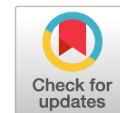


ДИАГНОСТИКА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА: НАДЁЖНОСТЬ КАТЕГОРИАЛЬНОГО ИЛИ ДОСТОВЕРНОСТЬ ДИМЕНСИОНАЛЬНОГО ПОДХОДОВ?

Александр Петрович Коцюбинский, Юлия Владимировна Исаенко

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, e-mail: spbinstb@bekhterev.ru



Реферат

В статье представлен анализ проблемы современных классификаций, используемых в психиатрии (МКБ, DSM), которые лишены фундаментальной научной базы и, прежде всего, удовлетворяют статистические потребности и эпидемиологические исследования. В связи с этим интерес исследователей всё в большей степени привлекает вопрос о соотношении двух диагностических подходов: категориального и дименсионального. Отмечено, что каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. В связи с этим предложено учитывать при диагностике больных с шизотипическими расстройствами не только типологические (категориальные), но также и дименсиональные характеристики психического статуса пациентов, которые в рамках холистического подхода следует сопоставлять с психологическим, социальным и функциональным диагнозами.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, категориальный и дименсиональный диагностические подходы, прототипическое соответствие, шизотипическое расстройство личности, функциональный, социальный и психологический диагнозы.

DIAGNOSIS OF SCHIZOTYPAL DISORDER: RELIABILITY OF CATEGORIAL APPROACH OR VALIDITY OF DIMENSIONAL ONE?

Aleksandr P. Kotsiubinskii, Yulia V. Isaenko

V.M. Bekhterev National Research Medical Center
Psychiatry & Neurology, 192019, St. Petersburg,
Bekhterev str., 3, e-mail: m_juliya@bk.ru

Abstract

The article examines the problem of modern classifications used in psychiatry (ICD, DSM) that are devoid of the fundamental scientific base and primarily serve the goals of statistics and epidemiological research. In this context researchers are increasingly interested in the relationship between the two diagnostic approaches: categorical and dimensional. It is noted that each of these approaches has its own advantages and disadvantages. In this context it is proposed to take into consideration while making a diagnosis of schizotypal disorder not only typological (categorical) attributes but also dementia characteristics of the patient's mental status, which, in the holistic approach, should be compared with the psychological, social and functional diagnosis.

Keywords: schizotypal disorder, schizotypal personality disorder, categorical and dimensional diagnostic approaches, prototypic correspondence, functional, social and psychological diagnosis.

Важная научная задача современной клинической классификации аутохтонных (эндогенных) психических расстройств — продуктивное совмещение наиболее ценных для практического использования категориальных (синдромологических) характеристик с дименсиональными характеристиками, которые по-разному представлены (с точки зрения удельного веса каждой дименсии и глубины её проявления) в конкретной клинической картине заболевания.

К достоинствам категориального подхода [терминологически введённого в практику в 1980 г. в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 3-го издания (DSM-III — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders)], который доминирует в психиатрической диагностике на протяжении последних 30 лет, можно отнести следующие признаки:

- возможность установить чёткие границы между различными психиатрическими синдромами, а также между нормой и патологией;
- простота использования в клинической практике, в том числе в условиях дефицита времени и информации;
- возможность объединить различные симптомы внутри одной диагностической категории;
- высокий уровень надёжности, по крайней мере, в отношении исследовательских задач.

К основным недостаткам и ограничениям категориального диагноза относят следующие [1]:

- обманчивое представление о психических расстройствах как о «дискретных» диагностических единицах;
- рост с каждым пересмотром психиатрической классификации количества самих расстройств и диагнозов из рубрики «без дальнейшего уточнения»;
- упрощение психопатологии и дегуманизация психиатрической практики.

Кроме того, категориальный подход нельзя рассматривать в качестве базиса для новых исследований в областях этиопатогенеза и разработки новых подходов к лечению [2].

Дименсиональный подход уходит своими корнями в концепцию «единого психоза» и связан с именем немецкого психиатра W. Griesinger и учением о

внутреннем родстве различных соматических заболеваний английского «Гиппократы» — Т. Сиденгама (Sydenham Th., 1624–1689), который также предполагал возможность перехода одной болезни в другую, так называемое «transmotio morborum». «Основание для признания диагностического единства ещё более существенно, нежели воспроизведение одинаковых или чередующихся симптомокомплексов: речь идёт об идентичных механизмах формирования психической патологии» [3].

Научная обоснованность дименсионального подхода определяется следующим:

- большая часть явлений, изучаемых в биологии, медицине и психологии, характеризуется значительной их индивидуальной вариабельностью;

- интенсивность выраженности отдельного феномена в динамике может изменяться, с чем связана возможность «перетекания» одного явления в другое.

Сильные стороны дименсионального подхода [4]:

- введение количественной оценки и ранговых значений симптомов и синдромов;

- разрешение искусственной проблемы коморбидности;

- возможность оценивать «подпороговые» расстройства, то есть включение субсиндромальных состояний; помещение сходных состояний в одну группу (спектр);

- выделение гомогенных групп пациентов для более целенаправленного поиска биомаркёров и создания алгоритмов терапии.

Очевидно также, что дименсиональная модель, служащая основой для так называемой доказательной медицины, лучше, чем категориальная, согласуется с полигенной системой наследования психических расстройств. Возможности дименсионального диагностического подхода позволили стереть чёткую демаркационную линию между так называемыми аутохтонными (эндогенными) (термин, введённый P.J. Möbius в 1893 г.) и экзогенными расстройствами.

Слабые стороны дименсионального подхода:

- полная размытость классификационных границ, ограничение отнесением клинически сходных состояний в одну группу (спектры);

- отсутствие единства мнения исследователей в отношении количества и природы дименсий и точных измерительных шкал для оценки симптомов;

- сложность и громоздкость для использования в клинической практике.

Следует также отметить, что психиатры с помощью психометрических инструментов осуществляют лишь ранговую оценку некоторых признаков симптома (интенсивность, тяжесть, длительность), но не могут количественно сравнивать симптомы (как объекты) между собой. В связи с этим правильнее говорить не о дименсиональном, а о квази-дименсиональном подходе к диагностике психических расстройств [5].

Квази-дименсиональные подходы к диагностике привлекли внимание исследователей с самого начала работы над DSM-V. [6]. Помимо личностной дименсии, указываемой как в DSM-V, так и в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), в литературе упоминают о следующих пяти дименсиях: позитивная, аффективная, негативная, когнитивная, дезорганизации поведения (дезорганизационно-поведенческая).

Проведённый нашим научным коллективом клинический анализ психического статуса 150 пациентов с шизотипическим расстройством (как медленно развивающегося и в силу этого — возможного для прицельного изучения) позволил выделить следующие категориальные его картины:

- неврозоподобные синдромы;
- психопатоподобные синдромы;
- другие непсихотические синдромы;
- бедные синдромами состояния.

Такая дифференциация представляет клинико-феноменологический интерес, но оказывается недостаточной даже для обоснования характера психофармакологической коррекции. Значительно лучше эта задача решается при использовании дименсионального подхода. Проведённое исследование позволило признать целесообразным расширение упоминаемого в литературе списка дименсий за счёт включения пока недостаточно разработанных представлений о диссоциативной дименсии и коэстезиопатической дименсии.

Анализу собственно диссоциативных расстройств, выступающих в пределах аутохтонно-процессуальной части расстройств шизофренического спектра, посвящено большое количество клинических исследований [7, 8]. При этом *диссоциативная дименсия* отражает разделение психических процессов на отдельные составляющие, что ведёт к нарушению обычных взаимосвязей и вызывает разнообразные расстройства функционирования организма. Конкретные проявления такого процесса — расстройства самосознания и конверсионно-диссоциативные расстройства.

Расстройство самосознания «Я» — аномалия пререфлексивного самосознания, осознания себя в качестве субъекта восприятия [9–11], в результате чего возникает феномен «сепарирующей диссоциации», когда целостное восприятие себя и окружающего, взаимозависимости его составляющих замещается ощущением несвязности, разобщённости [4] вплоть до полного отчуждения [11–13]. Конверсионно-диссоциативные расстройства — тот вариант «сепарирующей диссоциации», когда в качестве объектов психопатологического анализа выступает искажение кодирования информации о травматическом событии («перитравматический детачмент» — Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W. et al., 2005) [14]. При перитравматическом

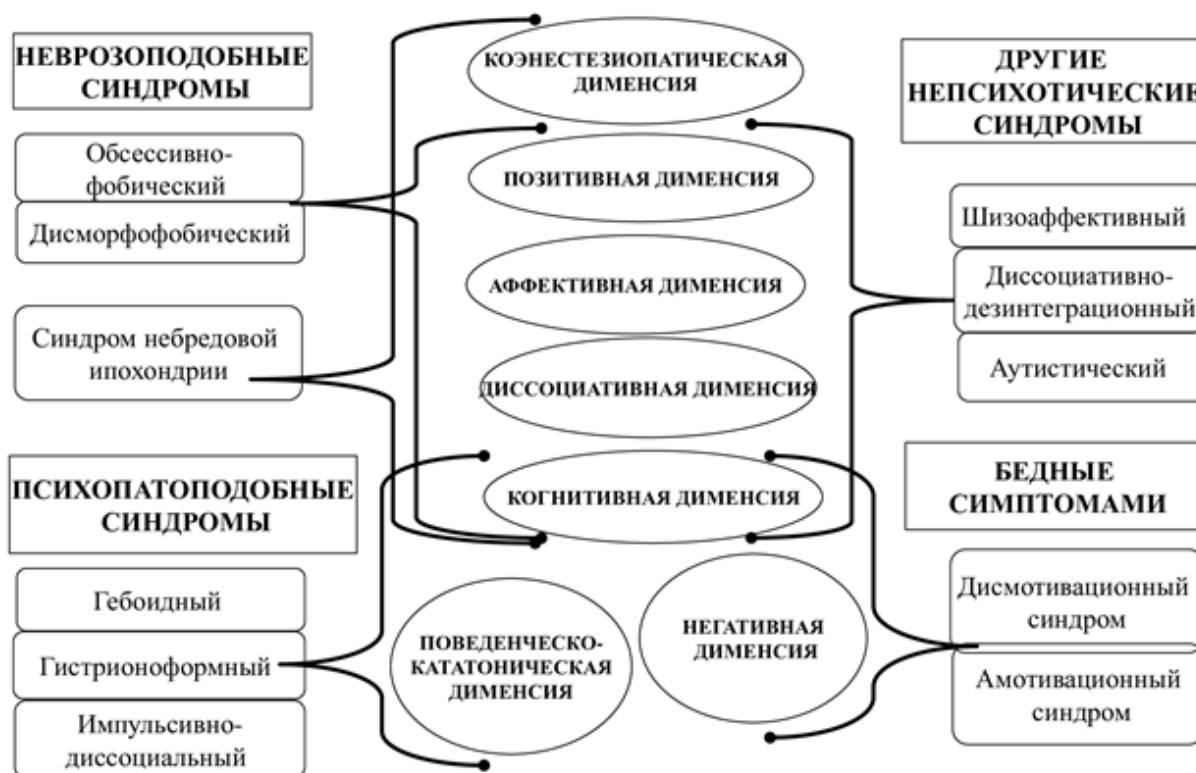


Рис. 1. Соотношение категориальных и дименсиональных характеристик у пациентов с шизотипическим расстройством.

детачменте происходит частичная или полная элиминация из сферы «внутренней реальности» не только когнитивных, но и эмоциональных составляющих внешнего стрессорного воздействия и его последствий [13].

Коэстезиопатические расстройства представляют собой транстипологическое свойство индивида, которое, с точки зрения А.Б. Смулевича (2014) [15], возможно в рамках любого типа аномалии, базируясь на характерной траектории взаимодействия психических и телесных функций. При этом коэстезиопатическая дименсия — нарушение чувственного осознания собственного тела, являющегося сенсорной составляющей психопатологических расстройств, — сопровождается ощущением тотального физического неблагополучия или недомогания и выступает в форме коэстезиопатии (протопатического расстройства телесного чувства), сочетаясь с сенестопатиями и сенестезиями.

Руководствуясь принципом пятиуровневой представленности каждой дименсии (от 0 до 4), изложенным в DSM-V, и в соответствии с разработанной нами шкалой оценки выраженности позитивной, аффективной, негативной, когнитивной, дезорганизации поведения (психомоторно-кататонической), диссоциативной и коэстезиопатической дименсий, где аналогичным образом степень выраженности каждой дименсии оценивают от 0 до 4 (от отсутствия

признака до тяжёлой степени, соответствующей психическому уровню проявлений), мы смогли сопоставить присутствующие у пациентов с шизотипическим расстройством категориальные и дименсиональные характеристики.

Результаты проведённого сопоставления категориальных и дименсиональных характеристик представлены на рис. 1.

В процессе проведённого нами исследования (рассмотрение категориальных и дименсиональных характеристик у больных шизотипическим расстройством) возникла необходимость соотнесения категориально-дименсиональных диагностических критериев со стандартным прототипом расстройств (то есть определение того, насколько конкретное психическое состояние соответствует идеальному образу диагностируемого заболевания). Такое соотнесение, называемое прототипическим соответствием (prototype matching) [16], позволяет дифференцировать психические состояния пациентов по степени глубины выраженности заболевания и полноте его клинической картины.

При этом кодификацию критериев соответствия осуществляют в соответствии с предлагаемыми в DSM-V, для чего необходимо оценить, «в какой степени клиническая картина заболевания соответствует или напоминает этот прототип» в диапазоне от 1 (нет соответствия) до 5 (полное соответствие прототипу).

Как указывают R. Kendell и соавт. [17, 18], при таком подходе категориальный прототип (по МКБ) с показателем, равным 4 и выше, будет свидетельствовать о существовании психического расстройства, а показатель, равный 3 и ниже, укажет лишь на «признаки» конкретного прототипа.

Результат проведённой нами процедуры соответствия категориально-дименсиональных характеристик прототипу шизотипического расстройства показал, что включённое в настоящее время в общую рубрику шизотипических расстройств так называемое «шизотипическое расстройство личности» лишь частично (на уровне соответствия 2–3 по 5-балльной шкале соответствия) соотносится с другими проявлениями шизотипического расстройства.

Как отмечают ряд авторов [5], в литературе обсуждают вопрос, который, скорее всего, пока не найдёт отражения в МКБ-11, о двух независимых клинических подтипах шизотипического расстройства [19]. Истинная шизотипия (шизотипическое расстройство *per se*), связанная с развитием мозга (neurodevelopmental), базируется на генетических, пренатальных и постнатальных факторах, имеет достаточно стабильную симптоматику, сродство к шизофрении, при ней целесообразно рассматривать вопрос о фармакотерапии. При псевдошизотипии (то есть шизотипическом расстройстве личности), ассоциированной с психосоциальными факторами, симптомы неустойчивы во времени, не имеют отношения к шизофрении, и в качестве предпочтительной стратегии лечения рассматривают психотерапию [20].

Это обстоятельство лишний раз подчёркивает целесообразность использования так называемого холистического (целостного) диагностического подхода [21], позволяющего, помимо категориально-дименсионально-прототипических характеристик (определяющих феноменологию расстройства), учитывать также и неморбидные характеристики пациента — его психологический диагноз (позволяющий рассматривать психогенетические аспекты расстройства), а также социальный и функциональный диагнозы, что в совокупности определяет содержание персонализированной реабилитационной программы.

Заключение. При диагностике больных с шизотипическим расстройством следует учитывать не только типологические (категориальные), но также и дименсиональные характеристики психического статуса пациентов. При этом типологические характеристики психического облика могут быть представлены следующими феноменологическими картинами:

- неврозоподобные синдромы;
- психопатоподобные синдромы;
- другие непсихотические синдромы;
- бедные синдромами состояния.

Дименсиональные характеристики представлены

следующими дименсиями: продуктивная, негативная, аффективная, когнитивная, дезорганизационно-поведенческая, диссоциативная, коэнезестопатическая. При сопоставлении категориально-дименсиональных характеристик пациентов с критерием их соответствия шизотипическому расстройству оказалось, что «шизотипическое расстройство личности» (F. 21.5) лишь частично (не превышая по 5-балльной шкале соответствия уровня 3) соотносится с прототипом заболевания (на уровне его признака, а не наличия), что делает целесообразным исключение этого вида психической аномалии из вариантов шизотипического расстройства (F21).

ЛИТЕРАТУРА

1. Maj M. Beyond diagnosis in psychiatric practice. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2020; 19: 27. DOI: 10.1186/s12991-020-00279-2.
2. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В. Психиатрический диагноз: вверх по лестнице, ведущей вниз. *Обзор психиатрии и психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015; 1: 15–24. [Mazo G.Eh., Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V. Psychiatric diagnosis: Up the down staircase. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2015; 1: 15–24. (In Russ.)]
3. Циркин С.Ю. *Аналитическая психопатология*. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: Бином. 2012; 288 с. [Tsirkin S.Yu. *Analiticheskaya psikhopatologiya*. 3rd ed. M.: Binom. 2012; 288 p. (In Russ.)]
4. Kotov R., Krueger R.F., Watson D. et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology: a dimensional alternative to traditional nosologies. *J. Abnorm. Psychol.* 2017; 126: 454–477. DOI: 10.1037/abn0000258.
5. Павличенко А.В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике. *Трудный пациент*. 2015; 5–6 (13): 41–48. [Pavlichenko A.V. Present and future of diagnosis in psychiatrics. *Trudnyy patsient*. 2015; 5–6 (13): 41–48. (In Russ.)]
6. Kupfer D. Neuroscience — informed nosology in psychiatry: are we there yet? *Asien. J. Psychiatry*. 2014; 7: 4–5. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.12.008.
7. Беззубова Е.Б. Клинические особенности витальной деперсонализации при шизофрении. *Ж. неврол. и психиатрии*. 1991; 7: 83–86. [Bezzubova E.B. Klinicheskie osobennosti vital'noy depersonalizatsii pri shizofrenii. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 1991; 7: 83–86. (In Russ.)]
8. Воробьев В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации. *Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1971; 8: 1224–1232. [Vorob'ev V.Yu. Ob odnom iz variantov yunosheskoy shizofrenii, protekayushchey s preobladaniem yavleniy depersonalizatsii. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1971; 8: 1224–1232. (In Russ.)]
9. Pamas J. From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiat. Scand.* 1999; 99 (395): 20–29. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb05979.x.
10. Pamas J. Genetics and psychopathology of spectrum phenotypes. *Acta Psychiat. Scand.* 2000; 101: 413–415. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101006413.x.
11. Pamas J., Bovet P., Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry*. 2002; 1: 131–136.

12. Allen J.G., Console D.A., Lewis L. Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr. Psychiatry*. 1999; 40 (2): 160–171. DOI: 10.1016/s0010440x(99) 90121-9.
13. Brown R.J. Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *J. Trauma Dissociation*. 2006; 7 (4): 7–28. DOI: 10.1300/J229v07n04_02.
14. Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W. et al. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25 (1): 1–23. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.
15. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К. и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 12: 12–22. [Smulevich A.B., Ivanov S.V., Myasnikova L.K. et al. Dissotsiativnye reaktsii v traektorii razvitiya shizotipicheskogo rasstroystva lichnosti (na modeli nozogeniy u onkologicheskikh bol'nykh). *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014; 12: 12–22. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22.
16. Westen D., Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *J. Pers. Desord.* 2000; 14 (2): 109–126. DOI: 10.1521/pedi.2000.14.2.109.
17. Kendell R.E., Cooper J.R., Gourlay A.J. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1971; 25: 123–130. DOI: 10.1001/archpsyc.1971.01750140027006.
18. Kendell R.E., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160: 4–12. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.1.4.
19. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 2006; 2: 291–326.
20. Коцюбинский А.П. *Шизотипическое расстройство: психиатрия*. Национальное руководство. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: ГОЭТАР-Медиа. 2018; 264–279. [Kotsyubinskiy A.P. *Shizotipicheskoe rasstroystvo: Psikhiatriya*. Natsional'noe rukovodstvo. 3rd ed M.: GEOTAR-Media. 2018; 264–279. (In Russ.)]
21. Кузнецова С.Л., Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н. Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными психическими расстройствами с позиций функционального диагноза. *Мед. психол. в России*. 2018; 4 (51): 5. [Kuznetsova S.L., Kotsiubinskii A.P., Petrova N.N. Wholistic diagnostic approach to the evaluation of the bio-psycho-social functioning of patients with endogenous mental disorders from the viewpoint of functional diagnosis. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*. 2018; 6 (53): 8–12. (In Russ.)] DOI: 10.24411/2219-8245-2018-16060.

Поступила 19.01.2021; принята в печать 08.02.2021.