

«Клиническое суждение» и диагностика большой депрессии в DSM-5

Maio Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Орлова М.А.

Редактура: Алфимов П.В.

Введение «точных диагностических критериев» в психиатрию – изначально только для исследовательских целей и, впоследствии, с появлением DSM-III, также для повседневной клинической практики – имело главную цель: преодолеть «неопределенность и субъективизм, унаследованные от традиционного диагностического процесса» (1, р. 85). Особенно это касалось варибельности критериев включения и исключения, используемых клиницистами при постановке диагноза («дисперсия критерия»), которая была названа главной причиной слабой надежности диагноза (2).

Изначально в мейнстриме американской психиатрии наблюдались противоречивые мнения касательно ограничений, с которыми столкнется практика клинического суждения при появлении точных диагностических критериев. Spitzer и соавторы (3) в одной из ранних публикаций о ходе разработки DSM-III сообщали, что «применение точных критериев, разумеется, не исключает клинического суждения», добавив, что «надлежащее применение подобных критериев требует наличия большого клинического опыта и знания психопатологии», тем самым, создавая впечатление, что клиническое суждение является только способом надлежащего применения точных диагностических критериев. Тем не менее, они также утверждали, что «в любом случае, критерии DSM-III будут лишь рекомендуемыми, и любой клиницист может свободно применять или отвергать эти критерии по своему усмотрению» (3, р. 1191).

Предположение Spitzer и соавторов о том, что операциональные критерии появятся в DSM-III «под заголовком «рекомендуемые критерии» (3, р. 1190) не сбылось. Однако во введении к DSM-III подчеркивалось, что эти критерии являются «методическими указаниями при постановке каждого диагноза», для того чтобы не оставлять клинициста «в одиночку определять содержимое и границы диагностических категорий» (4, р. 8). Согласно более позднему комментарию Spitzer (5, р. 403), диагностические критерии DSM-III создавались «как рекомендации, а не как строгие правила».

В дальнейшем это уточнялось во введении к DSM-IV, где говорится о том, что точные диагностические критерии «предназначены для использования в качестве руководства с учетом клинического суждения, и не должны использоваться по типу строго соблюдения рецептов кулинарной книги» (6, р. xxiii). Приводится пример, в котором диагноз ставится при помощи клинического суждения, хотя клинические проявления немного не достигают полного соответствия критериям. Таким образом, клиническое суждение не только является средством использования точных критериев; оно позволяет психиатру на его усмотрение «подтянуть» эти критерии до определенной степени.

Клиническое суждение также упоминается в тексте DSM-IV, когда речь идет об оценке клинической выраженности, требующейся для диагностики некоторых расстройств: «определение того, соблюдается ли критерий, особенно при оценке ролевого функциониро-

вания, является по своей сути сложной клинической задачей» (6, р. 7). Руководитель рабочей группы по DSM-IV, A. Frances, подчеркивал, что «данное обращение к клиническому суждению является напоминанием о том, что оценивать надо не только наличие симптомов, соответствующих критериям, а также то, являются ли эти симптомы настолько тяжелыми, чтобы говорить о психическом расстройстве», хотя он признавал, что оценка клинической выраженности при помощи клинического суждения «содержит элементы тавтологии» (7, р. 119).

Как было отмечено Spitzer и Wakefield (8), в DSM-IV нет указаний на применение клинического суждения при дифференциальном диагнозе между депрессией и «нормальной» реакцией на значимую утрату. В тексте четко указано, что диагноз большой депрессии может быть поставлен, если критерии тяжести, длительности и дистресса/нарушения функционирования соблюдены, даже если депрессивное состояние является психологически понятной реакцией на психосоциальный стрессор (6, р. 326). Единственное исключение – это тяжелая утрата: если депрессивное состояние является следствием потери любимого человека, диагноз большой депрессии не может быть поставлен, даже если диагностические критерии соблюдены, за исключением присутствия дополнительных признаков (симптоматика сохраняется более 2 месяцев, или характеризуется заметным нарушением функционирования, болезненной загруженностью переживаниями собственной малоценности, суицидальными мыслями, психотическими симптомами или психомоторной заторможенностью). То есть, в любом случае – связана ли депрессия с тяжелой утратой, или нет – приводятся точные диагностические критерии и не упоминается об использовании клинического суждения.

Когда J. Wakefield предложил исключить «нормальные» реакции на психосоциальные стрессоры из диагноза большой депрессии, оставляя на усмотрение клинициста принятие решения о том, была ли депрессивная реакция адекватна предшествующему стрессору или нет (8,9), опровержение со стороны K. Kendler, приверженца мейнстрима американской психиатрии (а также разработки DSM-5), было однозначным: это возврат к тому, «что по сути будет являться субъективными критериями, предложенными Ясперсом в его старой идее «понятности» и представляет собой «скорее шаг назад, чем вперед для нашей специальности» (10, pp. 149-150).

Этот «шаг назад» в определенной степени был сделан в DSM-5 (11). В примечании, включенном в DSM-5 критерии для большого депрессивного расстройства указано, что «реакции на значимую потерю (например, тяжелая утрата, финансовый крах, переживание стихийного бедствия, тяжелое заболевание или инвалидность) могут включать переживания выраженной печали, навязчивые размышления о потере, бессонницу, снижение аппетита и потерю веса, обозначенных в Критерии А, что может напоминать депрессивный эпизод», и что решение о том, является ли это состояние

большим депрессивным эпизодом или лишь нормальной реакцией на утрату «обязательно требует применения клинического суждения с учетом анамнеза и норм выражения переживаний утраты в рамках той или иной культуры» (11, р. 161).

Это решение, принятое рабочей группой DSM-5, должно рассматриваться в контексте дискуссии, протекающей как в научной, так и в неспециализированной прессе (например 12, 13), об отмене критерия исключения тяжелой утраты из диагноза большой депрессии. Данное нововведение, объявленное на сайте DSM-5 в начальном периоде разработки этой классификации (14), вызвало обеспокоенность возможным упрощением концепции депрессии, и, следовательно, психического расстройства, поскольку выражение депрессивной реакции на смерть близкого любимого человека является принятой нормой поведения в некоторых культурах (например, 15). Также указывалось, что в отличие от информации с сайта DSM-5, в МКБ-10 из диагноза депрессии исключаются «реакции тяжелой утраты в рамках культуральных особенностей личности» и эта тенденция, скорее всего, сохранится и в МКБ-11 (16). Введение примечания, подчеркивающего важную роль клинического суждения в дифференциальном диагнозе между депрессией и «нормальной» реакцией на значимую утрату, может способствовать смягчению последствий удаления критерия исключения тяжелой утраты и гармонизации между DSM-5 и МКБ-11.

Можно с уверенностью сказать, что этот новый акцент на клиническом суждении будет приветствоваться многими клиницистами всего мира как важное признание ограниченности операционального подхода, который, возможно, «не отражает сложный мыслительный процесс, лежащий в основе принятия решений в психиатрической практике» (17, р. 182). Действительно, по результатам большого международного опроса практикующих психиатров, проведенном ВПА совместно с Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) (18), более двух третей респондентов сообщили, что для максимально эффективного использования в клинической практике диагностические руководства должны содержать гибкие рекомендации, допускающие клиническое суждение, а не строгие диагностические критерии.

Таким образом, данное примечание в DSM-5 не является неожиданностью и может рассматриваться как дальнейший шаг в сочлененном (и несколько противоречивом) подходе мейнстрима американской психиатрии к вопросу клинического суждения.

Тем не менее, примечание оставляет открытыми некоторые вопросы. Можно ли полагать, что клиническое суждение имеет приоритет над операциональными критериями при определении того, является ли реакция на значимую утрату нормальной или патологической? Иначе говоря, возможно ли будет не ставить диагноз большой депрессии при полном соблюдении критериев тяжести, длительности и дистресса/нарушения функционирования, если депрессивное состояние, согласно анамнезу и культуральным особенностям, является «нормальной» реакцией на тяжелую утрату? Или мы должны руководствоваться тем, что диагноз большой депрессии должен быть обязательно поставлен при соблюдении всех критериев, а применение клинического суждения отводится для сомнительных или субпороговых случаев? В настоящий момент это не ясно, и такая неопределенность может способствовать «расхождению в интерпретации» при применении DSM-5 критериев большой депрессии которые, в добавок к расхождениям, вызванным использованием клинического суждения, могут значительно снизить надежность этого диагноза, который уже был признан «сомнительным» (коэффициент Каппа=0,20-0,35) при клинической апробации ранней версии критериев DSM-5, не включавших данное примечание (19).

Кроме того, что будет с эпидемиологическими исследованиями с участием исследователей-неспециалистов, которые по определению не способны применять клиническое суждение при выявлении (в настоящем или прошлом) периода «нормальной» грусти или депрессивного эпизода у респондента? Можем ли мы допустить наличие двух различных определений большой депрессии, одного для клинических целей, а другого для популяционных эпидемиологических исследований? Должны ли мы полагать, что имеющиеся результаты эпидемиологических исследований о распространенности большой депрессии ошибочны из-за того, что при диагностике не было использовано клиническое суждение?

С другой стороны, акцент на роли клинического суждения в разграничении между депрессией и «нормальной» реакцией на психосоциальный стрессор может повысить бремя ответственности клиницистов при некоторых обстоятельствах (например, в амбулаторной сети регионов, страдающих от тяжелого экономического кризиса), в которых пограничные случаи часты, и традиционных диагностических навыков становится недостаточно (см. 20). Второе примечание, добавленное к определению большой депрессии в DSM-5, которое содержит дифференциальные характеристики «нормального» переживания горя и депрессии – может рассматриваться как попытка поддержки использования клинического суждения в практике. Однако не приводится подобных рекомендаций для разграничения между депрессивным эпизодом и «нормальной» реакцией на другие психосоциальные стрессоры, так что клиницист может быть вновь предоставлен сам себе (4, р. 8), подверженный некоторой необъективности (см. 21), при постановке крайне важного и, зачастую, деликатного дифференциального диагноза.

Уточнение тех аспектов психического расстройства, которые «в настоящее время оставлены на усмотрение клинического суждения» является сложной задачей для психиатрии, поскольку «опора на клинические навыки предполагает, что по некоторым проявлениям психического расстройства не всегда можно дать окончательное заключение» (22, р. 978). Термин «клиниметрика» (23) на самом деле был введен для того, чтобы обозначить «сферу, связанную с измерением клинических проблем, которым не находится места в обычной клинической систематике» (17, р. 177). Можно говорить о том, что обновленный взгляд DSM-5 на клиническое суждение может являться стимулом для рассмотрения и дальнейшего развития этого направления, что может быть особенно актуально в случае депрессии.

Библиография

1. Blashfield RK. The classification of psychopathology. New York: Plenum, 1984.
2. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria. Rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 1978;35:773-82.
3. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. Am J Psychiatry 1975; 132: 1187-92.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
5. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? Compr Psychiatry 1983;24:399-411.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
7. Frances A. Problems in defining clinical significance in epidemiological studies. Arch Gen Psychiatry 1998;55:119.
8. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positive problem? Am J Psychiatry 1999;156:1856-64.

9. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
10. Kendler K. Book review. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder, by Horwitz AV, Wakefield JC. *Psychol Med* 2008;38:148-50.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
12. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
13. Carey B. Grief could join list of disorders. *New York Times*, January 24, 2012.
14. Kendler KS. A statement from Kenneth S. Kendler, M.D., on the proposal to eliminate the grief exclusion criterion from major depression. www.dsm5.org.
15. Kleinman A. Culture, bereavement, and psychiatry. *Lancet* 2012; 379:608-9.
16. MajM. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD- 11. *World Psychiatry* 2012,11:1-2.
17. Fava GM, Rafanelli C, Tomba E. The clinical process in psychiatry: a clinimetric approach. *J Clin Psychiatry* 2012;73:177-84.
18. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10: 118-31.
19. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013;170:59-70.
20. MajM. From "madness" to "mental health problems": reflections on the evolving target of psychiatry. *World Psychiatry* 2012;11: 137-8.
21. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice. *World Psychiatry* 2013;12:108-10.
22. Lewis G, Williams P. Clinical judgement and the standardized interview in psychiatry. *Psychol Med* 1989;19:1971-9.
23. Feinstein AR. The Jones criteria and the challenges of clinimetrics. *Circulation* 1982;66:1-5.

DOI 10.1002/wps.20049