

Прототипная диагностика психиатрических синдромов

Drew Westen

Department of Psychology and Psychiatry, Emory University 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322, USA

Перевод: Царенко М.А., Захарийчук Ю.В. (Москва)
Редактор: Мартынихин И.А. (Санкт-Петербург)

Использовавшийся в психиатрии с начала 1980-х годов метод диагностики, в котором оценивается наличие или отсутствие каждого из нескольких сотен симптомов, а затем, при помощи специальных правил, симптомы объединяются для каждого из нескольких сотен расстройств, способствовал достижению больших успехов в исследованиях на протяжении последних 30 лет. Однако его проблемы становятся все более очевидными, особенно в клинической практике. Альтернативным подходом, обеспечивающим удобство практического применения, является метод сопоставления с прототипом. Вместо подсчёта симптомов расстройства и определения, переходят ли они условную границу, задача диагноза в этом случае состоит в том, чтобы измерить степень, в которой статус пациента соответствует краткому описанию расстройства, используя для этого простую пятибалльную шкалу, от 1 ("отсутствие или наличие несущественного совпадения") до 5 ("очень точное совпадение"). Результатом становится одновременно и дименсиональный диагноз, который оценивает степень, в которой пациент «имеет» расстройство, и категориальный диагноз, где 4 и 5 баллов соответствуют наличию расстройства, а 3 балла указывают на «подпороговые» или «клинически значимые признаки», выраженность которых не достигает степени расстройства. Расстройства и критерии, вписанные в прототипы, можно идентифицировать эмпирически, так что прототипы одновременно и научно обоснованы, и удобны в клиническом использовании. У диагностики с помощью прототипов есть много преимуществ: она лучше отражает путь естественного выделения новых и сложных стимулов человеком; является полезным, надежным и удобным в ежедневном клиническом применении методом; одновременно обеспечивает дименсиональную и категориальную диагностику, значительно сокращает количество категорий, требуемых для классификации; предполагает клинически более богатую, выведенную эмпирически и более соответствующую культурным особенностям классификацию; уменьшает разрыв между научными критериями и клиническим опытом, позволяя обучающимся клиницистам изучить небольшой набор стандартизированных прототипов и со временем получить более широкое представление о расстройствах на основе своего клинического опыта; может помочь в решении сложного вопроса о связи между психиатрическим диагнозом и функциональными нарушениями.

Ключевые слова: Прототип, диагноз, классификации, МКБ-11, DSM-5, категориальный диагноз, дименсиональный диагноз, коморбидность

(*World Psychiatry* 2012;11:16-21)

Диагностическая система включает два компонента: способ классификации расстройств и способ постановки диагноза у пациента с использованием данной классификации. Появление DSM-III сыграло поворотную роль в развитии обоих компонентов. Впервые, DSM-III перешла от классификационной системы, мало основанной на эмпирических исследованиях, к системе, хотя как-то на них основывающейся и, что более важно, дала толчок для многочисленных исследований в области психических расстройств. Во-вторых, DSM-III изменила подход к диагностике с прежнего, демонстрировавшего низкую степень согласованности между любыми двумя клиницистами или исследователями, к подходу, который имеет высокую надежность в рамках исследовательских работ (что достигается применением структурированных интервью), однако демонстрирует существенные ограничения в повседневной клинической практике [1].

За последние десятилетия, тысячи исследований были сфокусированы на классификации, будто добавив, убрав или пересмотрев тот или иной диагностический критерий можно значимо изменить надежность и валидность диагностики. До сих пор мало изучается то, как сделать сам диагностический процесс более удобным практически, достоверным и надежным. Создатели последних изданий DSM видимо полагают, что клиницистам необходимо изменить их подходы и начать проводить диагностику пациентов так, как это делают научные исследователи.

Проблемы, связанные с этим положением многогранны. DSM-IV-TR [2] – это пособие из 886 страниц. Мысль, что клиницисты в ежедневной практике могут, могли бы, или должны задавать вопросы о каждом из сотен совершенно не относящихся к делу критериев сотен совершенно не относящихся к делу расстройств, например, пациенту с относительно высо-

ким социальным функционированием, с симптомами тревоги или семейными проблемами, в лучшем случае сомнительна. К тому же, многие вопросы, необходимые для диагностики в научных условиях, не связаны с задачами клинического диагноза и лечения. То, что пациент с симптомами булимии передал и вызывал рвоту дважды в неделю на протяжении какого-то периода времени намного менее важно, чем то, что пациент передал и вызывает рвоту часто (например, ежедневно, еженедельно или несколько раз в день) и эпизодам переедания предшествовало чувство отвержения и брошенности.

Необоснованность критериев тяжести, длительности и количества симптомов – это проблема не только для практической работы, но и для исследовательской. В обзоре методологически качественных исследований эффективности психотерапии при некоторых самых распространенных расстройствах (например, расстройствах настроения и тревожных расстройствах), мы с коллегами обнаружили, что в типичном исследовании исключалось большинство пациентов, которые в целом могли бы быть пригодны для участия в нем, но не соответствовали чересчур жестким критериям включения или имели коморбидные расстройства, которые на самом деле являются скорее нормой, чем исключением, как в научной, так и в клинической работе [3]. Также, для включения в клинические исследования требуется категориальный диагноз в качестве предварительного условия для вступления в исследование, но практически никогда он не используется как основной показатель эффективности изучаемых вмешательств. За несколько недель лечения у пациента могут исчезнуть один или два симптома расстройства, что может быть расценено как наступление ремиссии, в то время как прочая симптоматика остается еще ярко выраженной. Исследователи используют в качестве показателей эффективности дименсиональную оцен-

ку, например, депрессии или тревоги т.к. они осознают, что пациенты отличаются в степени выраженности симптоматики, а не только в том, есть у них симптомы или их нет.

Можно было бы продолжить длинный список проблем, связанных с диагностическим подходом подсчётов и исключений, используемым с начала 1980-х годов. Например, трудности и у исследователей, и у клиницистов с запоминанием критериев и сложных диагностических алгоритмов даже для самых распространённых расстройств, и то, что типичному пациенту может быть выставлен малоинформативный «без дополнительных уточнений» (БДУ) диагноз почти из любого раздела диагностического руководства, но этот список нет смысла здесь приводить (более подробно этот вопрос рассмотрен в ряде других работ [4, 5]). Неудивительно, что использование этого метода диагностики (который был разработан для исследовательских целей, никогда не проверялся каким-либо опытным путем в сравнении с какой-либо альтернативой, кроме не самых удачных подходов DSM-I/DSM-II) само по себе со временем привело к проблемам, тем более что изменились концепции психопатологии (например, появилось понимание большинства расстройств как относящихся к спектру или как существующих в различной степени выраженности). Создатели МКБ-10 попытались координировать свои действия с коллегами, работавшими над DSM, но в чём они предусмотрительно с ними разошлись, так это в создании намного более гибкого в применении и удобного формата руководства для клинической диагностики. Хотя, конечно, проблема гибкого диагностического подхода в том, что разные клиницисты могут воспользоваться этой гибкостью по-разному, и это может привести к снижению достоверности диагноза в клинической практике.

Мы разработали альтернативу: диагностический подход, основанный на сопоставлении с прототипом, в котором врачи сравнивают общую клиническую картину пациента с набором диагностических прототипов (коротких, длиной в параграф, описаний эмпирически выделенных расстройств) и степень соответствия клинической картины пациента прототипу. Вместо того, чтобы опрашивать о каждом из нескольких сотен симптомов, определять, имеет ли их пациент, а

затем суммировать и комбинировать симптомы (например, 3 из колонки А, 5 из колонки В), чтобы определить переходит ли пациент диагностический порог для «случая», клиницист может использовать все доступные данные, включая клиническое обследование, ответы пациента, анамнез, данные прошлых обращений или сведения родственников и описание пациентом своих проблем и взаимоотношений, чтобы определить степень, в которой пациент соответствует диагностическим описаниям, составленным из диагностических критериев в запоминающийся гештальт, разработанный, чтобы облегчить распознавание расстройства.

В нашем методе клинической прототипной диагностики [4, 5] врач оценивает пациента по пятибалльной шкале степени сходства с прототипом (таблица 1). Шкала варьирует от 1 (отсутствие или наличие несущественного совпадения) до 5 (очень точное совпадение, пациент - пример расстройства; прототипный случай), показатели 4 и 5 баллов соответствуют категориальному диагнозу, а 3 балла указывают на подпороговые или клинически значимые признаки, выраженность которых не достигает степени расстройства (так же, как врачи, измеряя артериальное давление, являющееся непрерывной количественной переменной, в соответствии с принятым соглашением, рассматривает одни значения как пограничные, другие – как высокие). Таким образом, одна диагностическая система даёт и оценочный и категориальный диагноз, не основываясь при этом на подсчёте симптомов. По умолчанию значение для каждого диагноза равно 1 (отсутствие или наличие несущественного соответствия), так что клиницисты будут тратить время, оценивая прототипы только расстройств, имеющих отношение к пациенту, тем самым процесс диагностики будет значительно ускорен. Простое преобразование оценочного диагноза в категориальный (например, 3 преобразуем в клинически значимые признаки) будет способствовать взаимопониманию профессионалов, которые вряд ли сочтут удобным описывать пациента, как «3 по депрессии, 2 по тревоге» (одно из главных ограничений возможности использования дименсионального подхода в диагностике психических расстройств). Растущее число исследований свидетельствует о том, что клиницисты могут делать заключения

Таблица 1 Прототип посттравматического стрессового расстройства.

Пациенты, соответствующие этому прототипу, были свидетелями или пережили травмирующую ситуацию, которая сопровождалась сильным чувством страха, беспомощности или ужаса. Они постоянно повторно переживают ситуацию, которая может преследовать их в многочисленных формах: это могут быть навязчивые мысли, мысленные образы или сны, связанные с травмой; они могут чувствовать, как будто они вновь переживают ситуацию в виде "флешбеков", иллюзий, галлюцинаторных образов или ощущения, что событие происходит с ними снова; или они могут испытать интенсивное психологическое напряжение или физическое возбуждение при появлении стимулов, которые напоминают или символизируют травмирующее событие. Пациенты, которые соответствуют этому прототипу, стараются избегать стимулов, мыслей, чувств, мест, людей или разговоров, которые могли бы напомнить им о ситуации, и часто неспособны воспроизвести в памяти важные аспекты, касающиеся травмировавшей их ситуации. Они могут также "закрываться", испытывая эмоциональное оцепенение, которое вызывает у них ограничение диапазона эмоций, чувство отсутствия будущего (например, отсутствие ожиданий иметь успешную карьеру, брак, детей или нормальное существование), чувство отчуждения от других людей, снижение интереса или ограничение участия в мероприятиях, которые когда-то их увлекали. У пациентов, которые соответствуют этому прототипу, присутствуют признаки постоянной повышенной возбудимости, такие как трудности засыпания или расстройства сна, трудности концентрации внимания, преувеличенная реакция испуга, гиперчувствительность к возможным признакам опасности, раздражительность или вспышки гнева.

Признаки

- 1 отсутствие или наличие несущественного совпадения (описание не подходит)
- 2 небольшое сходство (пациент имеет некоторые признаки расстройства)
- 3 умеренное сходство (клинически значимые признаки расстройства)

Расстройство

- 4 точное совпадение (пациент имеет расстройство, диагноз подходит)
- 5 очень точное совпадение (пациент – пример расстройства; прототипный случай)

на основе сравнения с прототипом с высокой степенью надежности для широкого диапазона синдромов, от расстройств настроения и тревожных расстройств до расстройств личности [7-10]. Комплексность этого диагностического метода может быть расширена до желаемого количества составляющих. Например, путём добавления показателей второго ряда, оценивающих тяжесть или длительность симптомов или каких-либо других важных клинических аспектов расстройства (например, выраженность проявлений депрессии, вегетативных симптомов или тоски для большой депрессии; возраст манифестации и степень дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности для синдрома дефицита внимания с гиперактивностью).

Прежде чем кратко описать некоторые из преимуществ этого подхода, стоит отметить три пункта. Во-первых, и диагностические критерии, лежащие в основе DSM-IV (где необходимо, чтобы пациент соответствовал определённому числу критериев расстройства, но не обязательно всем), и даже в большей степени клиническое руководство МКБ-10, по своей сути, были попытками начать использовать метод сравнения с прототипом. В случае с DSM-III-R и DSM-IV эта цель была относительно явной и основанной на ранних исследованиях прототипов в психологии [11]. Клиническая версия МКБ-10 тоже близка к методу сопоставления с прототипом. В ней клиницистам предоставлены описания расстройств длиной в параграф, часто с набором дополнительных аспектов, и даны рекомендации по диагностике, основанной на знании о пациенте на текущий момент времени (например, после первой консультации или спустя месяца лечения) с той степенью определенности, которая в большей степени подходит на взгляд клинициста. Данному пособию недостаёт только включения ранжирования клинических оценок, чтобы увеличить надежность диагностики для того, чтобы клиницисты могли быть уверены в том, что когда к ним приходит пациент с тем или иным диагнозом или они сами выставляют этот диагноз, диагноз достаточно точен и полезен для практики.

Во-вторых, как недавно показали G.M. Reed с соавторами [12] в опросе около 5 тысяч психиатров из 40 стран мира, проведённом совместно ВПА и ВОЗ, большинство практикующих психиатров, включая использующих МКБ и DSM, предпочитают диагностический метод наиболее близкий к диагностике по прототипу по причине краткости описания. Большинство психиатров предпочитает подходы, основанные на гибких, а не на жёстких диагностических критериях; содержащие меньшее количество психиатрических диагнозов (около 30-100); ориентированные клинически и удобные в применении (например, делающие клиническую оценку понятной другим специалистам и делающими легкими основанные на этой оценке решения по подбору терапии); позволяющие клиницистам использовать аспекты размерной оценки статуса пациента так, чтобы наиболее точно отразить клиническую реальность (например, диагностировать патологию, которая не отвечает критерием категориального диагноза, но, тем не менее, является клинически значимой).

В-третьих, как недавно отметила [13] Международная Консультативная Группа по пересмотру раздела психических и поведенческих расстройств в МКБ-10, диагностическое руководство должно находить много применений в т.ч. в клинических, исследовательских, учебных, статистических целях и в области организации здравоохранения. Вероятно, нет подхода, который был бы одинаково полезен и оптимален для всех этих областей применения, но метод диагностики пациентов определённо должен быть удобен для каждой из них, и

особенно в клинической области, включая подбор терапии и организацию психиатрической помощи. Далее будет показано, что у прототипной диагностики есть преимущества во всех этих направлениях.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОТОТИПНОЙ ДИАГНОСТИКИ

У прототипной диагностики есть целый ряд преимуществ. Во-первых, она лучше соответствует тому, как люди думают и классифицируют в естественных условиях. Люди (в данном случае врачи, устанавливающие диагнозы) склонны категоризировать комплексы новых стимулов (в данном случае статус пациента) через вероятностную оценку степени соответствия этих стимулов ментальной модели, которая у них сформирована (прототип), или известным им примерам потенциально релевантных категорий [14-16]. Исследования в области когнитивной науки свидетельствуют, что в повседневных суждениях и при принятии решений люди склонны к компромиссу между удовлетворенностью и достаточностью, то есть стремятся сделать "относительно удовлетворительную" оценку ситуации и только, если возникает такая необходимость, произвести более глубокую, уточняющую оценку [17-19]. Например, вместо того, чтобы раскрыть МКБ-10 или DSM-IV для того, чтобы решить, соответствует ли пациент с умеренными паническими симптомами, возникающими один или два раза в неделю, формальным критериям, большинство клиницистов расценят пациента, как страдающего от умеренно выраженных, клинически значимых панических симптомов, вне зависимости от того, соответствуют ли пациент формальным диагностическим критериям или нет. В свете недостатка исследований терапии клинически выраженных симптомов в сравнении с подпороговыми и в свете данных, свидетельствующих о том, что подпороговые нарушения дают близкие функциональные нарушения [20, 21], компромисс между удовлетворенностью и достаточностью является отнюдь не иррациональной стратегией в клинической практике.

В сравнении с этим подходом, нынешние диагностические процедуры, которые являются развитием Исследовательских Диагностических Критериев (Research Diagnostic Criteria), требуют от клинициста держать в памяти сотни перечней симптомов и, что не менее сложно, сотни различных правил принятия диагностических решений. Даже если оставить в стороне достоверность этих перечней и пороговых значений, нужно понимать, что любой человек имеет объективные сложности с запоминанием длинных списков, не говоря уже о том, как сложно сформировать обобщенное представление на их основе. Ожидать, что клиницисты могут помнить, как комбинировать пункты из этих списков для того, чтобы устанавливать диагнозы, бессмысленно, особенно если учесть, что точное число выявленных симптомов из той или иной субкатегории может иметь значение при постановке «правильного» диагноза для исследовательских целей, но не в клинической практике. Например, в соответствии с DSM-IV диагноз посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) требует по крайней мере один признак повторных переживаний, три – избегания или эмоционального оцепенения и два – гипервозбудимости. Но клиницисту важна "суть", т.е. то, что пациент испытал травмирующую ситуацию и имеет некоторую комбинацию указанных признаков в различной степени выраженности – именно это должно влиять на принятие клинического решения и выбор терапии.

Сказанное выше подводит нас ко второму преимуществу прототипной диагностики: клинической утилитарности. Несколько исследовательских групп независимо выявили, что практические врачи считают

прототипный диагноз клинически существенно более полезным, чем более привычная система DSM-IV и альтернативные дименсиональные подходы для целого ряда заболеваний и по целому ряду показателей, из-за простоты коммуникации с другими врачами и простоты использования [5,7,8,23,24]. Не удивительно, что все большее число исследований обнаруживает, что прототипная диагностика, в отличие от диагностики с использованием строгих операциональных критериев, весьма надежный в клинической практике метод со средней корреляцией оценок между клиницистами в пределах от 0,50 до 0,70 [10,25].

Одна из причин, почему практические врачи предпочитают прототипную диагностику, является ее третье преимущество, которое заключается в том, что этот метод позволяет обсуждать те симптомы, которые врачи выявляют, со своими пациентами и относительно просто передавать информацию в дименсиональной и категориальной форме другим специалистам, оказывающим психиатрическую помощь. В то время как дименсиональный диагноз наиболее точно описывает состояние пациента, а категориальный – выглядит более привычным и «натуральным», прототипная диагностика использует преимущества обоих подходов. Рассмотрим категорию DSM-IV, включающую расстройства пищевого поведения. Она включает два расстройства с двумя подтипами каждого: нервную анорексию ограничительный подтип и подтип с эпизодами переедания-самоочищения и нервную булимию подтип с приступами самоочищения и подтип без них, а также диагноз БДУ (без дополнительных указаний), т.е. всего пять категорий. Это может быть небольшое количество для специалиста в области расстройств пищевого поведения, но для психиатра, не специализирующегося в этой области, не говоря уже о врачах общей практики, пять расстройств с множеством критериев и различными диагностическими порогами для каждого из них – это сложно для запоминания, особенно когда кроме расстройств пищевого поведения в руководстве перечислены еще сотни других расстройств. Даже специалистам и исследователям точно установить диагноз может быть сложно, т.к. по данным исследований такой подход относит примерно половину пациентов с клинически выраженной патологией к малоинформативной категории БДУ. Кроме того, было выявлено, что у более чем 60% пациентов с некоторыми вариантами нервной анорексии в определенный момент диагноз можно поменять на диагноз нервной булимии и наоборот, а одновременное наличие симптомов обоих заболеваний классифицируется как подтип анорексии [3].

Неудивительно, что в Северо-американском исследовании большинство психиатров и психологов, лечащих как минимум одного пациента с расстройствами пищевого поведения, предпочли диагностике при помощи сравнения с прототипом более привычной DSM-IV [8]. Это доказывает простоту использования этой прототипной диагностики, т.к. в ней меньшее количество расстройств, включенных в диагностическое руководство. Чтобы покрыть весь спектр расстройств пищевого поведения, мы представили клиницистам всего два прототипа: нервную анорексию (синдром, характеризующийся самоограничением в еде) и нервную булимию (синдром характеризующийся перееданием и чисткой организма). Причем оба прототипа были созданы непосредственно на основе критериев DSM-IV, за исключением критериев длительности и тяжести (клиницисты могут делать оценки по дополнительным параметрам: выраженность переедания, выраженность самоочищения, степень потери или увеличения веса). Вместо того, чтобы подсчитывать количество симптомов и решать отвечает ли пациент малообоснованным требованиям (напри-

мер, переедание и самоочищение не реже, чем дважды в неделю на протяжении не меньше, чем 3 месяцев), задача врача заключается только в оценке степени соответствия состояния пациента с каждым из прототипов. Оценка 4 или 5 по прототипу нервной булимии означает, что симптоматика достаточно сильно соответствует диагностическому прототипу, чтобы оправдать категориальный диагноз. Оценка 3 по прототипу нервной анорексии означает, что клиническая картина напоминает прототип, но не является достаточным основанием, чтобы установить категориальный диагноз. Таким образом, пациент с двумя этими рейтингами получит категориальный диагноз «нервная булимия с симптомами анорексии».

Четвертое преимущество прототипной диагностики в том, что она допускает значительно большую гибкость и обоснованность не только в диагностическом процессе, но еще и в дефинициях расстройств и в критериях, которые могут быть включены в прототип. В исследовании, о котором шла речь выше, мы просто комбинировали диагностические критерии каждого из двух основных синдромов расстройств пищевого поведения для создания прототипов. Однако в другом исследовании мы получили расстройства и критерии, которые легли в основу прототипов, эмпирически из больших выборок детальных описаний клиницистами реальных пациентов из своей практики. Для выделения и расстройств, и их критериев, мы использовали статистические методы, такие как факторный анализ. Это не только позволяет выделить эмпирически валидные расстройства без необходимости споров в комитетах о том, какое расстройство или критерий включать, но и сделать клинические описания более богатыми, т.к. у представителей разных культур факторным анализом могут быть найдены специфичные для тех или иных культур особенности. Например, Westen и Shedler [26] подобным способом получили набор прототипов личностных расстройств, который во многом близок DSM-IV и МКБ-10, но включает целый ряд дополнительных тонких психологических диагностических критериев, которые важны клинически и полностью выведены эмпирически. Они отсутствуют в официальных диагностических критериях, т.к. не могут быть легко выражены самими пациентами в структурированных интервью (например, при обсессивно-компульсивном расстройстве личности: «в видение и описание себя вкладывается представление о себе, как об эмоционально сильном, безмятежном и эмоциональном в управлении, несмотря на очевидные свидетельства неуверенности, тревоги и стресса»).

Создание прототипов подобным способом существенно снижает искусственную «коморбидность» с помощью выделения групп пациентов или критериев, которые отличаются от других. Даже используя прототипы, созданные на основе нынешних взаимоперекрывающихся диагностических категорий и критериев, прототипная диагностика значительно снижает артефактную коморбидность, т.к. клиницисты делают обобщенное суждение, а не суждение об изолированных симптомах. Рассмотрим ПТСР, которое часто обнаруживает коморбидность с расстройствами настроения. В некоторых случаях такая коморбидность без сомнения оправдана. Тем не менее, в других случаях коморбидность – это артефакт текущего метода диагностики. Например, дисфория, связанная с ангедонией и общим чувством безнадежности, является частью клинической картины депрессии, что как следствие при использовании системы прототипов приведет к диагнозу большого депрессивного расстройства или дистимии. В отличие от этого, дисфория, связанная с постоянными мыслями о травмировавшем событии или чувством вины выжившего, будет скорее представлена как часть ПТСР.

Пятое преимущество прототипной диагностики в легкости ее интеграции с преподаванием, обучением и накапливаемым клиническим опытом. Цель прототипной диагностики – помочь клиницистам создать представление (ментальную репрезентацию) различных видов расстройств, и, что не менее важно, стандартизировать эти представления между диагностами. Вместо того, чтобы запоминать списки симптомов, ставится цель сформировать представление о когерентных синдромах, в которых симптомы функционально связаны [4, 8, 23]. Такой подход соответствует тому, как протекают естественные когнитивные процессы в мозге человека [16, 27-29].

Цель преподавания и обучения - помочь слушателям овладеть относительно небольшим числом расстройств, сгруппированных в относительно небольшое число категорий (например, психотические расстройства, расстройства настроения, зависимости от психоактивных веществ, расстройства пищевого поведения, расстройства личности, расстройства развития), каждая категория обычно включает от 2 до 10 прототипов (всего 30-100 расстройств, в зависимости от количества неперекрывающихся расстройств, выведенных эмпирически). Формально обучение диагностике приведет к изучению прототипов, возможно с 2 или 3 примерами для каждого расстройства, включенного в диагностическое руководство. Супервизия над диагностикой будет фокусироваться не только над навыками диагностических интервью, но также на обучении в распознавании конфигураций, их оценки и проведения дифференциального диагноза. Сейчас, из-за сложности расстройств в реальной клинической практике, клинический опыт учит врачей с каждым годом все больше и больше игнорировать перечни симптомов в диагностическом руководстве. Вместо этого, в диагностической системе, основанной на сравнении с прототипом, опыт будет только помогать клиницистам дополнять и обогащать свои ранние психические эталоны, по сути «наслаивать» свой новый опыт на те прототипы, которые они впервые узнали, когда проходили обучение.

Наконец, прототипная диагностика разделит два близких, но не идентичных вопроса, поставленных Консультативным Советом ВОЗ [13], а именно в какой степени пациент имеет данное расстройство и в какой степени – функциональные нарушения. Прототипная оценка измеряет степень соответствия расстройству. Хотя все расстройства приводят в некоторой степени к дисфункции, они сильно различаются в степени и виде функциональных нарушений. Кроме того, функциональные нарушения варьируют в зависимости от человека, от его социальных, психологических и других ресурсов. Так, некоторые пациенты сохраняют высокую продуктивность, несмотря на дистимию, у других дистимия истощает все силы. Определение степени нетрудоспособности далеко не то же самое, что определение степени, в которой пациент соответствует диагностическому прототипу, но мы обнаружили, что прототипная оценка может быть чрезвычайно удобной для измерения степени, в которой пациент соответствует прототипу психического здоровья [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описывая преимущества диагностики по прототипам, автор не пытается убеждать, что этот метод лишен каких-либо ограничений (хотя бы потому, что оппоненты подробно рассмотрят все недостатки данного метода на страницах, следующих за этой статьей). Вероятно, наиболее важным недостатком прототипной диагностики является то, что она может способствовать некоторой предвзятости при подтверждении диагноза и другим эвристикам, которые будут подталкивать клиницистов (а они тоже люди) видеть то, что

ожидают увидеть или отстаивать диагностические гипотезы, несмотря на наличие противоречащих им данных. Выражен ли это недостаток более, чем у подходов DSM-IV и МКБ-10, - это вопрос, требующий эмпирического подтверждения, хотя, возможно, что сама инструкция сравнивать пациентов с прототипами может в большей степени способствовать игнорированию данных, которые не укладываются в прототип, или упорно придерживаться возникших при первом поверхностном знакомстве с пациентом диагностических гипотез.

Лучшим противоядием от такого рода диагностических ошибок будут три правила, которым мы должны учить молодых врачей и практиковать сами вне зависимости от системы диагностики. Первое – это необходимость понять когнитивную и эмоциональную предвзятость, к которой наш ум естественно склонен и которая в большинстве случаев неосознаваема, и осуществлять строгий и непрерывный самоанализ для того, чтобы стараться минимализировать эту предвзятость в работе с нашими пациентами. Второе – это научиться регулярно создавать альтернативные гипотезы, чтобы лучше понимать то, что мы наблюдаем в клинике. Третье – это всегда дополнять описательную диагностику функциональной диагностикой, при которой основной вопрос звучит не «Что у пациента есть?», а «В каких условиях пациент думает, чувствует или ведет себя соответствующим образом (например, почему этот пациент испытывает депрессию такой выраженности сейчас и при каких обстоятельствах он функционирует иначе)? Задавая этот вопрос, мы не только бросаем вызов диагностической самоуспокоенности, которую можем иметь, но мы также сосредотачиваем свое внимание на самом главном в клиническом диагнозе, а именно на понимании того, как мозг и психика конкретного пациента функционирует и при каких обстоятельствах их работа может быть нарушена.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Это исследование создано при поддержке Национального Института Психического здоровья США, гранты R01-MH62377 и R01-MH7810.

Литература:

1. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130:631-63.
4. Westen D, Bradley R. Prototype diagnosis of personality. In: Strack S (ed). *Handbook of personality and psychopathology*. New York: Wiley, 2005:238-56.
5. Westen D, Heim A, Morrison K et al. Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: implications for the next edition of the DSM. In: Beutler LE, Malik ML (eds). *Rethinking the DSM: a psychological perspective*. Washington: American Psychological Association, 2002:221-50.
6. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord* 2000;14:109-26.
7. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.
8. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger R, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
9. DeFife JA, Peart J, Bradley B et al. The validity of prototype diagnosis in everyday practice. Submitted for publication.

-
10. DeFife JA, Westen D, Bradley B et al. Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:482-7.
 11. Widiger T, Frances A. The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:615-23.
 12. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
 13. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
 14. Folstein JR, Van Petten C. Multidimensional rule, unidimensional rule, and similarity strategies in categorization: event-related brain potential correlates. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 2004;30:1026-44.
 15. Medin DL. Concepts and conceptual structure. *Am Psychol* 1989;44:1469-81.
 16. Rosch E, Mervis CB. Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cogn Psychol* 1975;7:573-605.
 17. Gigerenzer G, Goldstein DG. Reasoning the fast and frugal way: models of bounded rationality. *Psychol Rev* 1996;103:650-69.
 18. Gigerenzer G. Gut feelings: the intelligence of the unconscious. New York: Penguin Group, 2008.
 19. Simon HA. Information-processing theory of human problem solving. In: Estes WK (ed). *Handbook of learning and cognitive processes*. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
 20. Fava GA, Mangelli L. Assessment of subclinical symptoms and psychological wellbeing in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:47-52.
 21. Marshall RD, Olfson M, Hellman F et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467-73.
 22. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.
 23. Rottman B, Ahn W, Sanislow C et al. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatry* 2009;166:427-33.
 24. Spitzer R, First M, Shedler J et al. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a "consumer preference" study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:356-74.
 25. Westen D, Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *J Pers Disord* 2003;17:350-68.
 26. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 2: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:273-85.
 27. Kim NS, Ahn W. Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *J Exper Psychol* 2002;131:451-76.
 28. Cantor N, Genero N. Psychiatric diagnosis and natural categorization: a close analogy. In: Millon T, Klerman GL (eds). *Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM-IV*. New York: Guilford, 1986:233-56.
 29. Ahn W. Effect of causal structure on category construction. *Memory & Cognition* 1999;27:1008-23.