

Эмпирический подход к классификации и диагностике расстройств настроения

Drew Westen¹, Johanna C. Malone², Jared A. DeFife¹

¹ Department of Psychology and Psychiatry, Emory University, 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322;

² Department of Psychiatry, Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

Перевод: А.В.Павличенко

В данной статье описывается подход к диагностике аффективных расстройств, основанный на эмпирических данных и предназначенный для использования в повседневной клинической практике. Врачи-психиатры и клинические психологи, отобранные случайным образом, описали случайно выбранного пациента с помощью Диагностического опросника расстройств настроения (Mood Disorder Diagnostic Questionnaire, MDDQ), и заполнили дополнительные исследовательские материалы. Для того, чтобы на основе Опросника MDDQ выделить среди изученных пациентов естественные диагностические группы, мы применили факторный анализ. Были выявлены три клинически независимые группы (дименсии) аффективных расстройств, что согласуется с рубриками нарушений настроения в DSM и МКБ (большая депрессия, дистимия, мания), а также с индексом суицидального риска. Диагностические критерии были выработаны эмпирически. Привлечение статистических методов при анализе исходных данных для оценки диагностической точности подтвердило правильность выделения групп на основе диагнозов DSM-IV; регрессионный анализ также продемонстрировал правильность выделения групп на основании Опросника MDDQ, а корреляционный анализ показал внутреннюю взаимосвязь между наследственнойотягощенностью по аффективным заболеваниям и исходами, а также валидность. Возможно, наиболее важным результатом является тот факт, что, в дополнение к рубрикам DSM-IV, с помощью диагностических шкал Опросника MDDQ можно предсказать адаптационные способности и течение заболевания. Эмпирически выделенные синдромы могут быть использованы для диагностики расстройств настроения на основе дименсионального подхода без привлечения сложных алгоритмов или могут быть объединены в большие диагностические прототипы, которые устраняют необходимость использовать неудобную для клинической практики постоянно расширяющуюся группу расстройств настроения.

Ключевые слова: расстройства настроения, суицидальность, дименсиональный диагноз, сходство с прототипом (prototype matching).

Два вопроса составляют основу психиатрического диагноза: как классифицировать психопатологические феномены и как применить эту систематику к конкретному пациенту в клинической практике. В отношении расстройств настроения усилия ученых вначале были направлены на разрешение первого вопроса, который включал так называемый клинико-экспертный подход, состоящий в том, что ведущие психопатологи начала 20 века старались каким-то образом навести порядок среди тех больных, с которыми они сталкивались в своей работе (1). Данный подход преобладал вплоть до 70-х годов прошлого века, когда критерии, предназначенные для научных целей, также оказались пригодными для стандартизации диагноза в разных странах. Варианты этих критериев стали официальной номенклатурой аффективных расстройств в DSM-III (2). С того времени исследователи постоянно улучшали критерии диагностики различных расстройств как в DSM, так и в МКБ, что привело к резкому увеличению числа самих заболеваний. В частности, расстройства настроения при этом стали рассматриваться как заболевание аффективного спектра, а у конкретных пациентов наблюдались разнообразные клинические симптомы (3–6).

После введения исследовательских критериев новый принцип стал использоваться не только при создании классификации болезней (первый из двух главных вопросов психиатрического диагноза), но и во время внедрения в клиническую практику диагностических алгоритмов, базирующихся на основе этой систематики (второй вопрос). DSM-III и последующие издания DSM и МКБ предложили высокоспецифичные критерии и схемы, позволившие объединить эти критерии в виде так называемого категориального диагноза. К преимуществам этого подхода можно было отнести существенно более высокий

уровень надежности, по крайней мере, в отношении исследовательских задач (7,8). Однако со временем стали очевидными и существенные недостатки, включающие взаимоотношение между достоверностью и надежностью, ограниченное число диагностических признаков, противоречивость между критериями тяжести и длительностью болезни; все увеличивающееся количество самих расстройств и диагнозов «без дальнейшего уточнения (БДУ)». Кроме того, стало очевидно, что для многих расстройств, включая аффективные, категориальный диагноз (расстройство присутствует или отсутствует), также как диагноз дименсиональный (степень выраженности расстройства) не отражают в полной мере клинической реальности (10–12). На протяжении многих лет дименсиональный диагноз, по-существу, являлся «неофициальной» практикой в научных исследованиях. Последнее обстоятельство нашло отражение в таких средствах, как Шкалы депрессии Гамильтона (13) и Бека (14), которые используются для измерения тяжести депрессии и уровня ответа на терапию. Однако следует помнить, что у пациента, участвующего в клиническом исследовании, несмотря на уменьшение степени выраженности расстройства ниже определенного порога, все еще может быть множество симптомов. Другой важной проблемой была искусственная коморбидность (15, 16), связанная с различными причинами, в частности, с общими критериями и особенностями патологических состояний, относимых к одной группе, когда четкие границы между расстройствами провести невозможно. Еще одной проблемой является удобство использования в практике. Глава DSM-IV «Расстройства настроения» содержит около 100 страниц текста и включает множество состояний, каждое из которых имеет собственные критерии, подкритерии и гра-

ницы, которые клиницисты находят малополезными и в своей работе часто ориентируются не на соответствующие руководства, а на прототипы психопатологических состояний, которые возникли у них в период обучения и работы (17,18).

В этом месте можно спросить, а можно ли как-то по-другому подойти к обоим вопросам: как идентифицировать диагностические синдромы и критерии, и как их применять в практике. Один из практических путей решения первого вопроса лежит в использовании психометрических инструментов и шкал. По существу, диагностическое руководство является набором «шкал» (список критериев) для измерения структурных элементов (диагнозов), которые можно получить эмпирически путем использования таких процедур как факторный анализ больших и разнообразных данных, содержащих также и потенциальные диагностические критерии. Факторный анализ позволяет идентифицировать как группы (дименсии), например, депрессию, дистимию, манию, так и критерии (признаки, имеющие высокую факторную нагрузку внутри этих групп), которые можно использовать для выбора и создания диагнозов. Последние, в свою очередь, можно интерпретировать с точки зрения дименсионального и категориального подходов. Нечто подобное встречается и в других областях медицины. Например, когда пациент достигает некоего количественного порога, у него диагностируется «высокое» или «пограничное» артериальное давление, и здесь не требуется использование сложных алгоритмов.

В последнее время все более и более популярным методом оценки расстройств Оси I и Оси II DSM-IV (второй из указанных выше вопросов) становится так называемое прототипическое соответствие (prototypic matching), которое объединяет диагностические критерии в стандартные прототипы (7, 19, 20). Клиницисты определяют подобие или «соответствие» имеющихся у пациента симптомов определенным прототипам, причем каждый прототип рассматривается в целом. Врач при этом следует естественной для каждого человека склонности к категоризации. (21, 22). Прототипическое соответствие основано на синдромальном подходе (23), согласуется с диагностическими принципами DSM и МКБ, а также дает возможность применять дименсиональную (количественную) оценку, используя шкалу от 1 (нет соответствия с клинической картиной – отсутствие расстройства) до 5 (значительное соответствие). Если необходим категориальный диагноз (например, для того, чтобы клиницисты лучше понимали друг друга), то показатель, равный 4 и выше, будет говорить о существовании расстройства, а показатель, равный 3, укажет лишь на «признаки» состояния.

Таким образом, вместо того, чтобы выделять в структуре биполярных расстройств большое количество отдельных категорий, диагностика конкретного пациента будет основываться, с одной стороны, на имеющихся у него в данный момент времени симптомах, а с другой – насколько его или ее состояние соответствовало прототипам депрессии или мании в прошлом. Так, если у больного в настоящее время или в анамнезе имелись признаки мании на уровне 3 и выше, то у него можно диагностировать заболевание биполярного спектра, а особенность заболевания будет определяться тяжестью маниакальных/гипоманиакальных и депрессивных эпизодов. В обычной клинической работе пациентов, перенесших в прошлом субсиндромальные маниакальные и депрессивные состояния, можно рассматривать как «циклотимиков». В научных целях сочетание показателей каждой из 1-5 или более надежных шкал, разработанных на основе факторного анализа, даст возможность определить мишени для дифференцированной терапии или предсказать важ-

ные исходы заболевания, такие как глобальное функционирование.

Диагностические синдромы, выделенные в этом исследовании на основании факторного анализа, образуют группу дименсий, которые устраняют необходимость использовать сложные диагностические алгоритмы.

МЕТОДЫ

В данной работе, являющейся частью большого исследования по классификации расстройств личности, мы случайным образом связались с 1201 североамериканским психиатром или психологом, работающим по специальности не менее 5 лет после окончания обучения (8, 24). Так как клиницисты предоставили всю необходимую информацию, а сведения о конкретных пациентах были недоступны для исследователей, то брать информированное согласие имело смысл скорее с клиницистов, чем с самих больных. Протокол был одобрен профильным комитетом Университета Емогу.

Мы попросили врачей описать «взрослого пациента, который в настоящее время проходит у них лечение, или оценить особенности мыслей, чувств, мотивов или поведения, – всего того, что связано с личностными чертами, – которые вызывают дистресс или дисфункцию». Одновременно мы подчеркнули, что пациенты необязательно должны иметь диагноз расстройства личности по DSM-IV. Использовались дополнительные критерии включения: возраст старше 18 лет, отсутствие текущего психотического расстройства, достаточно хорошее знакомство с врачом (использовался следующий признак: между врачом и больным должно было быть более шести встреч, но продолжительность их взаимодействия не должна превышать двух лет, чтобы уменьшить искажения, связанные с лечением). Чтобы обеспечить случайность выборки, мы попросили врачей включать в исследование лишь тех пациентов, отвечающих критериям включения, которых они консультировали на протяжении предыдущей недели последними.

Врачи заполнили специальную Клиническую анкету (CDF), используя для этого данные, полученные в ходе регулярных бесед с пациентами, а также из других доступных источников (например, истории болезни). Анкета CDF включает демографическую характеристику больных, диагноз, этиологические факторы (семейная отягощенность и историю развития), а также изменения параметров адаптации (напр., 16) с точки зрения опытных клиницистов. Данные Анкеты CDF демонстрируют большое сходство с результатами, полученными независимо от самих пациентов (25). Для диагностики расстройств Оси I мы попросили врачей отметить наличие или отсутствие каждого из наиболее распространенных в DSM-IV расстройств, как это делается в их повседневной работе. Чтобы правильно их сориентировать и обеспечить максимально возможную надежность и достоверность результатов относительно отягощенности по психическим заболеваниям, мы спросили их конкретно о наличии психических расстройств среди родственников первой и второй линии и рекомендовали врачам осторожно отметить, были ли в их ответах сомнения.

В исследование мы включили данные, полученные от случайно выбранных 187 врачей, которые заполнили диагностический опросник по расстройствам настроения (MDDQ). Он включает 79 пунктов и позволяет опытным клиницистам оценить симптомы аффективных расстройств, обозначенных в виде диагностических критериев. Опросник MDDQ можно использовать для измерения нарушений настроения на основе его шкал, а также для выделения эмпирическим путем диагностических подгрупп и критериев.

Пункты MDDQ были заимствованы из существующих критериев аффективных расстройств, а также с учетом научных данных и клинических наблюдений (26, 27). Каждый пункт оценивался по 7-бальной шкале.

Все 187 врачей имели большой опыт работы по специальности (20,1±7,7 лет) и разнообразные теоретические интересы.

Пункты MDDQ мы подвергли факторному анализу, используя процент дисперсии, который, в соответствии с графиком собственных значений, объяснял параллельный анализ (28,29). Мы проверили результаты с помощью процедур оценки и изучения отклонений, а также проанализировали значимые связи между обнаруженными факторами, чтобы отобрать окончательное число изменчивых факторов. Предполагая определенные корреляции между факторами, мы использовали данные косвенного отклонения (oblique rotation). Ниже приводятся данные, полученные с помощью метода наименьших квадратов. После эмпирического выделения диагностических групп мы создали психометрические шкалы для оценки выраженности каждого расстройства. Для этого мы отобрали пункты с самым высоким коэффициентом нагрузки и, удалив пункты, имеющие низкую корреляцию со шкалой и высокую взаимную корреляцию (например, $r \geq 0$) с другими шкалами.

Валидность первоначально выделенных диагностических измерений мы проверили разными способами. Во-первых, чтобы оценить точность измерительных шкал в отношении стандартного дихотомического деления (например, наличие или отсутствие диагностированного лечащим врачом депрессивного состояния), мы построили кривую зависимости показателей (ROC-кривая) от частоты ложно положительных заключений и на каждой разделяющей (cut-point) точке измерительной шкалы отметили разницу между положительными и ложноположительными результатами. Считается, что величина площади под кривой (AUC) свидетельствует об общей возможности метода правильно распределять отдельных людей и позволяет определить его дискриминативные способности по отношению к случайному распределению (показатели $AUC \leq 50$ говорит о случайном различии). Для того, чтобы проверить, насколько эмпирически выделенные синдромы могут предсказать именно те диагнозы, которые от них ожидают, а также оценить надежность (диагностическую точность) полученных на основании Опросника CDF натуралистических диагнозов DSM-IV, мы использовали в своей работе данные кривой AUC и логистической регрессии.

Во-вторых, сравнивая относительную надежность категориальных диагнозов DSM-IV и эмпирически выделенные измерения, мы также пытались найти корреляцию между диагнозами, поставленными на основании Шкалы глобальной оценки функционирования (GAF) из DSM-IV и комбинированной оценкой психиатрического функционирования (госпитализации, суицидальные попытки), с одной стороны, и наследственной отягощенностью по депрессиям и биполярным расстройствам, с другой. Чтобы предсказать показатели Шкалы GAF и наследственную отягощенность по психическим заболеваниям, мы применили множе-

ственную иерархическую регрессию: для этого мы вначале использовали упомянутые в DSM-IV диагнозы расстройств настроения (Шаг 1), а затем выделенные эмпирическим путем синдромы (Шаг 2). Также с помощью иерархической регрессии мы пытались определить дифференциальную (incremental) валидность в клинической практике эмпирически выделенных диагнозов при их сравнении с диагнозами DSM-IV. Наконец, на основе этих шкал мы создали отдельные диагностические прототипы, которые можно будет использовать в повседневной работе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди изученных больных было 42,8% женщин; 69% из них лечились частнопрактикующими врачами (оставшиеся наблюдались в различных учреждениях, начиная от дневных стационарных и до судебных отделений); 73,3% лиц принадлежали к европеоидной расе (остальные относились преимущественно к афро-и/или латиноамериканцам) и ко всем социальным классам. Средний возраст пациентов составил 42,6±11,5 лет. Разброс показателей Шкалы GAF варьировал в пределах от 10 до 92 (среднее значение 58,4±12,2); 28,9% из них как минимум один раз стационарировались в психиатрическую больницу. Врачи хорошо знали своих больных и, в среднем, наблюдали их на протяжении 17,3±26,5 месяцев.

С помощью факторного анализа было выделено 4 или 5 признаков. Четыре признака соответствовали 4 внутренне связанным между собой измерениям, что охватывало 44% дисперсии. Мы назвали эти факторы «депрессия», «дистимия», «мания» и «суицидальный риск» и создали психометрические шкалы, каждая из которых содержала от 6 до 19 пунктов. Внутренняя стабильность (надежность) каждой шкалы была очень высокой (Таблица 1). Мы ожидали обнаружить значительные взаимные корреляции между шкалами, и поэтому измеряли все симптомы аффективных расстройств. Кроме того, было показано, что расстройство настроения является частью более широкого спектра (30,31). Как и оказалось в дальнейшем, внутренние корреляции между группами были выражены весьма умеренно, что могло свидетельствовать о независимости отдельных расстройств внутри широкого спектра (Таблица 2).

Выделенные шкалы демонстрировали высокую диагностическую точность. В таблице 3 представлены статистические данные для каждой измерения, полученные на основе анализа кривой AUC при дифференциации больных в отношении клинического диагноза или числа суицидальных попыток. Метод пошаговой регрессии, представленный в таблице 4, показывает, что шкалы также обладают высокой дискриминантной валидностью (т.е., они могут отделить друг от друга соседние расстройства). Выделенные измерения описали именно те диагностические конструкции, которые мы ожидали от них увидеть, но никак не другие. Например, измерение «депрессия» в значительной степени могла предсказать только клинический диагноз «депрессия»; измерение «дистимия» предсказывала только клинический диагноз «дистимическое расстройство»; высокие баллы по признаку «мании» пред-

Таблица 1 Достоверность шкал и внутренние корреляции

	Депрессия	Дистимия	Мания	Суицидальный риск
Достоверность (альфа коэффициенты)	0,94	0,94	0,88	0,92
Внутренние корреляции				
Большая депрессия				
Дистимия	0,5*			
Мания	0,23*	-0,05		
Суицидальный риск	0,58*	0,35*	0,25*	
* $P < 0,001$				

Таблица 2 Корреляции между пунктами шкалы (Item-to-scale correlations)				
	Депрессия	Дистимия	Мания	Суицидальный риск
Большая депрессия				
Выглядит грустным, несчастным или подавленным	0,83**	0,48**	0,1	0,49**
Чувствует усталость, утомление или отсутствие энергии;	0,82**	0,39**	0,15**	0,45**
ежедневная активность требует огромных усилий				
Настроение постоянно понижено; не отвечает на попытки «развеселить» его/ее	0,82**	0,43**	0,04	0,51**
Способен ли человек получить удовольствие от привычных увлечений и деятельности?	0,80**	0,33**	0,07	0,43**
Жалобы на грусть, печаль или подавленность	0,79**	0,54**	0,07	0,46**
Депрессивное настроение серьезно влияет на способность работать, ходить в школу, и т.д.	0,79**	0,39**	0,13	0,36**
Трудно развеселиться; человек практически не получает удовольствие от жизни	0,79**	0,43**	0,03	0,45**
Депрессия или ажитация мешают сконцентрироваться; трудно читать, поддерживать беседу и т.д.	0,75**	0,33**	0,30**	0,49**
Чувство бесперспективности будущего	0,71**	0,46**	0,14	0,55**
Депрессивное настроение значительно отличается от того, что было раньше (даже если обычное настроение было грустным); как будто бы опустился «туман или мгла»	0,71**	0,32**	0,20**	0,34**
Есть ли у человека эмоциональная опустошенность; трудно ли принимать обычные решения?	0,67**	0,46**	0,14	0,42**
Частые пробуждения среди ночи; трудности поддержания сна	0,66**	0,30**	0,32**	0,42**
Кажется, что замедлено мышление, речь, движения и т.д.	0,65**	0,32**	0,15**	0,33**
Утрата интереса к друзьям, знакомым, и т.д.	0,65**	0,21**	0,20**	0,36**
Нарушение засыпания; инициальная инсомния	0,64**	0,23**	0,34**	0,40**
Ранние пробуждения и неспособность спать далее	0,60**	0,28**	0,13	0,35**
Депрессия значительно усиливается утром	0,58**	0,21**	0,22**	0,33**
Чувство «тяжести» и скованности в руках и ногах	0,54**	0,21**	0,27**	0,22**
Снижение аппетита	0,52**	0,20**	0,08	0,35**
Дистимия				
Чувство вины	0,45**	0,86**	-0,05	0,34**
Склонность к повышенной самокритике вместо обоснованного раздражения на других	0,38**	0,86**	-0,14	0,26**
Склонность винить себя в плохих событиях; человек считает, что способность приносить несчастья относится к его стойким психологическим чертам и качествам	0,42**	0,82**	-0,07	0,29**
Чувство неполноценности, несостоятельности, некомпетентности или недостаточности	0,59**	0,82**	0,02	0,47**
Частое ощущение, что он/она подвел(а) других людей	0,42**	0,80**	-0,03	0,29**
Волнение по поводу того, что он/она разочаровывала важных людей	0,36**	0,80**	-0,14	0,21**
Тенденция постоянно возвращаться к собственным ошибкам, плохим поступкам в прошлом	0,45**	0,79**	-0,02	0,34**
Самокритика; установление высоких требований к себе; постоянный страх, что он/она их не оправдывает (не оценивается, если чувство неполноценности не сопровождается повышенными требованиями)	0,44**	0,78**	-0,08	0,31**
Низкая самооценка	0,58**	0,77**	0,04	0,39**
Усердная работа, чтобы избежать критики или отвращения к себе	0,20**	0,75**	-0,06	0,08
Склонность испытывать страх отвержения и неприятия важными людьми	0,40**	0,68**	0,07	0,33**
Чувство собственного достоинства зависит от оценки со стороны других людей; необходимость одобрения, поддержки и т.д.	0,16**	0,62**	0,11	0,08
Зависимость чувства собственного достоинства от достижений и успеха	-0,01	0,43**	-0,14	-0,03
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$				

Таблица 2 Корреляции между пунктами шкалы (Item-to-scale correlations) (продолжение)				
	Депрессия	Дистимия	Мания	Суицидальный риск
Мания				
Быстрые смены настроения между повышенным, раздражительным или маниакальным, с одной стороны, и депрессивным или смешанным, с другой, за относительно короткий период времени (например, недели или месяцы)	0,22**	0,08	0,74**	0,23**
Склонность к неоправданным рискам (например, финансовые авантюры, небрежное вождение, незаконная деятельность) с минимальной заботой о последствиях; это поведение отличается от его/ее обычной жизни	0,12	0,15	0,71**	0,16**
Чрезмерно повышенное, экспансивное или раздражительное настроение приводит к проблемам на работе, в социальных сферах или во взаимоотношениях или требует госпитализации	0,17**	-0,01	0,70**	0,15**
Огромная энергия, которая отличается от его/ее обычной жизни	0,16**	0,03	0,65	0,15
Речь быстрая, без остановок или речевой напор, что нехарактерно для его/ее обычной жизни	0,15**	0,08	0,64	0,13
Поиск острых ощущений или «усиленное» («high gain»), мотивированное получением награды поведение (например, азартные игры, траты денег; беспорядочные сексуальные связи), которое нехарактерно для его/ее обычной жизни	0,02	-0,18**	0,64	0,08
Скачки идей, которые могут затруднить общение	0,15**	0,05	0,64	0,19*
Ощущение, что мысли бегут с «бешеной» скоростью, что нехарактерно для его/ее обычной жизни; чувство, что мысли приходят в голову так быстро, что он/она не может поспеть за ними	0,26**	0,15**	0,64**	0,23**
Вспыльчивость или быстро возникающий гнев, который отличается от его/ее обычной жизни	0,20**	-0,12	0,59**	0,28**
Возмущение и раздражение наступают легче, чем раньше; несдержанность	0,27**	-0,11	0,58**	0,20**
Гиперсексуальность, что нехарактерно для его/ее обычного поведения	0	-0,16**	0,57**	0,05
Беспокойство, неусидчивость, невозможность долго сидеть на одном месте; психомоторное возбуждение	0,18**	0,06	0,57**	0,22**
Идеи грандиозности или чрезмерная самоуверенность (например, чувство, что он/она могут «сделать многое»), нехарактерная для его обычного поведения	-0,05	-0,26**	0,48**	-0,03
Низкая потребность во сне (например, чувство бодрости после очень непродолжительного сна)	0,08	-0,01	0,48**	0,06
Постоянные и резкие изменения самочувствия в зависимости от времени года (настроение ухудшается зимой)	0,26**	0,1	0,45**	0,16**
Необычные интересы и цели (в социальной среде, на работе, в школе), которые были нехарактерны для его/ее обычного поведения	0,04	0,1	0,40**	0,02
Мысли и язык кажутся очень напыщенными, философскими или абстрактными, чего необычно для его/ее обычной жизни	0,02	0,01	0,40**	0,07
Суицидальный риск				
Сожаление, что он/она еще живы, и чувство, что было бы лучше умереть	0,59**	0,36**	0,16**	0,90**
Поглощенность суицидальными мыслями	0,52**	0,32**	0,23**	0,90**
Чувство, что жизнь не имеет смысла	0,67**	0,38**	0,17**	0,86**
Хорошо разработанные планы самоубийства	0,39**	0,21**	0,17**	0,86**
Истинные суицидальные попытки в прошлом	0,40**	0,16**	0,23**	0,81**
Аутоагрессивные действия, не имеющие суицидальных намерений (например, порезы и прижигания)	0,36**	0,30**	0,30**	0,74**
<i>*p < 0,05; **p < 0,01</i>				

сказывали наличие диагнозов «биполярное расстройство (I и II типа)» и «циклотимия», но не депрессии или дистимии (униполярные расстройства); высокие баллы по суицидальному риску в значительной степени говорили о возможности совершения суицидальных попыток.

В качестве дополнительного показателя валидности полученных результатов (таблица 5), мы сравнили

дименсии расстройств настроения с используемыми врачами диагнозами DSM-IV по их способности предсказать адаптивные возможности, анамнез заболевания и наследственную отягощенность по депрессиям и биполярным расстройствам. Эмпирически выделенные диагнозы показали высокую прогностическую ценность в отношении этих показателей, причем даже большую, чем используемые в практике диагнозы DSM-IV.

Таблица 3. Результаты прогнозирования диагнозов аффективных расстройств и суицидального риска на основании показателей Кривой чувствительности (ROC-кривая) для дименсий Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ).

Дименсии MDDQ	Клинические диагнозы	Область под кривой	Стандартная ошибка
Большая депрессия	Большое депрессивное расстройство	0,78*	0,4
Дистимия	Дистимическое расстройство	0,67*	0,4
Мания	Биполярное расстройство I типа	0,83*	0,7
	Биполярное расстройство II типа или циклотимия	0,78*	0,7
Суицидальный риск	Суицидальная попытка в прошлом	0,87*	0,3

* $p < 0,001$

Таблица 4. Логистический регрессионный анализ переменных Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ) как предикторов клинических диагнозов расстройств настроения и подтвержденных сведений о суицидальных попытках в прошлом

	b	SE b	Вальд (Wald)	Exp(B) (отношение шансов)	-2 логарифмическое правдоподобие	Коэффициент смешанной корреляции Nagelkerke
Большое депрессивное расстройство					185,35	0,39
• MDDQ-большая депрессия	1	0,21	22,46**	2,71		
• MDDQ-мания	-0,97	0,28	11,90**	0,38		
Дистимическое расстройство					225,16	0,19
• MDDQ-дистимия	0,4	0,13	9,09**	1,05		
• MDDQ-мания	-0,79	0,25	9,85**	0,45		
Биполярное расстройство					63,34	0,29
• MDDQ-мания	1,24	0,38	10,77**	3,47		
Циклотимия или биполярное расстройство II					74,29	0,2
• MDDQ-мания	1,26	0,37	11,41**	3,54		
Суицидальные попытки в прошлом					129,32	0,47
• MDDQ-суицидальный риск	1,12	0,22	26,56**	3,05		

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Чтобы продемонстрировать дифференциальную (incremental) валидность выделенных эмпирическим путем дименсий по отношению к категориальным диагнозам DSM-IV, мы использовали иерархическую линейную регрессию для шкалы GAF и комплексные анамнестические данные (госпитализации и суицидальные попытки). Для этого вначале мы взяли диагнозы DSM-IV (Шаг 1), а затем (Шаг 2) эмпирически выделенные диагнозы (Таблица 6). С точки зрения дифференциальной дисперсии (incremental variance) эмпирически выделенные дименсии в обоих случаях превзошли диагнозы DSM-IV. Факторы, увеличивающие дисперсию, варьировали от 1,2 до 1,8 (в среднем 1,4), что говорит об отсутствии ограничения коллинеарности множественной регрессии.

Наконец, используя пункты Опросника MDDQ, содержащие шкалы для каждого расстройства, мы создали прототипы, которые можно будет использовать в DSM-5 или в МКБ-11 для диагностики конкретных пациентов в повседневной практике (пример прототипа депрессии представлен на фигуре 1).

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на огромный прогресс в области понимания природы аффективных расстройств, внесение на протяжении более чем тридцати лет дополнительных поправок в категории и критерии привело к значительному увеличению числа самих расстройств и диагностических алгоритмов, использование которых неудобно в клинической практике. Диагностические системы, которые широко используются в настоящее время, базируются на огромных знаниях, накопленных в науке, теории и практике. Наше исследование также основывается на этих знаниях. В частности, для

того, чтобы создать средство, с помощью которого мы получили диагностические дименсии, мы использовали как критерии DSM-IV и МКБ-10, так и результаты научных исследований и клинических наблюдений (например, 13,14, 27).

Данные факторного анализа соответствовали основным диагнозам, которые развивались на протяжении столетия существования психиатрической классификации. Так, были определены три расстройства (большая депрессия, дистимия, мания), а также маркеры риска развития суицида. Несмотря на то, что большая депрессия и дистимия могли иметь такие высокие уровни корреляции, что факторный анализ не мог их различить, фактически они представляли различные категории. Эмпирически выделенные критерии этих состояний являлись комбинацией существующих диагностических критериев, клинических наблюдений, а также результатов значимых научных исследований, которые не обращаются к существующей систематике. В качестве примера последних можно указать на различия двух способов предрасположенности к депрессивным состояниям (данная теория объединяет когнитивно-поведенческую теорию Бека (26) и психоаналитическую теорию Блатта (27)): первый способ основывается на самокритике, другой – апеллирует к межличностным проблемам, таким как утрата и неприятие. Полученные результаты свидетельствуют о сильных сторонах существующей нозологии. Несмотря на то, что в нашей работе использовались различные инструменты, не включенные в DSM или МКБ, а сами расстройства имели много общего в области феноменологии и этиологии, с помощью факторного анализа были выделены эмпирическим путем те же три основных расстройства аффективного спектра (15, 30–32).

В нашем исследовании была также доказана валид-

Таблица 5. Корреляции между измерениями Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ), с одной стороны, и клиническими диагнозами DSM-IV с исходами и анамнестическими данными, с другой

	Клинические дихотомические диагнозы (N=1201)					MDDQ измерения (N=187)		
	Большая депрессия	Дистимия	Биполярное	Циклотимия или биполярное II расстройство	Расстройство настроения БДУ	MDDQ-большая депрессия	MDDQ-дистимия	MDDQ-мания
Сумма по Шкале GAF	-0,28***	0,07*	-0,18***	-0,09**	-0,07*	-0,48***	-0,24***	-0,26***
Анамнез ^а	0,19***	-0,03	-0,18***	0,10***	-0,01	0,35***	0,07	0,29***
Родственник с депрессией	0,19***	0,07*	-0,01	0,05	-0,06*	0,24***	0,26***	0,08
Родственник с биполярным расстройством	0,00	-0,06*	0,21**	0,13***	-0,04	0,04	-0,03	0,19**

^а Среднее число госпитализаций и суицидальных попыток; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Таблица 6. Дифференциальная (incremental) валидность измерений Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ) и клинических диагнозов относительно способности предсказать показатели глобальной шкалы функционирования (GAF) и анамнез заболевания

	Станд. β	R	Адаптированный R^2	/ R^2
Показатели GAF		0,32	0,09	0,11***
Шаг 1: Клинический диагноз расстройства настроения				
Большая депрессия	0,23***			
Дистимия	0,03			
Биполярное расстройство	-0,19**			
Циклотимия или биполярное II расстройство	-0,07			
Шаг 2: Клинический диагноз и измерения MDDQ		0,54	0,26	0,18***
Большая депрессия	-0,05			
Дистимия	0,06			
Биполярное расстройство	-0,14			
Циклотимия или биполярное II расстройство	-0,02			
MDDQ- большая депрессия	-0,39***			
MDDQ-дистимия	-0,08			
MDDQ-мания	-0,12			
Анамнез (стандартное среднее значение числа госпитализаций и суицидальных попыток)		0,32	0,08	0,10***
Шаг 1: Клинический диагноз расстройства настроения				
Большая депрессия	0,19**			
Дистимия	-0,1			
Биполярное расстройство	0,19**			
Циклотимия или биполярное II расстройство	0,09			
Шаг 2: Клинический диагноз и измерения MDDQ		0,45	0,17	0,10***
Большая депрессия	0,09			
Дистимия	-0,08			
Биполярное расстройство	0,12*			
Циклотимия или биполярное II расстройство	0,05			
MDDQ- большая депрессия	0,30***			
MDDQ-дистимия	-0,06			
MDDQ-мания	0,15*			

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

ность эмпирически выделенных диагностических измерений. Диагностически достаточные статистические методы и данные логистической регрессии показали, что выделенные измерения могли предсказать диагнозы, которые ставят врачи в их повседневной работе. Они же подтвердили конвергентную (convergent) и дискриминантную (discriminant) валидность выделенных категорий, хотя здесь необходимо провести дополнительные исследования с привлечением

независимых экспертов. Кроме того, корреляционный анализ показал, что выделенные измерения могут более точно предсказать глобальное функционирование пациентов, анамнез заболевания и наследственную отягощенность по психическим болезням, чем соответствующие диагнозы DSM-IV. Возможно, наиболее впечатляющими выглядели данные иерархической регрессии, которые четко продемонстрировали дифференциальную (incremental) валидность эмпириче-

Фигура 1. Диагностический прототип большой депрессии
<i>Чтобы поставить диагноз, пожалуйста, выскажите свое мнение об имеющихся у данного пациента симптомах. Затем оцените, в какой степени клиническая картина заболевания соответствует или напоминает этот прототип.</i>
Диагноз 5 Почти полное соответствие (пациент может служить примером этого расстройства; прототипический случай) 4 Значительное соответствие (у пациента имеется данное расстройство; диагноз применим)
Признаки 3 Среднее соответствие (у пациента есть выраженные признаки данного расстройства) 2 Слабое соответствие (у пациента небольшое число признаков этого расстройства) 1 Нет соответствия (описание не приводится)
Большая депрессия <i>Резюме:</i> Пациенты с большой депрессией, как правило, имеют грустное и унылое настроение, которое отличается от их нормального, практически не получают удовольствие от жизни, обычных интересов и деятельности. Они также могут иметь соматические симптомы депрессии, такие как нарушения сна и аппетита. Пациенты, соответствующие этому прототипу, выглядят или говорят о чувстве депрессии и подавленности. Их настроение, по-видимому, значительно отличается от нормального (или от обычной грусти), как будто бы несчастье обрушилось на них. Они постоянно пребывают в депрессивном состоянии, их невозможно «утешить», разве что на очень короткое время. Их депрессивное состояние может серьезно влиять на работу, учебу и т.д. Больные, соответствующие этому прототипу, как правило, имеют, наряду с подавленным настроением, практически не получают удовольствие от жизни и не видят ничего хорошего в будущем. Обычные интересы и занятия не приносят им удовольствие и они, как правило, теряют интерес к друзьям, знакомым и взаимоотношениям с окружающими. Они чувствуют усталость, утомление или отсутствие энергии, поэтому повседневная работа требует огромных усилий. Они чувствуют «свинцовую» тяжесть в руках и ногах; им может казаться, что их мысли текут медленно, а речь и движения также замедлены. Депрессия или необычная ажитация может мешать им сконцентрировать внимание (например, им бывает трудно читать или поддерживать разговор). Они могут чувствовать обеднение эмоций и трудности в принятии простых решений. Больные, соответствующие этому прототипу, как правило, имеют, наряду с подавленным настроением и апатией, соматические симптомы, такие как снижение аппетита и утрата интереса к еде. У них могут быть суточные колебания симптоматики, и настроение значительно ухудшается в утренние часы. Они испытывают разнообразные нарушения сна, такие, как пробуждения среди ночи, поверхностный сон или трудности при засыпании, ранние утренние пробуждения и невозможность заснуть более.

ски выделенных дименсий. В отличие от диагнозов DSM, врачам было удобно использовать их в своей работе в качестве естественных диагнозов аффективных расстройств. Кроме того, эти дименсии могли предсказать показатели Шкалы GAF и анамнез заболевания. Единственным исключением являлись биполярные расстройства, где было важно не только оценивать текущие симптомы (как это делалось при заполнении Опросника MDDQ), но и прошлые эпизоды, которые важно учитывать при разграничении униполярных и биполярных депрессий.

Хотя используемые нами принципы в целом и соответствовали существующим на сегодняшний день принципам диагностики расстройств настроения, наши данные также выявили важные области, учет которых может одновременно обогатить и упростить принципы диагностики. Возможно, самой важным из этого является то (с этим соглашаются как исследователи, так и практикующие врачи), что психопатологические состояния лучше описываются с помощью дименсионального подхода, чем с помощью множества категориальных диагнозов, по сути своей представляющих варианты расстройств одного и того же патологического спектра. Например, DSM-IV определяет биполярное расстройство I типа как комбинацию развернутого маниакального состояния и депрессивного состояния разной степени выраженности, обычно, хотя не всегда, отвечающего критериям депрессивного эпизода. Напротив, биполярное расстройство II типа определяется как наличие в анамнезе депрессивного состояния и гипомании. Циклотимия определяется как сочетание подпороговой депрессии и подпороговой мании (гипомании).

Этот подход влечет множество проблем. Самой важной из них является условность границ, необходимых для диагностики депрессивного или маниакального эпизодов. Так, депрессивный эпизод требует наличия 5 из 9 симптомов, составляющих критерий А, в течение произвольного периода, равного 2 неделям. Таким образом, наличие 4 из 9 симптомов приводит к диагностике биполярного расстройства II типа, циклотимии, депрессивного состояния БДУ или биполярного рас-

стройства БДУ. Дименсиональная же система, не важно, базируется ли она на шкалах, созданных эмпирически, или на простых диагнозах, основанных на использовании прототипического соответствия и содержащих их 5-балльную оценку, снимает вопрос об условных границах расстройств и категориальных диагностических разграничениях. В то же время, она позволяет исследователям понять, какие комбинации и дозы лекарств наиболее целесообразно использовать при существующих в данный момент времени расстройствах депрессивного, дистимического или маниакального спектров, с учетом анамнеза заболевания и степени выраженности патологических состояний.

Другой проблемой является отсутствие данных о преимуществах сложных диагностических алгоритмов, что делает DSM-IV столь трудной в использовании, особенно по сравнению с достаточно простым подходом к диагностике, базирующимся на прототипическом сходстве. Последний, для научных целей, можно представить как набор своеобразных шкал, выделенных эмпирическим путем, где среднее значение показателей заменяет использование сложных алгоритмов. Например, у некоторых пациентов в структуре очерченных депрессивных эпизодов бывают атипичные симптомы (например, жалобы больше на ажитацию, чем на субъективное чувство вины), которые легко могут смутить врача или исследователя и привести к постановке неправильного диагноза. В противоположность этому, при подходе, основанном на прототипическом сходстве, перед практикующими врачами стоят только три диагностические задачи: определить, в какой мере имеющиеся у пациента симптомы соответствуют прототипам депрессии, дистимии и мании (и в какой степени, они могли напоминать каждый из этих прототипов в прошлом). Как показывает описание прототипа депрессии, полученного в нашем исследовании (фигура 1), у врачей не будет больших сложностей, чтобы определить эти расстройства или отделить их друг от друга, что, по-видимому, также приведет к снижению искусственной коморбидности расстройств как друг с другом, и с соседними расстрой-

ствами (например, генерализованным тревожным расстройством).

Как мы показали в другом месте (33), если конкретный пациент имеет как минимум клинически выраженные признаки расстройства, что соответствует 3 и более баллам по 5-бальной шкале прототипов, то врачи также могут дополнительно оценить уровень тяжести синдрома или подсиндрома (например, субъективное переживание депрессии, соматические симптомы). Также можно оценить возраст начала заболевания, число предыдущих эпизодов, наличие или отсутствие психотических симптомов (как при депрессии, так и при мании) и другие измерения (синдромы), которые доказаны эмпирически или клинически целесообразны. К последним можно отнести и некоторые новые исследовательские категории, такие как быстрая цикличность или сезонный паттерн. При дистимии, например, дополнительная информация о длительности (в годах) заболевания и стабильности клинической картины в течение дня, по-видимому, могла бы дать больше информации, важной как с клинической, так и с научной точек зрения, чем обязательное и достаточно условное требование, в соответствии с которым симптомы должны сохраняться большую часть дня в течение каждого дня на протяжении 2 лет.

В нашем исследовании есть несколько лимитирующих моментов. Во-первых, пациенты, которых врачи включали в исследование, должны были иметь, как минимум слабо выраженные, личностные расстройства (так как наша работа являлась частью большого проекта, посвященного классификации личностной патологии). Однако, обязательного наличия диагноза «личностное расстройство» по Оси II не требовалось. Следует отметить, что в свое время Western и Arkowitz-Western (34) показали, что слабо выраженная личностная патология встречается у подавляющего большинства пациентов во время лечения многих психических расстройств Оси I, в том числе относящихся к аффективным состояниям. Поэтому крайне маловероятно, что наши пациенты существенно отличаются от более случайной выборки пациентов, наблюдаемых в клинической практике. Несмотря на возможную погрешность, четкие признаки аффективных расстройств регулярно встречались в нашей выборке, что говорит об устойчивости результатов к ошибке. Тем не менее, в будущих исследованиях следует использовать как общеклинические выборки пациентов (например, взятые из полевых исследований), так и данные, полученные во время научных опросов (35).

Во-вторых, наше исследование опирается на единственный источник информации о пациенте – его лечащем враче. Как было показано ранее, сведения, полученные от опытных клиницистов, базируются на множестве источников, которые в высокой степени коррелируют как с данными, полученными в ходе независимых психиатрических интервью (36-38), так и с самоотчетами пациентов (25). Кроме того, практические врачи являются основными пользователями диагностических руководств, и, опираясь в своей работе на опыт, часто могут дополнить результаты, полученные из самоопросников и структурированных интервью, важными и недостаточно используемыми сведениями. Тем не менее, будущие исследования должны определить, насколько клинические диагнозы на основе наших эмпирически выделенных синдромов соответствуют диагнозам, созданным другими исследователями, и имеют ли другие прототипы те же достоинства, что и характеристики, основанные на отдельных элементах (критериях).

Последнее ограничение касается исключительно североамериканской выборки. Если психиатры и другие специалисты сферы психического здоровья из других стран испытывают озабоченность по поводу того,

что приведенные диагностические критерии не включают культурные особенности, то здесь нужно заметить, что Опросник MDDQ, содержащий 79 пунктов, легко может быть дополнен культурально-обусловленными критериями. Факторный анализ затем можно провести с учетом адекватной по размерам выборки. Полученные при этом результаты легко могли бы подтвердить или опровергнуть гипотезу о необходимости введения дополнительных критериев или синдромов, обусловленных культурными особенностями. Большим достоинством нашего подхода является следующее обстоятельство: он позволяет клиницистам делать то, что они делают хорошо (наблюдают), а статистическим методам делать то, где они хорошо работают (объединять данные).

Благодарность

Это исследование получило поддержку национального института психического здоровья (Грант R01-MH62377 и R01-MH78100).

Литература

1. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009;39:1935-41.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
3. Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disord* 2008;10:179-93.
4. Benazzi F. Bipolar II disorder and major depressive disorder: continuity or discontinuity? *World Psychiatry* 2003;4:166-71.
5. Cassano GB, Frank E, Miniati M et al. Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:699-712.
6. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:4-14S.
7. 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.
8. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.
9. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
10. Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond. *J Abnorm Psychol* 2005;114:551-6.
11. Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 2009;21:256-71.
12. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-6.
13. Hedlund JL, Viewig BW. The Hamilton Rating Scale for Depression: a comprehensive review. *J Operational Psychiatry* 1979;10:149-65.
14. Beck AT, Steer RA, Ball R et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67:588-97.
15. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
16. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 1999;156:258-72.
17. Jampala V, Sierles F, Taylor M. The use of DSM-III-R in the United States: a case of not going by the book. *Compr Psychiatry* 1988;29:39-47.

18. Morey LC, Ochoa ES. An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *J. Pers Disord* 1989;3:180-92.
19. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
20. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord* 2000;14:109-26.
21. Ahn W, Kim NS, Lassaline ME et al. Causal status as a determinant of feature centrality. *Cogn Psychol* 2000;41:361-416.
22. 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.
23. Horowitz LM, Post DL, de Sales French R et al. The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *J Abnorm Psychol* 1981;90:575-85.
24. 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.
25. DeFife JA, Drill R, Nakash O et al. Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *Am J Psychiatry* 2010;167:1472-8.
26. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983;1:1-16.
27. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:527-62.
28. Horn J. An empirical comparison of methods for estimating factor scores. *Educational and Psychological Measurement* 1965;25:313-22.
29. O'Connor BP. SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 2000;32:396-402.
30. Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:929-37.
31. Krueger RF, Finger MS. Using item response theory to understand comorbidity among anxiety and unipolar mood disorders. *Psychol Assess* 2001;13:140-51.
32. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:90-100.
33. 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.
34. Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 1998;155:1767-71.
35. Westen D, Shedler J, Bradley B et al. An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *Am J Psychiatry* (in press).
36. Westen D, DeFife JA, 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.
37. 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.
38. Westen D, Muderrisoglu S. Clinical assessment of pathological personality traits. *Am J Psychiatry* 2006;163:1285-97.