На начальных этапах классификации представлялись системой учёта психических расстройств, в последующем всё большее внимание уделяли вопросам методологии формирования диагностических категорий, их феноменологической содержательности и прогностической ценности. Накопленный в процессе периодических обновлений научный потенциал воплощён в современных классификаторах — Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5 — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), которые, хотя и подвергаются широкой критике, всё же обеспечивают базовые потребности в организации психиатрической помощи.

Проблемы существующей систематики

Несмотря на многоплановый и гетерогенный характер психических расстройств, в психиатрии, как и в других клинических дисциплинах, неизменно используют категориальный подход, необходимый для установления диагноза и выработки дальнейшего алгоритма врачебных действий. При этом клиническая

практика не может обойтись и без количественных дескрипторов — физиологических и лабораторных показателей, психометрической оценки симптомов и прочих измеряемых параметров (дименсий). Понимание преимуществ и ограничений каждого из этих подходов — категориального (дискретного) и размерного (дименсионального) — представляется чрезвычайно важным в отношении методологических и содержательных аспектов психопатологической систематики.

Хотя возможности потенциальной интеграции дискретных и континуальных концепций в оценке психопатологических расстройств сохраняются [1, 2], активные попытки фундаментального пересмотра традиционных представлений свидетельствуют о поэтапном формировании новой парадигмы, ориентированной на размерные модели [3–5]. По данным двух метаанализов, использование дименсионального подхода вместо категориального повышает надёжность и валидность психопатологической диагностики на 15 и 37% соответственно [6].

Остаётся вопрос: насколько важны эти преобразования для клинических решений, если лечению подлежат не диагнозы, а симптомы [7]? Поскольку характеристики спектра психотропной активности лекарственных средств не связаны с диагностическими разграничениями, нозологический диагноз для оптимальных назначений не нужен [8]. Пациенты с одинаковым диагнозом часто по-разному реагируют на однотипное лечение, в то время как пациенты с разными диагнозами могут реагировать на него сходным образом [9]. С учётом этих данных заметно снижается терапевтическая утилитарность современных классификаций.

Исследования, проведённые в рамках Глобальной сети клинической практики (GCPN — от англ. Good Clinical Practice Network), показали, что обе классификации (МКБ-10 и DSM-5) наиболее полезны для административных целей и преподавания и менее полезны для выбора лечения и определения прогноза [10]. Это означает, что валидность психиатрической диагностики (корректность психопатологической маркировки диагностических рубрик), вероятно, подменяется показателями её надёжности («псевдоточности»), которые в свою очередь основаны лишь на договорных критериях специфичности и длительности существования симптомов [11, 12]. Такой подход не мешает администрированию и функционированию систем здравоохранения, но лишает его научной базы, тормозит исследования механизмов психических расстройств и поиск эффективных методов лечения.

При создании психопатологических классификаций традиционно применяют два подхода: авторитарный «нисходящий» (“top down”) и эмпирический «восходящий» (“buttom up”) [13, 14].

Авторитарный «нисходящий» подход основан на мнении экспертов, которые разрабатывают классификационные рубрики. Этот подход характеризует существующие нозологические классификации и концептуализирует наши клинические представления, создавая определённую нозологическую окраску симптома. К примеру, если мысли пациента характеризуются отчуждением, симптом рассматривают как проявление психического автоматизма, что указывает на высокую вероятность шизофрении.

Эмпирический «восходящий» подход предполагает конструирование синдрома из набора симптомов как из строительных блоков. При этом конкретный перечень симптомов охватывает обычно одну диагностическую категорию, хотя может включаться и в другие условные нозологии. «Восходящий» подход начинается с базовых наблюдений симптомов, которые в последующем объединяются в классификационные рубрики, а не с набора рубрик, которые потом заполняются клиническим содержанием.

В реальности эти подходы не являются изолированными, они скорее дополняют друг друга. Авторитарные классификации основаны на конкретных типах эмпиризма как части процесса конструирования нозологий, в свою очередь эмпирические подходы не обходятся без некоторых установочных представлений в оценке и объединении отдельных психопатологических симптомов. Однако именно авторитарные нозологические классификации самым серьёзным образом влияют на алгоритмы диагностики, клиническую практику и психиатрические традиции в целом [15].

Признание того, что официальные классификации плохо согласуются с потребностями клинической практики, относится не столько к самим симптомом, сколько к их объединению в рамках отдельных расстройств [6]. В первую очередь это касается неоднородности диагностических рубрик, которая определяется политетической структурой их организации. Особенностью политетической кластеризации является то обстоятельство, что в существующей совокупности признаков каждый из них в отдельности не может быть отнесён только к одной рубрике. В результате пациенты с одинаковыми проявлениями могут иметь разные диагнозы, в то время как два пациента с одинаковым диагнозом могут не иметь ни одного общего симптома.

Другая проблема связана с тем, что категориальные классификации не могут объяснить сложные паттерны коморбидности, которые регулярно отмечают в клинической практике. Неизвестно, идёт речь о комбинации разнородных нарушений или о расстройствах, имеющих общие механизмы возникновения и течения. Попытками преодоления проблемы нечёткости диагностических разграничений в современных классификациях служат объединение смежных форм патологии в спектры, совмещающие категориальные диапазоны, и использование рубрик «другие расстройства».

Кроме того, категориальные классификации недостаточно чувствительны к оценке подпороговых симптомов, хотя переходные состояния между нормой

и патологией — явление довольно распространённое. Так, например, социальная фобия может варьировать от лёгкого дискомфорта в определённых ситуациях до интенсивности, тотально нарушающей весь жизненный уклад личности. Подобный континуум противоречит ортодоксальным представлениям о том, что психопатологическое расстройство — качественно иное состояние, и границы на переходе от нормы к патологии бывают дискретными. Однако такое бескомпромиссное размежевание нормы и патологии сегодня подвергается серьёзному испытанию.

И наконец, действующая МКБ-10 далеко не для всех нозологий определяет тяжесть расстройства. Между тем, выраженность симптомов даёт почти в 2 раза больше информации о функционировании пациента, чем категориальный диагноз [7], а схемы лечения могут существенно различаться в зависимости от тяжести расстройства [9].

Традиционные нозологии, лежащие в основе современных классификаций, основаны на дескриптивной (описательной) феноменологии. Новые знания в области генетики и нейробиологии пока не достигают необходимого уровня систематизации, чтобы использовать их для создания классификаций [16]. Примечательно, что как только обнаруживают достоверную биологическую основу страдания, психические расстройства начинают рассматривать как проявление неврологического заболевания. Так произошло с эпилепсией, сейчас это происходит с болезнью Альцгеймера, близкие перспективы имеют расстройства аутистического спектра.

В современных попытках модернизации психопатологической систематики можно выделить два непротиворечивых подхода: нейробиологический и дименсиональный. Эти два подхода отражены в двух исследовательских проектах:

1) инициативе Национального института психического здоровья США по Исследовательским критериям доменов (RDoC — от англ. Research Domain Criteria) [17, 18];

2) консорциуме по Иерархической таксономии психопатологи (HiTOP — от англ. Hierarchical Taxonomy of Psychopathology), объединяющем мультидисциплинарную команду исследователей: клиницистов, психологов, системных аналитиков и экспертов в области наукознания [15, 19].

Исследовательские критерии доменов (Research Domain Criteria — RDoC)

Этот долгосрочный исследовательский проект, ориентированный на создание принципиально новой психопатологической систематики и основанный на актуальных достижениях генетики, нейровизуализации и когнитивных наук, выстроен по «нисходящему» принципу, поскольку выбор самих доменов и встроенных конструкций определяют группы экспертов. В отличие от идеологии DSM-5 эти конструкции рассматриваются не в рамках установленных диагностических категорий, а в качестве первичных характеристик, которые в перспективе могут стать основой для диагностических рубрик (рис. 1).

Сам проект призван переориентировать исследования в области психического здоровья с DSM-5 на подходы, связанные с более глубоким пониманием биологической природы психических расстройств, на нейрональные и поведенческие конструкты, которые должны приблизить психиатрию к точной медицине (precision medicine) [18, 20]. Эти конструкты отражают диапазон возможных изменений, подчёркивая относительность и изменчивость границ между нормой и патологией [21, 22]. При этом выраженность нарушений функционирования конструкций может не иметь линейных корреляций с тяжестью психопатологического расстройства [23, 24]. Ключевым является понимание механизмов психопатологического сдвига, которые в размерной модели не заслоняются искусственной дихотомизацией традиционных психиатрических нозологий. Парадокс состоит в том, что непрерывное измерение лучше выявляет значимые пороги между нормой и патологией, которые представляются зонами столкновения патогенных факторов и защитных механизмов психики [15, 25].

В настоящее время в многомерной структуре RDoC, созданной для организации исследований, выделено 6 основных доменов: (1) группа симптомов негативной валентности, (2) система позитивной валентности, (3) когнитивные симптомы, (4) симптомы социальных процессов, (5) система активирующих и модулирующих процессов, (6) сенсомоторные системы. Эти домены служат каркасом для функционально организованных конструкций, каждая из которых должна отвечать двум критериям: (1) отражать валидную поведенческую функцию и (2) иметь нейрональную сеть, ответственную за её реализацию.

Нейрональная сеть (brain circuitry) служит центральной единицей анализа доменов и может рассматриваться на генетическом, молекулярном и клеточном уровнях. Единицами своего рода макроанализа доменов и их конструкций становятся результаты работы нейрональной сети: физиологические процессы, поведенческие паттерны и общее психофизическое самочувствие (самоотчёты). Последний столбец на рис. 1 представляет различные парадигмы, используемые для оценки всей конструкции [18]. Важно установить, на каком уровне анализа можно обнаружить диагностические кластеры, способные различать предполагаемые типы психических расстройств [26].

Некоторые конструкции доменов уже неплохо изучены. Примерами могут служить «острая угроза (страх)», «обучение подкреплению» и «декларативная память». При нарушениях нормального функционирования в этих технологических модулях клинически процесс обычно реализуется как «посттравматическое стрессовое расстройство», «психоз» и «злоупотребление психоактивными веществами» соответственно [28].

ДОМЕНЫ/ КОНСТРУКЦИИ	**ЕДИНИЦЫ АНАЛИЗА**							**Пара-дигмы**
	Гены	**Молекулы**	**Клетки**	**Сети**	**Физио-логия**	**Поведе-ние**	**Самоот-чёты**	
Системы негативной валентности								
Острая угроза («страх»)								
Потенциальная угроза («тревога»)								
Стойкая угроза								
Утрата								
Фрустрирующее отсут-ствие подкрепления								
Системы позитивной валентности								
Сближающая мотивация								
Первичная чувствитель-ность к вознаграждению								
Стойкая чувствительность к вознаграждению								
Обучение подкреплению								
Привычка								
Когнитивные системы								
Внимание								
Восприятие								
Рабочая память								
Декларативная память								
Речевая деятельность								
Когнитивный контроль								
Системы социальных процессов								
Потребность в участии и привязанность								
Социальная коммуни-кация								
Восприятие и осознание себя								
Восприятие и осознание других								
Активирующие / модулирующие системы								
Активация								
Биологические ритмы								
Сон-бодрствование								
Сенсомоторные системы								
Двигательный акт								
Вовлечённость и контроль деятельности								
Стереотип								
Врождённые моторные паттерны								

Рис. 1. Схема RDoC [18, 27]

Определённым проявлениям психопатологии (клинически значимому поведению и самоотчётам) в RDoC должны соответствовать определённые нейрональные сети, что до некоторой степени представляется умозрительной проекцией. Несмотря на то обстоятельство, что современные возможности нейровизуализации позволяют реконструировать различные зоны активности мозга, бывает непонятно, где эта активность начинается и где заканчивается. То есть существует проблема функциональной локализации нейрональной сети. В то же время достижения современной коннектомики[1], использующей флюоресцентные белки (brainbow), позволяют надеяться на скорое преодоление этих затруднений [29–31].

Предполагают, что этиопатогенетическая структура, соотносимая с определённым клиническим синдромом, может быть обнаружена на уровнях коннектома и/или паттернов активации определяемых нейронных сетей. По существу нужен психопатологический «биотип»[2], который надёжно коррелирует с определённым психопатологическим паттерном. Вполне возможно, что дискретные биотипы, соответствующие официальным нозологиям, обнаружить не удастся. Будет ли это означать вырождение психиатрии, основанной на номологических[3] клинико-феноменологических представлениях, и её смещение в область «нейронозологии»? Нет сомнений, что сама тенденция сохранится, однако маловероятно, что подобные «биосигнатуры» могут стать конечной и достаточной основой психопатологической систематики [32], по крайней мере, они не способны отражать смысловые характеристики сознания, которые могут радикальным образом изменять поведение.

Есть ещё две важнейших взаимосвязанных дименсии в RDoC, не отражённых на рис. 1: траектория психического развития индивида (от пренатального периода до нейрокогнитивных расстройств позднего возраста) и влияние внешней среды. Оба параметра также можно рассматривать на всех уровнях анализа.

Несмотря на то, что не все допущения, положенные в основу RDoC, могут быть незамедлительно приняты клиницистами, сама концепция способна заметно облегчить трансляционные исследования[4] в области психопатологии [33].

Иллюстрацией того, как этот подход может содействовать прогрессу психиатрии, служит исследование сети биполярности и шизофрении по промежуточным фенотипам [34]. Пациенты с клиническими диагнозами шизофрения, шизоаффективное расстройство и биполярное расстройство I типа были объединены в общую когорту, которую исследовали на разных уровнях анализа по дименсиям когнитивного контроля и сенсомоторной реактивности. Использовали большую группу биомаркёров, характеризующих различные аспекты церебральной активности [35], включая плотность серого вещества и разноуровневую сетевую дезорганизацию [36, 37]. Многофакторный таксометрический анализ выявил три нейробиологически различных биотипа психоза, которые не соответствовали границам клинического диагноза. Предполагают, что выделенные биотипы могут иметь бóльшую биологическую достоверность и лучшую клиническую предсказуемость, чем диагностические категории, определяемые психопатологическими симптомами.

Поскольку чрезвычайно важно определить, какие условия и на каких уровнях генерируют синдромальный паттерн, определяющий вид расстройства, приходится признать, что предлагаемые измерения пока больше декларированы, чем реально разработаны. К тому же экологические, социальные и культурные аспекты в этой модели остаются недооценёнными [38].

Иерархическая таксономия психопатологии (The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology — HiTOP)

В ходе разработки DSM-5 иерархическая концепция, ориентированная на дименсиональные подходы к психопатологии, уже была предложена в качестве клинически более информативной и соответствующей естественной организации психических расстройств [6, 39], но отклонена как недостаточно разработанная. Оформившись в последующем как исследовательская платформа, HiTOP является «восходящим» эмпирическим подходом, основанным на факторном анализе клинических симптомов, многомерных взаимосвязях и процессах, обеспечивающих иерархическую структуру психопатологии (рис. 2) [15].

На рис. 2:

– субспектр *компульсивность* включает обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства пищевого поведения;

– *стержневая интернализация* — большую депрессию, генерализованную тревогу, паническое расстройство, социальную тревогу, избегающее, зависимое и пограничное расстройство личности, посттравматическое стрессовое расстройство, специфическую фобию;

– *соматоформные расстройства* — расстройство с соматическими симптомами, ипохондрическое тревожное расстройство, конверсионное расстройство, симулятивное расстройство;

– *отгороженность* — шизотипическое, шизоидное и параноидное расстройства личности;

– *стержневые расстройства мышления* — манию, параноидный психоз;

---

[1]Коннектом (англ. connectome) — картированная архитектура нейрональных связей.

[2]Биотип в этой концепции представляет собой биологически различимый фенотип, некий конструкт с общими когнитивными и нейрофизиологическими характеристиками.

[3]Номологичность (греч. *nomos* — закон) — закономерность, не имеющая теоретического обоснования.

[4]Трансляционная медицина — взаимосвязь между экспериментальными и клиническими практиками.

Рис. 2. Этапная рабочая модель [15]

– *антагонистические расстройства* — истерическое, нарциссическое, антисоциальное и пограничное личностное расстройства;

– *расторможённость* — расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, антисоциальное личностное расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Основные симптомы приведённых диагнозов (по DSM-5) подвергали факторному анализу. На основании этих данных все расстройства были объединены в субспектры компульсивности, стержневой интернализации и соматоформных расстройств, которые сводились в спектр интернализации в широком значении. Интернализация и экстернализация — трансдиагностические спектры проблемного поведения, которые отражают непсихотические формы психопатологии и фундаментальные характеристики личности [40–42]. Интернализующие паттерны представляют собой континуум чрезмерно контролируемых реакций, указывающих на внутренние проблемы: застенчивость, беспокойство, тревогу, депрессию, соматоформные расстройства и отказ от социальных контактов. Спектр экстернализации определяется недостаточно контролируемыми реакциями: импульсивностью, оппозиционностью, трудностями концентрации внимания, гиперактивностью и приступами гнева, а также агрессивным и деструктивным поведением. В этом спектре объединяются субспектры антагонистических расстройств и расторможённости. Субспектры отгороженности и стержневых нарушений мышления объединяются в спектр расстройств мышления в расширенном значении. Расширенный спектр расстройств мышления отражает тесные связи между диспозиционными (шизотипическими) и острыми (шизофрения) психотическими проявлениями [43–45].

Три основных спектра — интернализации, расстройств мышления и экстернализации — составляют общий психопатологический домен. Следует отметить, что на рис. 2 представлена этапная рабочая модель, и соотношение блоков в ней, вероятно, будет уточняться и видоизменяться по мере получения новых данных.

По результатам анализа 177 исследований, вобравших более полумиллиона человек, было установлено, что симптомы психопатологических расстройств, при их многомерном анализе в качестве переменных, являются скорее непрерывными (дименсиональными), чем дискретными (категориальными) [46]. В целенаправленных исследованиях не было получено убедительных доказательств существования таксономических разрывов[5] ни при личностных [47], ни при диссоциативных [48], ни при психотических [49] расстройствах.

Этот непрерывный характер психопатологической изменчивости обеспечивает основу для понимания психопатологического фенотипа, который становится результатом смешения многочисленных воздействий, причём пропорции этих воздействий непрерывно варьируют, создавая безграничное различие фенотипов [50].

Вместо диагностической дихотомизации, характерной для традиционных психиатрических нозологий, платформа HiTOP предлагает иерархически организованную систему психопатологических кластеров. Классический пример — тревога и депрессия. Имея высокий уровень корреляции, состояния всё же имеют клинически значимые различия.

В МКБ-10 для сочетания симптомов из разных нозологий предложены «смешанные категории». К примеру, «смешанное тревожно-депрессивное расстройство», которое должно отличаться и от изолированной тревоги, и от изолированной депрессии. Однако в полевых испытаниях этот диагноз показал низкую надёжность из-за разной степени коррелированности симптомов тревоги и депрессии [51].

Ключом к разрешению подобной дилеммы в HiTOP служит концептуализация тревожных и депрессивных проявлений в рамках иерархически организованной системы измерений, включённых в понятие спектра [7]. В предлагаемой схеме и тревога, и депрессия

[5]В психопатологии под таксоном понимают устойчивое во времени дискретное психопатологическое образование, выделяемое на основании общих признаков.

относятся к субспектру стержневой интернализации. Такой подход хорошо согласуется с практически однотипной терапией тревоги и депрессии [52, 53]. То же самое относится к соматоформным расстройствам, где основной способ вмешательства для всех проявлений — психотерапия [54]. Таким образом, иерархическая психопатология поддерживает трансдиагностический подход к терапии, ориентированный не на диагноз, а на расстройства, перекрывающие нозологические границы.

Обсуждение

Платформы RDoC и HiTOP, хотя и разрабатывались в противовес дискретным диагностическим категориям, не стремятся немедленно отменить феноменологическую концептуализацию клинической психопатологии. Цель новых подходов — привлечь внимание к фундаментальным нейробиологическим конструкциям и альтернативным способам анализа эмпирических данных. Будучи не столько прототипами новых классификаций, сколько способами внедрения новых парадигмальных оснований, представленные модели видоизменяют существующие представления в области психопатологии, открывая целые направления будущих исследований [3, 4, 23].

При этом трудно не заметить некоторые концептуальные ограничения, связанные с перспективами клинического применения новых подходов. Так, например, в проекте RDoC нейрональные корреляты психических расстройств выглядят слишком умозрительными, чтобы стать надёжными маркёрами новой психопатологической систематики. Сомнительной также представляется сама механистическая концепция нейрональной активности в качестве адекватного отражения разнородных биопсихосоциальных проблем психиатрии: клинической феноменологии, индивидуального опыта, социальных и межличностных процессов [11].

При том, что RDoC имеет этиологическую направленность, инфраструктура проекта преимущественно ориентирована на базовые уровни анализа. Этиологические диагнозы хороши для монокаузальных расстройств, где причины определяются одним уровнем. Психические расстройства, с их многофакторными биопсихосоциальными характеристиками, не предполагают единой причины возникновения. При множественных механизмах различить причины и следствия бывает достаточно проблематично. По этой причине этиологическая модель в психиатрии, вероятно, потребует консенсуса относительно уровня причинности. В качестве альтернативы жёсткой медицинской модели, основанной на отдельных биологических сущностях, К. Кендлер предлагает сосредоточиться на межуровневых механизмах, которые могут более реалистично улавливать истинную природу психических расстройств [55].

Необходимо, однако, отметить, что проект RDoC остаётся открытым для новых конструкций и уровней анализа. В частности, признана важность лонгитудинальных исследований и в возрастном, и в эпигенетическом аспекте [18]. К тому же, несмотря на то обстоятельство, что критерии доменов акцентируют преемственность между «нормальным» адаптивным функционированием и психопатологией, такой подход не позиционируется как единственно возможный.

Что касается этапной модели HiTOP, то и она представляется недостаточно полной и симметричной. В устойчивых иерархических структурах влияние вышележащих конструкций на нижележащие примерно одинаково. В предлагаемой схеме этого нет, к тому же общий психопатологический домен не охватывает всю психопатологию. Отсутствуют, например, расстройства психического развития, аутистический спектр, нет нейрокогнитивных нарушений. Однако обсуждаемая схема не является окончательной, напротив — предполагает пересмотр конструктных значений в процессе исследования собственной валидности [15, 19]. Несмотря на все текущие ограничения иерархического подхода, количественная нозология точнее отражает клиническую реальность, чем традиционные диагностические классификации, что определяет полезность её практического применения и потенциал для последующего улучшения психиатрической помощи.

В отличие от когнитивных нейробиологических конструкций RDoC, трансляция которых в клиническую практику откладывается на перспективу, проект HiTOP уже можно использовать в клинических исследованиях и на практике для концептуализации психопатологического фенотипа. Важно понимать, что HiTOP, устраняя недостатки традиционных нозологий и обобщая феноменологию, организует психопатологию в качестве фенотипической модели, которая напрямую не включает этиологию [5]. В отличие от иерархической схемы, в измерениях RDoC часто отсутствуют когерентные фенотипы, в то время как в измерениях HiTOP трудноразрешимы биологические аспекты, природу и валидность которых в свою очередь может прояснить анализ конструкций доменов. Таким образом, интерфейс между нейробиологическими конструкциями доменов и фенотипическими конструкциями иерархической таксономии служит важнейшим средством соединения структуры и процесса в понимании психопатологии [56]. Экспериментальная модель RDoC и описательный характер HiTOP в сочетании объединяют научную платформу с клинической практикой, способствуя единому пониманию нозологии.

Потенциальные преимущества новых подходов не отменяют клинической реальности настоящего. Поскольку психиатр лечит пациента, а не нейронную сеть [38], сохраняется потребность в феноменологической классификации, соотносимой с пониманием субъективных аспектов психического расстройства [57]. Вне этого личностного контекста психиатрия рискует утратить предмет своей деятельности как клинической

дисциплины [58]. В этом аспекте актуальным остаётся полноценное использование методов описательной психиатрии для установления правильного диагноза и максимально адекватного лечения [59, 60]. Для этого сам диагноз должен восприниматься лишь ступенью в процессе определения плана лечения и составления прогноза. Другой ступенью служит описание характеристик конкретного случая с учётом всех дополнительных параметров, включая психопатологические дименсии, предлагаемые альтернативными исследовательскими проектами [9]. Подтверждением важности такого подхода служит то, что даже при ограниченном понимании природы психопатологических расстройств в одном из метаанализов эффективность психиатрического лечения оказалась сопоставимой и даже превосходящей таковую для большинства медицинских специальностей [61].

Таким образом, обе инициативы (RDocC и HiTOP), несмотря на определённые внутренние ограничения, представляют собой инновационные направления в исследовании проблем психического здоровья. Они знаменуют предметные и преобразующие усилия по разработке принципиально новой психиатрической классификации и подходов к лечению, основанных на нейрональных и иерархических моделях, соответствующих сложной природе психобиологических и социальных взаимодействий. В то же время, несмотря на критическую оценку действующих классификаций, их дескриптивный характер сохранится до тех пор, пока в рамках существующих нозологий не будут доказательно установлены разнородные этиологические расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry*. 2016; 15 (1): 26–31.

2. Masyn K.E., Henderson C.E., Greenbaum P.E. Exploring the latent structures of psychological constructs in social development using the dimensional-categorical spectrum. *Soc. Dev*. 2018; 12: 82–86.

3. Cuthbert B.N. Dimensional models of psychopathology: Research agenda and clinical utility. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114 (4): 565–569.

4. Widiger T.A., Samuel D.B. Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fifth edition. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114 (4): 494–504.

5. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*. 2018; 17 (1): 24–25.

6. Markon K.E., Chmielewski M., Miller C.J. The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychiatr. Bull*. 2011; 137: 856–879.

7. Waszczuk M.A., Zimmerman M., Ruggero C. et al. What do clinicians treat: diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. *Compr. Psychiatry*. 2017; 79: 80–88.

8. Taylor D. Prescribing according to diagnosis: how psychiatry is different. *World Psychiatry*. 2016; 15 (3): 224–225.

9. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry*. 2018; 17 (2): 121–122.

10. First M.B., Rebello T.J., Keeley J.W. et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry.* 2018; 17 (2): 187–195.

11. Kirmayer L.J., Grafa D. What kind of science for psychiatry? *Front. Hum. Neurosci*. 2014. https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00435 (access date: 20.04.2020).

12. Shorter E. Psychiatry and fads: why is this field different from all other fields? *Can. J. Psychiatry.* 2013; 58 (10): 555–559.

13. Katz M.M., Cole J.O., Barton W.E. *The role and methodology of classification in psychiatry and psychopathology. Public Health Service Publication No. 1584.* Washington, D.C.: U.S. Govt. 1965; 72–76.

14. Blashfield R. *The classification of psychopathology: neo-kraepelinian and quantitative approaches*. New York: Plenum Press. 1984; 328 p.

15. Krueger R.F., Kotov R., Watson D. et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*. 2018; 17 (3): 282–293.

16. Kapur S., Phillips A.G., Insel T.R. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol. Psychiatry***.** 2012; 17: 1174–1179.

17. Insel T., Cuthbert B., Garvey M. et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am. J. Psychiatry*. 2010; 167: 748–751.

18. Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*. 2014; 13, 28–35.

19. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J. Abnorm. Psychol*. 2017; 126: 454–477.

20. Van Os J., Delespaul P., Wigman J. et al. Beyond DSM and ICD: introducing “precision diagnosis” for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry*. 2013; 12 (2): 107–110.

21. Markon K.E. How things fall apart: understanding the nature of internalizing through its relationship with impairment. *J. Abnorm. Psychol*. 2010; 119: 447–458.

22. Jonas K., Markon K. A model of psychosis and its relationship with impairment. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2013; 48: 1367–1375.

23. Krueger R.F., Markon K.E. A dimensional-spectrum model of psychopathology: progress and opportunities. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011; 68 (1): 10–11.

24. Wakschlag L.S., Estabrook R., Petitclerc A. et al. Clinical implications of a dimensional approach: the normal: abnormal spectrum of early irritability. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2015; 54: 626–634.

25. Garvey M., Avenevoli S., Anderson K. The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria and Clinical Research in Child and Adolescent Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2016; 55 (2): 93–98.

26. Yager J., Feinstein R.E. Potential applications of the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) to clinical psychiatric practice: how RDoC might be used in assessment, diagnostic processes, case formulation, treatment planning, and clinical notes. *J. Clin. Psychiatry.* 2017; 78 (4): 423–432.

27. Harrison L.A., Kats A., Williams M.E., Aziz-Zadeh L. The importance of sensory processing in mental health: A proposed addition to the Research Domain Criteria (RDoC) and suggestions for RDoC 2.0. *Front. Psychol*. 2019; 10: 93.

28. Keshavan M.S., Clementz B.A., Pearlson G.D. et al. Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. *Schizophr. Res*. 2013; 146: 10–16.

29. Livet J., Weissman T.A., Kang H. et al. Transgenic strategies for combinatorial expression of fluorescent proteins in the nervous system. *Nature.* 2007, 450 (7166): 56–62.

30. Lichtman J., Livet J., Sanes J. A technicolour approach to the connectome. *Nat. Rev. Neurosci.* 2008; 9 (6): 417–422.

31. Alivisatos A.P., Chun M., Church G.M. et al. The brain activity map project and the challenge of functional connectomics. *Neuron*. 2012; 74, 970–974.

32. Pawelzik M.R. Commentary on Henrik Walter's "The third wave of biological psychiatry". *Front. Psychol*. 2013; 4: 832.

33. Sanislow C.A. Updating the research domain criteria. *World Psychiatry*. 2016; 15 (3): 222–223.

34. Tamminga C.A., Pearlson G., Keshavan M. et al. Bipolar and schizophrenia network for intermediate phenotypes: Outcomes Across the Psychosis Continuum. *Schizophr. Bull*. 2014; 40 (suppl. 2): S131–S137.

35. Clementz B.A., Sweeney J.A., Hamm J.P. et al. Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers. *Am. J. Psychiatry*. 2015; 173: 373–384.

36. Ivleva E.I., Clementz B.A., Dutcher A.M. et al. Brain structure biomarkers in the psychosis biotypes: Findings from the bipolar-schizophrenia network for intermediate phenotypes. *Biol. Psychiatry.* 2017; 82 (1): 26–39.

37. Zhang W., Lei D., Keedy S.K. et al. Brain gray matter network organization in psychotic disorders. *Neuropsychopharmacol*. 2020; 45 (4): 666–674.

38. Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry*. 2014; 13: 46–47.

39. Helzer J.E., Kraemer H.C., Krueger R.F. et al. *Dimensional approaches in diagnostic classification: refining the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2009; 115–127.

40. Achenbach T.M., Rescorla L.A. *Manual for the ASEBA school age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. 2001; 212 p.

41. Achenbach T.M. *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families. 2009; 122 p.

42. John O.P., Robins R.W., Pervin L.A. *Handbook of personality*. New York: Guilford. 2008; 881 p.

43. Van Os J., van der Steen Y., Islam M.A. et al. Investigators Evidence that polygenic risk for psychotic disorder is expressed in the domain of neurodevelopment, emotion regulation and attribution of salience. *Psychol. Med*. 2017; 47 (14): 2421–2437.

44. Guloksuz S., van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol. Med*. 2018; 48: 229–244.

45. Docherty A.R., Fonseca-Pedrero E., Debbané M. et al. Enhancing psychosis-spectrum nosology through an international data sharing initiative. *Schizophr. Bull*. 2018; 44 (suppl. 2): S460–S467.

46. Haslam N., Holland E., Kuppens P. Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychol. Med*. 2012; 42: 903–920.

47. Livesley W.J. Conceptual and taxonomic issues. In: *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. W.J. Livesley ed. New York. Guilford Press. 2001; 3–38.

48. Modestin J., Erni T. Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Res.* 2004; 126 (1): 77–82.

49. Elahi A., Perez Algorta G., Varese F. et al. Do paranoid delusions exist on a continuum with subclinical paranoia? A multi-method taxometric study. *Schizophr. Res*. 2017; 190: 77–81.

50. Okbay A., Baselmans B., De Neve J. et al. Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms, and neuroticism identified through genome-wide analyses. *Nat. Genet*. 2016; 48: 624–633.

51. Möller H.J., Bandelow B., Volz H.P. et al. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2016; 266: 725–736.

52. Andrews G., Goldberg D.P., Krueger R.F. et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol. Med*. 2009; 39: 1993–2000.

53. Barlow D.H., Farchione T.J., Bullis J.R. et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74 (9): 875–884.

54. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues Clin. Neurosci*. 2018; 20 (1): 23–31.

55. Kendler K.S. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol. Psychiatry*. 2012; 17: 11–21.

56. Perkins E.R., Latzman R.D., Patrick C.J. Interfacing neural constructs with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology: "Why" and "how". *Personal Ment. Health.* 2020; 14 (1): 106–122.

57. Akram F., Giordano J. Research Domain Criteria as psychiatric nosology. *Camb. Q. Healthc. Ethics*. 2017; 26 (4): 592–601.

58. Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen — and soon. *Br. J. Psychiatry*. 2012; 201: 421–422.

59. Fava G.A., Rafanelli C., Tomba E. The clinical process in psychiatry: a clinimetric approach. *J. Clin. Psychiatry*. 2012; 77: 173–178.

60. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*. 2013; 12 (2): 111–112.

61. Leucht S., Hierl S., Kissling W. et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br. J. Psychiatry*. 2012; 200: 97–106.

Поступила 20.05.2020; принята в печать 15.06.2020.