

# Почему клиническая польза диагностических категорий в психиатрии существенно ограничена и как использовать новые подходы для их дополнения

Становится все более очевидным, что полезность диагностических категорий в психиатрии преувеличена. Первоначальный смысл этих категорий был связан с подбором конкретного лечения и, в перспективе, определением этиологии и/или патогенеза – точно так же, как и в других областях медицины. С недавних пор их стали связывать с прагматическими потребностями в определении плана ведения пациента и прогноза результатов (два главных элемента «клинической полезности»)<sup>1</sup>. Исходная идея в том, что мы имеем дело с «паттернами» опыта, о котором сообщает пациент (на медицинском жаргоне – симптомы), и наблюдаемым поведением (на медицинском жаргоне – признаки), по которым можно сделать вывод о дальнейшем течении болезни и лечении, хотя мы и не утверждаем, что все эти паттерны относятся к «природным явлениям» (т. е. обособленным объектам, граница между которыми обозначена в природе)<sup>2</sup>. Фактически было провозглашено, что главной целью DSM-5 и Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) является улучшение клинической полезности психиатрических диагнозов<sup>3</sup>.

Даже такое, довольно скромное, значение диагностических категорий, к сожалению, оказалось переоцененным. Речь не о том, что используемые диагнозы не важны при выборе лечения и прогнозировании результатов, а о том, что их значение не столь велико, как изначально предполагалось и до сих пор предполагается в большинстве рекомендаций по лечению. Четкое отображение положения вещей можно найти в проведенном First и соавт.<sup>4</sup> и опубликованном в этом номере журнала опросе, в котором многие специалисты, использующие МКБ-10 или какую-нибудь версию DSM, дали очень низкую оценку этих диагностических систем как средств для «выбора лечения» и «определения прогноза», но в то же время признали их полезность с точки зрения административных потребностей, коммуникации с другими специалистами и обучения ординаторов и студентов. В самом деле, и выводы исследований, и клинический опыт говорят нам, что пациенты с одним и тем же психиатрическим диагнозом часто по-разному отвечают на терапию, а пациенты с разными психиатрическими диагнозами могут дать похожий ответ на лечение (не говоря о большой вариативности результатов лечения у людей с одним и тем же диагнозом).

В данный момент разрабатываются альтернативные подходы к МКБ и DSM. Как правило, при этом исходят из того, что а) психопатологию можно более эффективно описать с помощью понятия дименсии, или б) главными факторами при создании психиатрической классификации должны быть нейробиологические основы психопатологии. Эти альтернативные подходы реализуются на уровне всей области психопатологии (в таких проектах, как Иерархическая таксономия психопатологии – HiTOP<sup>5</sup> и Исследовательские критерии доменов – RDoC<sup>6</sup>) и на уровне отдельных психопатологий (в таких моделях, как «спектр трансдиагностического психоза»<sup>7</sup> и «градиент развития нервной системы»<sup>8</sup>).

Чтобы стать в будущем практической альтернативой диагнозам МКБ и DSM, этим подходам нужно: а) быть при-

менимыми в обычной клинической практике (в разных клинических условиях, в руках профессионалов разных категорий) и б) быть более полезными, чем существующие диагностические методики, т. е. быть более эффективным инструментом для выбора лечения и предсказания прогноза. В настоящее время доказательств этого *нет*.

Но являются ли эти подходы настоящей «альтернативой» системам МКБ и DSM, как это обычно предполагается? Думаю, необходимо пояснить, что «диагноз» в психиатрии (т. е. использование в отношении конкретного случая категории или «типа» из используемой классификации) является (или должен быть) лишь ступенью в процессе, который ведет к определению плана лечения и составлению прогноза. Другой ступенью служит (или должно служить) дальнейшее описание характеристик конкретного случая с учетом дополнительных параметров. Для выбора лечения и предсказания результата вторая ступень не менее важна, чем «диагноз». Поскольку подавляющее большинство ныне используемых диагностических категорий едва ли представляют «натуральные классы сущностей» (небольшое число категорий, подходящих под это определение, разнообразно с этиопатогенетической точки зрения), информация, которую дает «диагноз» (т. е. «тип», к которому можно причислить пациента), сама по себе недостаточна для терапевтических и прогностических целей. В связи с этим возникает необходимость в более подробном описании характеристик конкретного случая, а также в изучении того, что говорит «шаблон», который мы применили в данном случае, в отношении предрасположенности и защитных факторов.

Фактически на сегодняшний день первая ступень (диагноз) получает много внимания, в результате чего на свет появилось уже несколько поколений руководств для врачей, в то время как вторая ступень (дальнейшее описание характеристик конкретного случая) в основном игнорируется, из-за чего возникает вариативность клинической практики, не менее значительная и не менее вредоносная, чем та, что описывалась в отношении первой ступени в 70-х годах прошлого века. Возникновению этой ситуации способствовал акцент, который в большинстве исследований и практически во всех клинических рекомендациях делается на диагностических категориях, а также на фармакологическом лечении, для которого легко сформулировать упрощенную и стереотипную связь между «диагнозом» и «лечением».

Конечно, кто-то скажет, что упомянутые выше «альтернативные» подходы вряд ли заменят ныне существующие диагностические практики (т. е. займут их место на первой ступени вышеописанного процесса), зато они смогут значительно улучшить вторую ступень (подробное описание характеристик конкретного случая), дополняя, таким образом, существующие диагнозы.

Что же в действительности является или должно быть главным элементом этой второй ступени? В число таких элементов входит описание характеристик конкретного случая в соответствии с подходящими психопатологическими дименсиями и текущей стадией развития диагности-

рованного расстройства (см. McGorry и соавт.<sup>9</sup> в этом номере журнала); менее обобщенная и в большей степени основанная на доказательствах, чем МКБ и DSM, оценка серьезности клинической картины; изучение факторов, предшествовавших болезни, таких как семейная история психических болезней, другие факторы, связанные с родителями пациента, перинатальные факторы, особенности условий, в которых прошло детство пациента, психомоторное развитие, преморбидная социальная адаптация, предшествовавший опыт психопатологии и, вероятно, в будущем полигенные оценки риска; оценка сопутствующих факторов, таких как особенности личности, когнитивное функционирование, социальное функционирование (включая эмоциональную устойчивость и копинг-стратегии), мягкие неврологические признаки, злоупотребление психоактивными веществами, воздействие окружающей среды и, вероятно, в будущем биологические маркеры. Принимая во внимание последние названные элементы, можно сказать, что врачам нужны руководства, которые вообще нельзя составить или же нельзя составить в удовлетворительном виде на основе современных диагностических систем (из-за чего лечебная практика, направляемая только ярлыком диагноза, становится свехупрощенной и стереотипной).

В моем видении подходы, которые сейчас рассматриваются как альтернативы МКБ и DSM, не станут основой для новой классификации психопатологий, но элементы этих подходов будут использоваться для описания характеристик конкретных случаев, что не менее важно, чем использование диагностического обозначения при выборе лечения и определении прогноза.

Идея в том, что мы действительно нуждаемся в существующих диагностических категориях (которые, разумеется, могут быть улучшены, но без которых мы потерялись бы в *бескрайнем океане* параметров или же остались бы с искусственными формулировками, не только противоречивыми и не укорененными в клинической традиции, но и менее эффективными), но эти категории по сути своей недостаточны для достижения целей «клинической полезности», провозглашенных в DSM-5 и МКБ-11, из-за того

что постановка диагноза – всего лишь одна ступень в процессе подбора оптимального плана лечения (в особенности если под ним понимается не просто выбор лекарства) и определения прогноза (в особенности если имеются в виду не только клинические параметры, но и социальное функционирование вместе с личным восстановлением).

Нам следует заняться созданием и валидацией – вдобавок к структурированным опросникам, используемым для постановки диагноза, – инструментов для описания характеристик конкретного случая с акцентом на психопатологических измерениях, надежной оценке серьезности клинической картины и изучении ряда предшествующих и сопутствующих болезни факторов. Нам следует включить в эту работу – сейчас и в будущем – элементы тех подходов, которые в данный момент предлагаются как альтернативы МКБ и DSM. В этом предприятии необходимо задействовать всю сферу психиатрии, в которой должен быть объявлен мораторий на пораженчество и местечковые конфликты.

### **Mario Maj**

Department of Psychiatry, University of Campania “L. Vanvitelli”,  
Naples, Italy

Перевод: Филиппов Д.С. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

(World Psychiatry 2018;17(2):121-122)

### **Библиография**

1. Jablensky A. World Psychiatry 2016;15:26-31.
2. Maj M. World Psychiatry 2016;15:1-2.
3. Reed GM. Prof Psychol Res Pr 2010;41:457-63.
4. First MB, Rebellato TJ, Keeley JW. World Psychiatry 2018;17:187-95.
5. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. World Psychiatry 2018;17:24-5.
6. Cuthbert BN. World Psychiatry 2014;8:28-35.
7. van Os J, Reininghaus U. World Psychiatry 2016;15:118-24.
8. Owen MJ, O'Donovan MC. World Psychiatry 2017;16:227-35.
9. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R et al. World Psychiatry 2018;17:133-42.

DOI:10.1002/wps.20512