

## Комментарии к статье "Прототипная диагностика психиатрических синдромов"

D. WESTEN

Прототипы, синдромы и дименсии в психопатологии: открытое поле для исследований A. JABLENSKY .....	23
На пути к клинически применимой и эмпирически обоснованной дименсиональной модели психопатологии R.F. KRUEGER, K.E. MARKON .....	24
Практическая система для прототипной диагностики в психиатрии: клинические описания и диагностические указания МКБ-11 M.V. FIRST .....	26
Прототипная диагностика: станет ли этот реликт прошлого волной будущего? A. FRANCES .....	27
Так ли вы сообразительны, как четвероклассники? Почему прототипный подход к диагностике – шаг назад для научной психиатрии J.C. WAKEFIELD .....	29
Нозологические изменения в психиатрии: гордыня и смирение O. GUREJE .....	31
Прототипная диагностика психопатологических синдромов и МКБ-11 J.L. AYUSO-MATEOS .....	32
Применение прототипов совместно с операциональными диагностическими критериями улучшит подход к психиатрической классификации P. UDOMRATN .....	33

## Прототипы, синдромы и дименсии в психопатологии: открытое поле для исследований

Assen Jablensky

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, University of Western Australia, Perth, Australia

Перевод: Болотова А.В. (Москва)

Редактор: Мартынихин И.А. (Санкт-Петербург)

Идущий в настоящее время процесс пересмотра DSM и МКБ, породил потребность изменить критерии диагностики многих расстройств, некоторые расстройства исключить и добавить новые «расстройства». Однако изменения дефиниций имеют серьезные недостатки: они путают клиницистов; они создают ситуацию, когда значение всех предыдущих клинических и эпидемиологических исследований, касающихся заболевания, становится сомнительным; кроме того, они влекут за собой утомительную и часто дорогостоящую процедуру изменения содержания и формулировок диагностических опросников, так же как и алгоритмов диагностики, основанных на клинических оценках.

Представления о большинстве болезней в психиатрии являются лишь рабочими гипотезами, а их диагностические критерии носят лишь предварительный характер. Психиатрические заболевания по своей сути являются комплексными психобиологическими расстройствами, поэтому следует избегать обеих крайностей, как абсолютно неструктурированного подхода к диагностике, так и жесткого операционализма. Лучшее решение – это поиск среднего диапазона специфичности операциональных критериев, которые с одной сто-

роны стали бы оптимальными для стимуляции критического мышления в клинической практике и в исследовательской работе, а с другой стороны были бы достаточно четкими для обеспечения эффективного сопоставления и сравнения результатов различных исследований в различных контекстах. Именно в этом, с некоторыми оговорками, метод сопоставления с прототипом может соответствовать современным требованиям [1]. Проект Drew Westen призывает «затянуть пояс», обратив свое внимание на важную альтернативу современным классификационным моделям, однако статья оставляет несколько ключевых вопросов открытыми для дискуссий.

В чем же могут быть предостережения? Во-первых, понятие прототипа, интуитивно привлекательное для клиницистов, остается неоднозначным и плохо структурированным. Прототипы представляют центральные («бросающиеся в глаза») тенденции диагностических категорий [2]. Но может ли прототип быть синонимом или частично перекрываться с хорошо описанным «стержневым» синдромом? В случае сложных психических заболеваний с многофакторной этиологией четкое разграничение синдромального статуса и мно-

жества нынешних диагностических категорий могло бы значительно помочь как исследовательской деятельности, так и ежедневной клинической практике. Это является весомым основанием для реабилитации синдрома (или его прототипного шаблона) в качестве основной единицы будущих версий психиатрических классификаций.

Во-вторых, должна ли краткая («размером в один абзац») формулировка прототипа содержать, где это уместно, ссылку на вероятную этиологию, патофизиологию или другие особенности, например, на когнитивные нарушения, которые могут быть не представлены в клинической картине на момент обследования? Согласно Hempel [3], соответствие прототипу определяется корреляцией признаков, а не обязательным наличием всех из них.

В-третьих, как можно достигнуть полного согласия в вопросе универсального, валидного описания прототипа для некоторых заболеваний? Подходящим примером может служить шизофрения. Описание этого синдрома претерпело ряд метаморфоз со времен разграничения Э.Блейлером [4] основных (нарушение ассоциативных процессов, разобщение аффективных и когнитивных функций, амбивалентность, аутизм) и дополнительных симптомов (бред, галлюцинации, кататонические расстройства). Несмотря на то, что руководство по клинической диагностике МКБ-10 [5] сохранило легкое эхо от концепции Блейлера («фундаментальное нарушение личностных черт... поражают основополагающие функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности»), основное внимание в нем уделяется симптомам первого ранга К.Шнайдера [6]. В отличие от этого, диагностические критерии в DSM-IV и в предварительной версии DSM-5, требуют различных комбинаций «позитивных» и «негативных» симптомов, не пытаясь при этом определить какой-либо прототип или гештальт специфично-го оттока заболевания.

И, наконец, вызывает сомнение утверждение Western, что единичная оценка по пятибалльной шкале для определения степени соответствия индивидуального случая прототипу даст значимый-dimensionalный показатель в дополнение к категориальному диагнозу. Вопрос как лучше описывать психические расстройства, dimensionally или категориально, еще остается открытым для исследований. Тем не менее, большой

проблемой для-dimensionalных моделей в психопатологии является отсутствие общепризнанных, эмпирически обоснованных показателей. Большинство из существующих шкал для оценки выраженности симптомов способны лишь на приблизительные психометрические измерения. Они дают качественные (номинальные или порядковые), а не количественные показатели, т.е. такие, которые могут лишь утверждать, что  $a > b > c \dots > n$  по какой-то характеристике, произвольно присваивать номера, показывающие только последовательность в некоем ряду и ничего больше. Кажется маловероятным, что когда-либо для сложных категорий психопатологии будут разработаны равноинтервальные шкалы и шкалы отношений.

Основная цель, с которой разрабатываются медицинские классификации, – удовлетворение прагматических потребностей, заключающихся в диагностике и лечении людей, страдающих заболеванием. Вторичной целью является помощь в получении новых знаний, имеющих отношение к этим потребностям, хотя прогресс в медицинской науке обычно присутствует, а не следует за улучшением классификации. Метод сравнения с прототипом может сослужить хорошую службу для обеих этих целей, при условии, что он будет подкреплен разработкой правил принятия решений и подтвержден доказательствами мультицентровых «полевых» исследований.

#### Литература:

1. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
2. Rosch E. Natural categories. *Cogn Psychol* 1973;4:328-50.
3. Hempel CG. Aspects of scientific explanation. New York: Free Press, 1965.
4. Bleuler E. *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke, 1911.
5. World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
6. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*, 8th ed. Stuttgart: Thieme, 1950.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
8. Kerlinger FN. *Foundations of behavioural research*, 2nd ed. London: Holt, Rinehart & Winston, 1973.

## На пути к клинически применимой и эмпирически обоснованной-dimensionalной модели психопатологии

Robert F. Krueger<sup>1</sup>  
Kristian E. Markon<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA;

<sup>2</sup>University of Iowa, Iowa City, IA, US

Перевод: Мартынихин И.А. (Санкт-Петербург)

В своем эссе Drew Western приводит убедительные аргументы в пользу необходимости перехода с системы постановки психиатрических диагнозов, основанной на критериях, к системе, основанной на прототипах. В этой точке зрения есть много притягательного и со многим можно согласиться. Основанная на крите-

риях диагностика современных DSM, подвергалась критике еще во время ее создания, но, как красноречиво описывает автор статьи, к настоящему времени накопилось достаточно много свидетельств ее ограничений и концептуальных головоломок. Поэтому мы полностью согласны с точкой зрения Western: необхо-

димы новые подходы к концептуализации психических расстройств. В оставшейся части этих кратких комментариев с целью развития дальнейшей дискуссии по этим вопросам и совместной работы над созданием эмпирически обоснованной психиатрической нозологии отметим некоторые области, где наш подход может несколько отличаться от подхода Western.

Western в значительной степени полагается на клинический отчет, как на основной источник данных для выделения эмпирически обоснованных психопатологических конструкций. Автор признает эту зависимость от источников информации, как потенциальное ограничение для своего прототипного подхода. Мы же считаем, что существует альтернативный способ работы с информаторами, который, возможно, поможет лучше разделить концепцию прототипа и вопрос об источнике данных в отношении психопатологических симптомов.

Основные психопатологические конструкции должны быть изначально выделены из клинического врачебного опыта – не существует другого способа начать составлять систему базовых диагностических единиц. Мы также верим, что следующим важным шагом является подкрепление этих конструкций примерами, удобными для использования разными информаторами (пациентами, лечащими врачами, косвенными информаторами). Имея в руках подобные виды данных, любой сможет инициировать индуктивно-гипотетико-дедуктивный процесс [1], в котором собираются данные и применяются количественные модели через несколько этапов сбора и уточнения данных, чтобы прийти к эмпирически и количественно обоснованной нозологии, основанной на реальных данных [2].

Одна из проблем с фокусировкой только на данных от клиницистов – это наличие множества примеров предубеждений при клинической оценке. Клиницисты, например, обучались на системах, которые, как мы знаем, не совсем точны (например, DSM-IV). Разумной целью является создание системы, которая описывала бы фактический опыт пациентов, а не опыт, «предварительно-структурированный» рубриками DSM (сознательно или бессознательно). Прототипы, к сожалению, могут включать в себя стереотипы, которые отражают предвзятость (например, расовую или половую) в оценке. Очевидно, что данные от других информаторов также имеют ограничения (например, далеко не лучшая критика к своему состоянию при самоотчетах пациентов), так что идея заключается в том, чтобы не делать единственным какой-то определенный источник. Скорее всего, данные из разных источников могли бы приниматься во внимание в развитии эмпирически обоснованной классификации для того, чтобы преодолеть ограничения того или иного источника [4].

По этой же причине, важно различать точку зрения информатора и «объективную истину», о которой мы можем так ничего и не узнать. Например, человек, воспринимаемый другими как «превозносящий сам себя» может не поддерживать формулировку «я великий», но может считать, что «часто в жизни имеет дело с людьми, не способными осознать всю его грандиозность и таланты». То есть психопатологические нарушения могут быть раскрыты при использовании данных из разных источников, которые можно сравнивать и комбинировать для получения более достоверной информации. Интересно, что некоторые общие черты обнаруживаются при анализе данных из разных источников: интернализированные (беспокойство и нарушения настроения) и экстернализированные (употребление ПАВ и антиобщественное поведение) спектры наблюдаются в клинических отчетах (полученных с помощью Shedler-Westen Assessment Procedure, SWAP (5)), параллельных отчетах (например, родителей (6)) и самоотчетов с помощью структурированного интер-

вью (7).

Другой глубокий вопрос, поднимаемый Drew Westen, касается онтологического статуса психиатрических диагнозов. Концепцию прототипов сопровождает идея о том, что психиатрические диагнозы существуют как хорошо различимые и личностно-центрированные. Эта концепция работает хорошо только при условии, что в реальности существуют дискретные психиатрические диагнозы, с дискретной и отличимой этиологией и патофизиологией или, по крайней мере, зонами редко выделяемых болезней в описательном пространстве.

На сегодняшний день этиология, патофизиология оказались для психиатрии практически неуловимыми. Таким образом, хотя концепция прототипа в клиническом смысле представляется крайне полезной, прототипы должны быть поняты как комбинации дименсий, а не как конструкции, которые разграничивают отдельные группы лиц (как таковой дискретности, похуже, не существует).

Комбинации дименсий, которые сами по себе независимы, тем не менее, сочетаются у конкретных людей таким образом, что формируют клиническую картину. Например, психопатизированная личность сочетает в себе минимум три компонента, которые в целом не имеют тенденции сочетаться в людях, но когда они встречаются в одном конкретном человеке, рождается необычное противоречие, которое может быть достаточно ярким и пагубным (например, смелость, её отсутствие или невротизм, сочетаются с подлостью, склонностью быть неприятным, расторможенным, недобросовестным, в результате чего формируется неприятный импульсивный человек, который не беспокоится о своих проступках [8]). Таким образом, мы должны понимать прототипы, как комбинации входящих в них дименсий, значения которых достаточно очевидны, но не ограничены в том смысле, что практически бесконечное число комбинаций психопатологических дименсий существует в природе [9,10].

#### Литература:

1. Cattell RB. Handbook of multivariate experimental psychology. Chicago: Rand Mc-Nally, 1966.
2. Krueger RF, Eaton NR. Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2010;1:97-118.
3. Whaley AL, Geller PA. Toward a cognitive process model of ethnic/racial biases in clinical judgment. *Rev Gen Psychol* 2007; 11:75-96.
4. Oltmanns TF, Turkheimer E. Person perception and personality pathology. *Current Directions in Psychological Science* 2009;18:32-6.
5. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 2007;116:810-22.
6. Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy: applications to clinical research. *Psychol Assessment* 1995; 7:261-74.
7. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
8. Patrick C, Fowles D, Krueger R. Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Dev Psychopathol* 2009;21:913-38.
9. Turkheimer E, Ford DC, Oltmanns TF. Regional analysis of self-reported personality disorder criteria. *J Pers* 2008;76:1587-622.
10. Eaton NR, Krueger RF, South SC et al. Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology: evidence that dimensions, but not prototypes, are robust. *Psychol Med* (in press).

# Практическая система для прототипной диагностики в психиатрии: клинические описания и диагностические указания МКБ-11

Michael B. First

Department of Psychiatry, Columbia University and Department of Clinical Phenomenology, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, Unit 60, NY 10032, USA

Перевод: Войнова Н.А. (Москва)

Редатор: Мартынихин И.А. (Санкт-Петербург)

В течение последних 50 лет в процессе пересмотра DSM и МКБ внимание практически полностью было сфокусировано на совершенствовании дефиниций диагностических категорий. Процессу, в результате которого пациент получал категориальный диагноз в повседневной клинической практике, уделялось гораздо меньше внимания. Начиная с публикации DSM-I в 1952, продолжая в DSM-II и в разделе психических расстройств МКБ-8 и МКБ-9, в качестве основы для постановки диагноза использовались описания в стандартизированном глоссарии, по существу устанавливая прототипноподобный подход в качестве стандартного метода психиатрической диагностики. Проблема малой диагностической надежности глоссария (см. обзор в 1) побудила исследователей в 1970-е разработать подробные и четкие критерии включения и исключения, которые вошли в Исследовательские Диагностические Критерии (Research Diagnostic Criteria, RDC) (2). Демонстрация того, что операциональные критерии могут обеспечить большую согласованность оценок, чем описания в глоссарии DSM-II (3,4), привело к разработке диагностических критериев для каждого заболевания в DSM-III, с надеждой на то, что они "повысят надежность и валидность рутинной психиатрической диагностики" (4).

Однако, несмотря на широкое распространение диагностических критериев DSM в научном сообществе, есть отдельные косвенные свидетельства того, что клиницисты регулярно пренебрегают ими в повседневной клинической работе. Хотя никогда не проводились исследования по изучению того, как DSM в действительности применяется в клинической практике, некоторые исследования показали значимые расхождения в диагнозах по DSM, сделанных клиницистами в их повседневной работе и диагнозами, установленными с использованием структурированных диагностических интервью, с помощью которых системно оцениваются все категории и критерии DSM (5,6). Хотя авторы этих исследований объяснили эту проблему неправильным использованием диагностических критериев и рекомендовали клиницистам пройти дополнительные тренинги для совершенствования их диагностической точности, более вероятный сценарий заключается в том, что опытные клиницисты не оценивают методично каждый существенный критерий в соответствии с DSM, а соотносят симптоматику пациента с неким психическим эталоном. Исследования, показывающие предпочтение клиницистами использования прототипа вместо подсчета критериев (напр., 7), дополнительно свидетельствуют в пользу того, что клиницисты находят, что соотнесение с прототипом в наибольшей степени соответствует их способу постановки психиатрических диагнозов. С учетом того, что диагностическая оценка с использованием операциональных критериев является наиболее подходящей для

исследовательских целей, в МКБ-10 предлагается две версии классификации психических расстройств: Клинические Описания и Диагностические Указания для клинического использования и параллельная система диагностических критериев для использования в научных исследованиях (Исследовательские Диагностические Критерии).

Хотя предложение Westen переключиться с системы, основанной на критериях, к системе соотнесения с прототипом является шагом в правильном направлении относительно улучшения удобства использования диагностической системы, однако имеются существенные недостатки её возможного внедрения. Наиболее проблематичный аспект касается требования к клиницисту оценивать степень совпадения с прототипом по 5-балльной шкале, от 1 (отсутствие или наличие несущественного совпадения) до 5 (очень точное совпадение). Признавая необходимость выделения категориального диагноза и для клинических, и для статистических целей, Westen предполагает, что два верхних уровня (4 и 5) служат признаком наличия диагноза, таким образом, возлагая полную дифференциацию относительно наличия или отсутствия заболевания на способность клинициста проводить различие между баллом 3 (наивысший балл при отсутствии заболевания, который он определяет как "пациент имеет клинически значимые признаки данного заболевания") и 4 (определенного как "пациент имеет данное заболевание") без обеспечения четкой инструкции, при скольких клинических признаках, совпадающих с прототипом, клиницист вправе вынести вердикт о наличии у пациента заболевания.

Исходя из того, что метод соотнесения с прототипом использовался в DSM-II, возможный негативный эффект принятия такого подхода может касаться его низкой достоверности, учитывая традиционное мнение, что диагнозы по DSM-II существенно менее надежны, чем установленные с использованием критериев DSM-III. Это мнение основано на сопоставлении достоверности диагнозов 1960-х годов, т.е. до начала применения DSM-III, и достоверности диагнозов с использованием критериев DSM-III. Однако фактически нет доказательств, демонстрирующих существенное преимущество DSM-III перед DSM-II при использовании в клинической практике с точки зрения диагностической достоверности. Потому что различия в организации исследований, например, метод определения достоверности, профессиональная подготовка клиницистов-участников, исходная частота диагнозов, могут существенно влиять на измеряемую достоверность: сравнивать достоверность диагнозов DSM-II и DSM-III, полученных с использованием разных методик - все равно, что сравнивать яблоки с апельсинами. Единственное исследование, сопоставляющее диагнозы по DSM-II и DSM-III на равных (9) не



смогло выявить каких-либо различий в достоверности. Кроме того, большинство неточностей в дефинициях DSM-II, на которые ссылаются Spitzer с соавторами (4) в качестве вероятных источников недостоверности в структуре ряда критериев (такие как отсутствие отграничения тех особенностей, которые неизменно присутствуют, от тех, которые есть в большинстве случаев, но не всегда), легко могут быть включены в клинические описания расстройств без необходимости использования операциональных критериев. Действительно, «полевые» испытания достоверности Клинических Описаний и Диагностических Указаний МКБ-10 (10), в которых, как и в DSM-II, использованы клинические описания, нежели диагностические критерии, показали, что удовлетворительная достоверность может быть достигнута без использования диагностических критериев.

Подход МКБ-11 аналогичен соотношению с прототипом, предлагаемому Westen, в том, что в нем воздерживаются от определения расстройств с точки зрения псевдоточных критериев с условными границами, вместо этого привлекается решение клинициста о том, насколько диагностические черты, обрисованные в клиническом описании, совпадают с таковыми у пациента. Тем не менее, в отличие от системы соотношения с прототипом Westen, которая предлагает только буквальное краткое описание типичного пациента и более ничего, подход МКБ-11 несет в себе большое количество клинически значимой информации о расстройстве, включая как существенные, так и типичные черты, дифференциальный диагноз, границу с нормой, типичное течение заболевания, особенности на разных этапах развития и культурально-специфические особенности.

Для рабочих групп МКБ-11 были разработаны унифицированные методические рекомендации с целью улучшения согласованности по всем категориям и повышения их практической при использовании в клинических условиях. Как упоминалось выше, диагностическая достоверность, сопоставимая с той, которую могут достичь клиницисты, используя диагностические критерии, может быть получена при употреблении диагностических дефиниций, выраженных с точки зрения клинических описаний, что и планируется снова протестировать в предстоящих «полевых» испытаниях МКБ-11.

## ОФИЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Автор является консультантом Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по вопросам разработки главы психических и поведенческих расстройств МКБ-11. Тем не менее, взгляды, выраженные в данной статье, всецело принадлежат автору и не отражают официальных взглядов, позиций или политики ВОЗ или Международной Консультативной Группы по Пересмотру главы Психических и Поведенческих Расстройств МКБ-10.

### Литература:

1. Spitzer R, Fleiss J. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 1974;125:341-7.
2. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.
3. Spitzer R, Endicott J, Robins E et al. Preliminary report on the reliability of Research Diagnostic Criteria applied to psychiatric case records. In: Sudilovsky A, Gershon S, Beer B (eds). *Predictability in psychopharmacology: preclinical and clinical correlations*. New York: Raven, 1975:1-47.
4. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry* 1975;132:1187-92.
5. Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157:1599-605.
6. Shear M, Greeno C, Kang J et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157:581-7.
7. Spitzer RL, First MB, 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.
8. Zimmerman M. A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *J Pers Disord* 2011;25: 206-21.
9. Mattison R, Cantwell DP, Russell AT et al. A comparison of DSM-II and DSMIII in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: II. Interrater agreement. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1217-22.
10. Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:115-24.

# Прототипная диагностика: станет ли этот реликт прошлого волной будущего?

Allen Frances

Psychiatry and Behavioral Science, Duke University, Durham, NC

Перевод: Карашева Б.Г. (Москва)

Редактор: Мартынихин И.А. (Санкт-Петербург)

Ирония истории, возможно, лучшее всего отражается в ее игривой рекурсивности. Не выбрасывайте устаревшие галстук или платье – если немного подождать, то в конечном итоге ретро возвращается в виде новой/старой модной вещицы. То же самое происходит с прототипной диагностикой в психиатрии: неприменимая методика, как еще не так давно казалось с точки зрения новой технологии диагностики, основанной на критериях, сейчас находится в

процессе восстановления популярности и легитимности.

Наша проблема в том, что диагноз в психиатрии застрял в рамках описательного подхода – мы по-прежнему требуем субъективное описание в качестве единственного способа для построения диагноза, потому что у нас нет объективных биологических тестов. Вероятно, этот недостаток будет исправлен для диагностики деменций в ближайшие пять-десять лет,

но появление лабораторных методов для диагностики других психических расстройств, кажется, отодвигается на еще более поздний срок, чем мы ожидали при подготовке DSM-IV двадцать лет назад. Последовавший тогда бум открытий в области нейронаук дал нам возможность многое узнать о нормальной работе головного мозга, но, пожалуй, самый познавательный урок привел нас к пониманию того, что сложное функционирование головного мозга неизбежно будет давать нам очень непростые ответы на неуловимые загадки психопатологии.

Наши описательные категории очень неоднородны из-за различных причин, лежащих в основе расстройств. Вероятно, могут быть сотни различных способов свалить все в одну кучу, как это, например, случилось с шизофренией. Все наши обозначения, основаны ли они на критериях, или на прототипах, являются лишь очень грубым первым приближением. Но они — это все, что у нас есть, поэтому мы должны сделать лучшее из них.

Недостатки прототипной диагностики хорошо известны. Это совершенно ненадежный метод в повседневной клинической работе, он хорошо работает только в самых тепличных условиях: с опытными, хорошо обученными клиницистами, имеющими достаточно времени, чтобы выполнить множественную размерную оценку простых диагностических различий. В реальной жизни клиницисты не озабочены чтением и оценкой прототипов, так же, как они часто не читают перечни критериев.

DSM-I и DSM-II были системами прототипной диагностики с такой низкой надежностью, что клиническая психиатрия стала посмешищем медицины, и исследования в психиатрии были практически невозможны. Радикальным решением проблемы были дефиниции, основанные на критериях, которые ввел Роберт Спитцер в DSM-III. Он задумал использовать то, что было предложено в качестве не более чем исследовательского инструмента, позволяющего увеличить диагностическую надежность, и сделать его новым стандартом в повседневной клинической практике.

Метод перечней критериев имел несколько значительных преимуществ. При благоприятных условиях, надежность была от «хорошей» до «отличной». Клиницисты и исследователи в настоящее время берут критерии из одного источника, что позволяет легче транслировать результаты исследований в клиническую практику. Ученые во всем мире говорят теперь на одном языке. Не будет преувеличением сказать, что диагностика на основе критериев спасла не только психиатрический диагноз, но также и психиатрию, во всяком случае, от участи причудливого клинического искусства, невосприимчивого к возникающим в настоящее время методам доказательной медицины.

Конечно, надежность диагностики на основе критериев DSM-III была переоценена. Высокая надежность может быть достигнута только в научных исследованиях с хорошо обученными интервьюерами, при использовании структурированных диагностических инструментов, на тщательно отобранных пациентах. Надежность снижается в большей или меньшей степени в зависимости от того, насколько условия диагностики отдаляются от идеала. Надежность диагностики сейчас не лучше прежней у клиницистов, которые не знают или не придерживаются критериев DSM, которые имеют всего несколько минут для обследования пациента, и в чьей практике встречаются разнообразные и сложные для диагностики пациенты. При этом система, основанная на критериях, содержащая множество узких категорий, действительно просто обязана иметь искусственную "коморбидность", т.к. каждое ее обозначение является не более чем одним строительным блоком при построении всестороннего диагноза.

Итак, где же мы находимся сейчас? Drew Westen красиво излагает преимущества прототипной диагностики и предлагает методы ее использования. По его предположению, лучшее применение его системы, безусловно, будет в диагностике расстройств личности. На самом деле мы думали включить нечто подобное в качестве опции в DSM-IV, но решили этого не делать, потому что представляется маловероятным, что занятые врачи имели бы время или были бы заинтересованы внимательно изучать прототип каждого типа личности и делать необходимые множественные оценки.

Однако, подход Westen, конечно, актуален сегодня, т.к. намного превосходит невозможно сложную и громоздкую размерную систему, которая разработана рабочей группой по расстройствам личности DSM-5, а для МКБ-11 выбран еще более упрощенный (без рейтингов) прототипный подход, представляя собой возвращение к стилю DSM-II.

Сложная диагностика, основанная на критериях, и относительно простая прототипная диагностика не обязательно должны быть конкурирующими методами, они могут дополнять друг друга. Жаль, что DSM-5 и МКБ-11 не разрабатываются в тесной координации. Я предпочел бы конгруэнтную, сопоставимую систему, с предоставлением простых, быстрых прототипных описаний в МКБ-11, которые являлись бы сокращением сложных, трудоемких перечней критериев DSM-5. Прототипы могли бы использоваться в клинических условиях, когда время и простота применения являются существенными; перечни критериев могли бы использоваться более узкоспециализированными врачами и в научных исследованиях. Такой подход даст нам лучшее из обеих областей, до тех пор, пока мы не дождемся появления диагностики при помощи биологических тестов, что скорей всего случится еще не скоро.

# Так ли вы сообразительны, как четвероклассники? Почему прототипный подход к диагностике – шаг назад для научной психиатрии

Jerome C. Wakefield

Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, 550 First Avenue, New York, NY 10016, USA

Перевод: Носова П.С. (Москва)

Редактор: Мартынихин И.А. (Санкт-Петербург)

Drew Western предлагает подход к диагностике, основанный на сравнении с прототипом, при котором клиницисты квалифицируют наличие у пациента того или иного расстройства, если его симптомы подпадают под описание прототипа данного расстройства, включающего все стандартные симптомы. Он утверждает, что прототипный подход к диагностике «лучше соответствует тому, как люди обычно мыслят и классифицируют». Я, напротив, берусь утверждать, что прототипный подход Drew Western – это шаг назад, особенно в свете исследований, демонстрирующих склонность людей классифицировать категории на основе лежащих в их основе причин, а не по сходству признаков, что соответствует стремлению психиатрии к постановке этиологического диагноза. Я также берусь утверждать, что прототипный подход подрывает валидность диагноза, элиминируя сдерживающие факторы в отношении ложноположительной диагностики.

Вдохновленная концепцией «семейного сходства» Л.Витгенштейна, теория прототипов бросает вызов традиционным представлениям, согласно которым концепты включают необходимые-и-достаточные условия принадлежности к категории. Данная теория говорит о том, что субъект относится к категории, в случае если он более схож с «эталонным» членом этой категории (например, с малиновкой для категории «птица»), чем с эталонами альтернативных категорий [1].

Теория сходства с прототипом первоначально была воспринята как прорыв в психологии классифицирования. Исследования показали: люди считают некоторые элементы, которые обладают более типичными характеристиками для данной группы, лучшими примерами из данной категории («эффект прототипа»). Например, дятел – более типичный пример птицы, чем страус, так как он более похож на малиновку. Но страусы всё же птицы, потому что сходны с малиновками в большей степени, чем с эталонами других классов (не птиц). Эффект прототипа, по общему мнению, показал, что принадлежность к той или иной категории сама по себе является размерной и основана на степени сходства с эталоном.

Размышляя таким образом, Western отождествляет степень принадлежности к диагностической категории со степенью сходства с клиническим прототипом. Однако фундаментальное положение теории «сходства с прототипом», согласно которому черты эталонности (т.е., степень соответствия критериям «хорошего примера» для данной категории) приравниваются к степени принадлежности к категории, оказалось неправильным. Например, категория «четное число» определяется необходимым и достаточным условием («кратно 2»), которое распространяется в равной степени на все числа-представители данной категории. Тем не менее, эта категория тоже имеет эффекты эталонности: участники исследования считали некоторые

четные числа более близкими к эталону «2», чем другие, и лучшими примерами четных чисел, нежели другие. Несмотря на это, те же участники отрицали наличие какой-либо градации степеней соответствия категории «четное число» [2]. Чем бы эффекты прототипности ни являлись в психологическом плане, они не эквивалентны тому, как люди определяют для себя понятие принадлежности к категории.

Исследования показывают, что, когда люди категоризируют что-либо, они основываются не только на сходстве объектов, но прежде всего на причинно-следственных связях, и делают выводы, исходя из общих базовых свойств («сущностей»), в качестве определяющих факторов для классификации. Классические эксперименты показывают, как оценка на основе сходства и оценка принадлежности к категории расходятся на основе знания причинно-следственных связей. К примеру, участники исследования считают, что круглый объект диаметром 7,5 сантиметров больше похож на монету в 25 центов, чем на пиццу, но скорее является пиццей, если учесть причинно-следственные связи [3]. Когда испытуемым различного возраста сказали, что енота выкрасили в черный цвет с белой полосой на спине и добавили ему пахучих желез, чтобы выдать за скунса, дошкольники, используя аналогичный прототипному подход, назвали это существо скунсом, но четвероклассники и более взрослые испытуемые определили его как енота, основываясь на «этиологии» тех особенностей, которые имело это животное [4]. Конечно же, диагноз клиницистов должен быть таким же концептуально глубоким и мудрым, как и «диагноз» узнавшего енота четвероклассника.

Причинно-следственное/эссенциалистское понимание концепций объясняет, почему принадлежность к категории так часто отличается от схожести с прототипом [5]. Мы классифицируем пар, лед и жидкую воду как вещество "вода", основываясь на общей молекулярной структуре, несмотря на их различия и на то, что пар и лед несколько не похожи на прототип в виде жидкой воды. Киты напоминают типичных рыб больше, чем типичных млекопитающих, и всё же являются млекопитающими, согласно их эволюционной родословной. Существуют мелкая округлая красная морковь, скорее похожая на вишню, и вытянутые оранжевые вишни, больше напоминающие морковь, но классифицируются и те, и другие на основе умозаключений об их сути, а не по внешнему виду. Повсеместно в науке и соматической медицине лежащие в основе эссенциальные характеристики определяют принадлежность к категории. Так мы размышляем и классифицируем, и это и есть оптимальный подход для научного прогресса.

В принципе DSM работает таким же образом, критерии используются для выявления некоей общей внутренней дисфункции, которая ответственна за симптомы. В настоящее время еще мало известно об этиоло-



гии психических расстройств, поэтому DSM в значительной степени полагается на синдромальное сходство. Тем не менее, описательные критерии DSM предназначены только для переходного этапа, т.е. пока в результате исследований среди нынешних синдромов не будут выделены этиологически самостоятельные расстройства.

Близкие логические заключения в настоящее время делаются имплицитно, например, когда врачи считают нормой типичные депрессивные симптомы, возникающие при тяжелой утрате или антисоциальное поведение у подростков в целях предотвращения сексуального насилия, а также порой квалифицируют атипичную депрессию как большой депрессивный эпизод [6]. Если бы абсолютное сходство с эталоном определяло диагноз, то безграмотность и бандитизм, по всей видимости, считались бы не вариантами нормы, а формами дислексии и расстройства поведения, соответственно. Идентификация отдельных базовых нарушений, вот что, в основном, составляет суть научного исследования психических расстройств, поэтому понимание диагноза, как умозаключение об общности нарушений – это то, как люди обычно мыслят и, в то же время, оптимальная основа для научного развития психиатрии [7]. Диагностические критерии дают возможность для гибкого развития по направлению к системе, основанной на этиологии, в то время как эталонный подход тормозит диагностику на стадии выделения похожих симптомов.

Так не может ли эталонный подход быть попросту расширен, дабы включить и этиологические аспекты? Проблема в том, что этиология, зачастую, определяет необходимый-и-достаточный критерий для суждения о принадлежности к стандартной диагностической категории, сводя на нет актуальность суждений, основанных на степени сходства. Прототипный подход, таким образом, трансформируется в подход на основе критериев.

Существует противоречие между размытостью границ между расстройством и нормой и необходимостью четко разграничивать эти понятия. DSM решает это противоречие посредством искусственно жестких границ высоких порогов диагностических критериев, которые ограничивают возможность ложноположительной диагностики. Помимо этого есть категории "без дополнительных уточнений" (БДУ) для субсиндромальных состояний, которые невозможно диагностировать на основе одних симптомов, но в некоторых контекстах они могут быть расценены как расстройства.

Western критикует жесткость определения пороговых значений для симптомов и их продолжительности в DSM, но ему не удается объяснить, как прототипный подход может предотвратить ложноположительную диагностику. Ложноположительная диагностика возникает потому, что симптомы непатологического дистресса и психического расстройства часто напоминают друг друга. Прототипный подход, сочетая поиск похожих симптомов и выраженную размытость критериев, особенно подвержен ложноположительной диагностике. Единственным сдерживающим фактором является то, как проведена граница между основополагающими понятиями предложенного метода "имеет данное расстройство" и "имеет характерные особенности этого расстройства" (не достигающие уровня болезни). Остается неясным на основании каких параметров можно разграничить эти состояния, особенно с учетом суждений о глобальном сходстве.

В ответ на постановку проблемы ложноположительной диагностики Western предлагает закрыть на это глаза: «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, компромисс между удовлетворенностью и достаточностью является отнюдь не иррациональной стратегией в клинической практике». Под «компромиссом между удовлетворенностью и достаточностью» автор подразумевает «относительно удовлетворительную» диагностику». Согласно мнению Western, из-за размытости границ между нормой и патологией, прототипная диагностика может игнорировать границы между клиническими и субклиническими проявлениями, и таким образом в значительной степени игнорировать границу между расстройством и непатологическим дистрессом, но все же оставаться «относительно удовлетворительным» методом психодиагностики. Более точная диагностика с соблюдением всех правил принятия решений возможна только, если "возникнет такая необходимость". Но когда же возникнет такая необходимость, как не при первичной постановке диагноза и выборе тактики лечения? Кто бы сознательно доверил свое будущее в психологическом и медицинском аспекте "относительно удовлетворительным" врачам, которые предпочитают менее надежные, но более простые в использовании эвристики, полностью обоснованному анализу, особенно когда, как отмечает Western, эвристика прототипа по сути своей неизбежно ведет к определенным ошибкам ("поощрение клиницистов к сопоставлению пациентов с прототипами может способствовать игнорированию данных, которые не укладываются в прототип...")?

Нельзя ли просто модифицировать прототипный подход, чтобы очертить четкие границы во избежание ложноположительной диагностики? Проблема в том, что проведение четких диагностических границ бьет в сердце положению прототипного подхода о равенстве понятий для определения принадлежности к категории и однородности суждений.

Western утверждает, что эталонный подход является клинически утилитарным. Верно это или нет зависит от того, что вы подразумеваете под словом «клиническая утилитарность». При прочих равных условиях, удобство критериев для медицинской практики имеет значение. Но это удобство второстепенно по отношению к достоверности диагноза и пользе для пациента. Ложноположительная диагностика одновременно плоха для пациента и этически не оправдана. Таким образом, условия не равны и клиническая утилитарность становится бесполезной.

#### Литература:

1. Rosch E, Mervis CB. Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cogn Psychol* 1975;7:573-605.
2. Armstrong SL, Gleitman LR, Gleitman H. What some concepts might not be. *Cognition* 1983;13:263-308.
3. Rips LJ. Similarity, typicality, and categorization. In: Vosniadou S, Ortony A (eds). *Similarity and analogical reasoning*. New York: Cambridge University Press, 1989:21-59.
4. Keil FC. *Concepts, kinds, and cognitive development*. Cambridge: Bradford Books/MIT Press, 1989.
5. Medin DL, Ortony A. Psychological essentialism. In: Vosniadou S, Ortony A (eds). *Similarity and analogical reasoning*. New York: Cambridge University Press, 1989:179-95.
6. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002;159:380-6.
7. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
8. Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:374-99.



# Нозологические изменения в психиатрии: гордыня и смирение

Oye Gureje

Department of Psychiatry, University of Ibadan, Nigeria

Перевод: Воробьева Н.В. (Москва)

Редактор: Антипова О.С. (Москва)

Хотя многие согласятся с тем, что существующая классификация психических расстройств не идеальна, и было бы неплохо ее усовершенствовать, остается неясным, каким образом это лучше сделать. Недостаточная определенность в этом вопросе отражает более глубокие проблемы, связанные с нашим пониманием патогенеза психических заболеваний. В отсутствие такого понимания эмпирическое основание, на котором мог бы базироваться новый набор диагностических описаний, либо отсутствует, либо, в лучшем случае, недостаточно сформулировано [1]. Общее мнение (по крайней мере, на данный момент) заключается в том, что наиболее обоснованным является консервативный подход к пересмотру классификаций [2].

Это смирение не безосновательно. Многие из нас до сих пор осознают ущерб, который был причинен психиатрии как научной медицинской специальности вольным подходом к диагностике психических расстройств. Действительно, насмешки, которые часто вызывает психиатрия как у представителей других медицинских специальностей, так и, в ряде случаев, у общественности, частично обусловлены аморфным характером наших диагностических категорий. При этом важно не упускать из виду недавнее прошлое, когда мы прикладывали усилия, для того, чтобы построить то, что у нас есть сейчас.

Именно по этой причине создатели диагностических критериев для DSM – III установили их применимость в достижимой области повышения надежности диагностики [3]. Применение критериев включения и исключения, которые не вызывают сомнения, а также учет специфичных симптомов и их продолжительности, помогает достичь надежности при постановке психиатрического диагноза. Большинство согласится с тем, что повышение надежности диагностики было достигнуто благодаря существующей в настоящее время классификационной системе. Но создание этого общего языка не обошлось без недовольства им. Так, даже сегодня некоторые исследователи все еще пытаются определить, из чего образуются те или иные психические расстройства. Хотя сегодня не модно говорить, к примеру, о «маскированных депрессиях», в некоторых случаях этот дименсиональный конструкт будет востребован (в частности, для описания уникальной сущности болезни). Если Вы ограничиваете димензию депрессии в какой-либо произвольной точке и утверждаете, что описываете, к примеру, уникальный африканский депрессивный синдром, многие, в том числе авторитетные академические журналы, будут поражены. В связи с выше сказанным становится ясно, что помимо существующего в настоящее время достаточно жесткого, и при этом зачастую произвольного, определения симптомов и их кластеров, по которым достигнуто наше общее экспертное мнение, все еще существуют примеры, когда предпринимаются явные нападки на этот общий язык.

На мой взгляд, это важный аргумент против предложения об использовании прототипов для постановки

диагноза психических и поведенческих расстройств. Учитывая текущее состояние наших знаний, а также ограничения существующих на сегодняшний день классификационных систем, имеет смысл задать вопрос: чего мы добиваемся, и должны ли мы ждать, чтобы добиться пересмотра проекта классификации? Какие достижения мы пытаемся защитить, если изо всех сил пытаемся улучшить очевидно несовершенную систему? Любой согласится с тем, что мы должны стремиться к тому, чтобы достичь более высокого уровня валидности в определении психических расстройств нашей классификационной системы. Однако большинство из нас не может не признать, что достижение цели остается пока отдаленной перспективой [4]. Несомненно, учитывая особенности явлений, с которыми мы имеем дело в психиатрии, многие могут подтвердить, что нет предела совершенству на пути к «идеальной» валидности. Однако пока мы боремся за обретенные «благодати» валидности, мы должны следить за тем, чтобы не утратить надежность и клиническую применимость нашей классификационной системы. Именно благодаря тому, что наши достижения в формировании надежно описанных нозологических категорий, также улучшили клиническую применимость имеющейся классификационной диагностической системы, в настоящее время общепризнанно, что (по крайней мере, для МКБ-10) стремление к усовершенствованию клинической применимости является началом пересмотра всей классификационной системы [5]. Иными словами, может ли использование прототипов способствовать повышению надежности и клинической применимости классификационной диагностической системы?

Несмотря на то, что Drew Westen приводит неопровержимые для нас доводы, вплетенные в его описание, чтобы мы не обесценивали значимость прототипов, тем не менее, это является причиной для беспокойства. Может ли это привести нас к риску утратить некоторые из наших достижений, пока мы находимся в погоне за еще одной жалкой диагностической целью? Например, заключения, сделанные на основе одной и той же клинической картины, могут варьировать в зависимости от врачебной интерпретации и быть в значительной мере субъективными. Кроме того, нам может понадобиться несколько прототипов, чтобы сформировать кластер клинических проявлений, которые может иметь то или иное психическое расстройство.

К примеру, без очевидных, осознаваемых критериев, пациенты с шизофренией, имеющие различные сочетания позитивной и негативной симптоматики, а также симптомов дезорганизации, не могут быть однозначно сопоставлены с небольшим количеством описаний прототипа. Ответ на вопрос: «Страдает ли данный пациент расстройством личности, шизофренией или бредовым расстройством?», может быть проблематичен без сведений о наличии некоторых специфических симптомов, а также о давности возникновения симптоматики.

Во многих отношениях, редакционная статья Mario Maj, предвосхищающая данную дискуссию [6], выявила некоторые из возможных проблем, связанных с использованием прототипов. Я только хочу добавить, что использование прототипов может поощрять тех исследователей, которые увлекаются нозологической «экзотикой» с целью создания «новых» нозологических единиц (под прикрытием заявлений о культуральной относительности различных описаний) и при этом разрабатывают такие версии шаблона прототипа, которые удовлетворяют их фантазиям. Это путь к тому, чтобы потерять наш несовершенный, но применимый единый классификационный «язык» и создать своеобразную Вавилонскую башню от нозологии.

#### Литература:

1. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 2007;8:725-32.
2. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
4. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
5. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
6. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.

## Прототипная диагностика психиатрических синдромов и МКБ-11

Jose L. Ayuso-Mateos

Universidad Autonoma de Madrid, Instituto de Sanitaria Princesa, CIBERSAM, Madrid, Spain

Перевод: Майстренко А.А. (Москва)

Редактор: Антипова О.С. (Москва)

Drew Westen представляет альтернативный подход к диагностике психиатрических синдромов, основанный на методике сопоставления с прототипами. В первых, в этой статье подробно рассматриваются проблемы, обусловленные существующими в настоящее время операциональными методами психиатрической диагностики, которые берут свое начало из Исследовательских Диагностических Критериев (Research Diagnostic Criteria), разработанных в 1970-е годы. Затем в статье в деталях описываются преимущества применения нового диагностического подхода, основанного на сопоставлении с прототипом. Суть метода состоит в том, что диагносты сравнивают все многообразие клинических представлений о пациенте с описанием эмпирически установленного расстройства длиной в параграф и при этом оценивают «полноту совпадения», или то, насколько хорошо клиническое представление о пациенте укладывается в рамки этого прототипа. Этот метод был разработан и апробирован Westen и его коллегами, главным образом, в области психиатрической помощи.

Мои комментарии будут направлены на рассмотрение потенциальной возможности внедрения подхода, который предлагает Westen, в процесс пересмотра Главы V (F) МКБ-10: «Психические и поведенческие расстройства», который осуществляется в настоящее время. Как справедливо отмечает Westen в своей статье, Клинические описания и диагностические руководства для главы МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства» (клиническая версия) имеют существенное сходство с процедурой сопоставления с прототипом, поскольку в данном руководстве содержатся параграфы с описанием клинических черт каждого расстройства.

На мой взгляд, модель, предлагаемая Westen, имеет несколько преимуществ: а именно, то, что метод позволяет достичь большей гибкости в диагностике, и больше приближен к тому, как клиницисты думают о своих пациентах. Более того, эта модель может быть

полезна в научных исследованиях, преподавании и обучении. Вместе с тем, я не считаю, что модель как таковая может быть включена в пересмотренную главу V, посвященную психическим и поведенческим расстройствам, формирующейся МКБ-11. В частности, эта оценочная процедура проблематична для классификационных систем типа МКБ, которые стремятся охватить все виды соматических и психических состояний, и предназначены для широкого круга пользователей во всем мире.

Происходящий в настоящее время пересмотр главы V (F) МКБ-10: «Психические и поведенческие расстройства» идет в рамках пересмотра всей МКБ-10. В процессе общего пересмотра всей МКБ-10 были установлены правила для представления информации и кодирования наличия или отсутствия различных расстройств, а так же универсальные требования для описания каждого расстройства в пределах всей классификационной системы. Попытка использовать различные системы описания и оценки как основу для главы «Психические и поведенческие расстройства» будет противоречить общим правилам, разработанным для классификационной системы в целом, и подорвет равноправие психопатологии по сравнению с другими разделами медицины в отношении решения клинических, административных и финансовых задач, связанных с охраной здоровья.

Кроме того, система, предложенная Westen, в том виде, в котором она представлена, не имеет никаких преимуществ по клинической применимости, если мы предположим, что профессионалы в области психического здоровья – не единственные, кто вовлечен в процесс диагностики и классификации психических расстройств. Действительно, только очень небольшой процент людей, страдающих психическими расстройствами, когда-либо увидят психиатра или какого-либо другого специалиста по психическому здоровью. В этой связи психиатров, клинических психологов, психиатрических медицинских сестер

нельзя рассматривать как основных и единственных специалистов, которые пользуются МКБ. Представители других специальностей также будут использовать эту классификацию. Врачи общей практики, волонтеры, социальные работники составляют большинство среди тех, кто занимается вопросами психического здоровья в некоторых развивающихся странах. Выяснить, могут ли эти специалисты провести дифференцировку между баллами («4 балла – «хороший уровень совпадения с прототипом: пациент страдает этим расстройством, можно ставить диагноз» и «5 баллов – идеальное совпадение с прототипом: пациент хорошо иллюстрирует это заболевание, «классический» случай») – это вносить путаницу и неопределенность. Это понизит клиническую применимость всей классификационной системы.

Более того, просить их подчитывать баллы типа: «2 балла – имеются отдельные совпадения с прототипом: у пациента могут быть некоторые симптомы, характерные для данного расстройства» и «3 балла – умеренное совпадение с прототипом: пациент имеет значимые симптомы данного расстройства», может излишне удлинить диагностическую процедуру и способствовать гипердиагностике субклинических состояний. Reed et al. [1] недавно выдвинули на первый план то обстоятельство, что Всемирная Организация Здравоохранения обеспокоена быстрым увеличением количества диагнозов психических расстройств. Как подчеркивает Международная Рабочая Группа к пересмотру главы V «Психические и поведенческие расстройства» в МКБ-10 (International Advisory Group to the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders) [2], все решения относительно изменений в текущей классификации должны учитывать, позволяет ли предложенное изменение улучшить выявление пациентов с проблемами в области психического здоровья, когда они обращаются в различные службы системы здравоохранения. Несмотря на то, что субклинические состояния все чаще и чаще признаются важной темой для научных исследований, это еще не означает, что они должны считаться болезнью и включаться в формулирование диагноза в той мере, которую предлагает Westen.

Новая версия МКБ должна быть более простой, и также должна уделить особое внимание разграничению того, что является расстройством, а что – не является. Основная проблема в разработке новой классификации психических и поведенческих расстройств состоит в том, чтобы определить соответствующий порог, который мог бы ясно свидетельствовать о наличии признаков, заслуживающих клинического внимания, и установить различия между признаками, которые имеют клиническую значимость [3, 4]. Попытка внедрения подхода Westen, вероятно, увела бы в сторону от этой задачи.

Некоторые элементы, рационально описанные в содержании прототипов, в статье Westen, могут иметь отношение к процессу пересмотра описаний, представленных в системе МКБ. Один из ключевых моментов в методике сопоставления с прототипом – это то, что он сфокусирован на вопросах, являющихся «сутью» для клинициста: когда есть ряд существенных признаков, «достаточно хороших» для клинициста, чтобы установить диагноз, без необходимости проверять наличие других признаков, менее важных для постановки диагноза. Клинические описания, включенные в МКБ, могут учитывать описанную выше необходимость выделять наиболее значимые для постановки диагноза признаки состояния, и отдать меньшее предпочтение менее релевантным для постановки диагноза признакам.

#### Литература:

1. Reed GM, Dua T, Saxena S. World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan. *BMJ* 2011;20:342.
2. 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.
3. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry* 2011;199:85-6.
4. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Hacia una clasificaci3n internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad cl3nica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2011;4:113-6.

## Применение прототипов совместно с операциональными диагностическими критериями улучшит подход к психиатрической классификации

Pichet Udomratn

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand

Перевод: Сторожева М. (Москва)

Редактор: Антипова О.С. (Москва)

В 1980 году Американская Психиатрическая Ассоциация (American Psychiatric Association) включила паническое расстройство в диагностическую классификацию DSM-III и разработала диагностические критерии для этого нового расстройства [1]. В то же время, некоторые азиатские психиатры сопротивлялись применению этой новой диагностической категории, поскольку в их родном языке не было соответствующей терминологии [2]. Этого бы не случилось, если бы в DSM-III в качестве примера или показательного клинического случая были бы приведены прототипы.

Действительно, одного прототипа может быть недостаточно, для того чтобы диагност имел возмож-

ность распознать расстройство, особенно если расстройство имеет множество клинических вариантов, как в случае панического расстройства (его еще называют "многоликое паническое расстройство" [3]). Более того, прототипы, созданные в одной стране, могут не подходить для применения в другой стране, имеющей иную культуру и веру. К примеру, на юге Тайланда женщины с гастроинтестинальными симптомами, у которых западноевропейские специалисты могли бы диагностировать паническое расстройство, как правило, убеждены, что у них "болезнь ветра" («took lom») [4]. Причиной этого является традиционное убеждение в том, что люди состоят из четырех элементов: земли, воды, ветра («lom») и огня.

В этой связи прототип панического расстройства для тайских клиницистов мог бы быть адаптирован следующим образом: "Состояния, которые соответствуют этому прототипу, имеют много клинических проявлений. На юге Таиланда, у них может быть инициальная симптоматика, которая проявляется в ощущении «ветра» ("lom"), который движется кверху в животе. При этом пациент может пытаться давить на живот, стараясь сместить «ветер» ("lom") вниз, чтобы он вышел наружу. "Lom" может продолжать движение кверху и начать сдавливать сердце, что приводит к учащенному и сильному сердцебиению, а последнее – в свою очередь – к учащенному и глубокому дыханию. Изменение дыхания вызывает головокружение или головную боль. Большинство больных при этом боятся, что "lom" может переместиться в голову, что приведет к потере сознания или смерти». Таким образом, в случае применения прототипного подхода к психиатрической диагностике, содержание конкретного прототипа должно быть адаптировано с учетом специфических культуральных и средовых особенностей.

В отношении клинической целесообразности применения прототипной диагностики, я согласен с позицией Westen, суть которой заключается в том, что использование прототипов в повседневной клинической практике полезно и удобно. Врачи в развивающихся странах, ежедневно принимающие 50-100 и более пациентов в первичной сети, возможно, сочтут прототипную диагностику более удобной для практического применения, по сравнению с подробными клиническими интервью, разработанными с учетом диагностических критериев общепринятых класси-

фикаций. Вместе с тем, психиатры, проводящие научные исследования, вряд ли предпочтут этот подход, в связи с необходимостью подбора однородных групп пациентов для проведения исследования [5].

Подводя итоги выше сказанного, следует рекомендовать использование как операциональной, так и прототипной диагностики в психиатрической практике. Применение прототипной диагностики совместно с операциональными диагностическими критериями, наподобие DSM-формата (диагностических критериев с произвольными предельными точками), поможет врачам-ординаторам более ясно понимать клиническую картину психических расстройств, а практикующим врачам – развивать свои представления о различных видах психических заболеваний.

#### Литература:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
2. Udomratn P. Panic disorder in Thailand: a report on the secondary data analysis. J Med Assoc Thai 2000;83:1158-66.
3. Ley R. The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. Behav Res Ther 1992;30:347-57.
4. Udomratn P, Hinton DE. Gendered panic in southern Thailand. In: Hinton DE, Good BJ (eds). Culture and panic disorder. Stanford: Stanford University Press, 2009:183-204.
5. Yanos PT, Stanley BS, Greene CS. Research risk for persons with psychiatric disorders: a decisional framework to meet the ethical challenge. Psychiatr Serv 2009;60:374-83.