

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППИРОВКИ: ПРИНЦИПЫ

Сделать ее полезной

Классификация должна способствовать контактам между клиницистами и исследователями, а не быть упражнением типа «трайнспоттинг»¹, которое делают ради самого упражнения. Классифицирование расстройства ребенка должно быть чем-то большим, чем простым «наименованием составных частей»²; оно должно дать полезные наводки по этиологии, сопутствующим проблемам (и этим направить дальнейший расспрос и исследование), выбору лечения и прогнозу. Обычно для всех этих целей можно пользоваться одной классификацией. Однако время от времени бывает необходимо использовать разные классификации для разных целей. Например, клиницисты обычно стремятся классифицировать шизофрению и шизотипическое расстройство личности отдельно, поскольку у них совершенно разные последствия, требующие разного лечения и прогноза. Однако для исследователя-генетика, может быть, более оправдано объединить и то и другое в одну категорию «расстройств спектра шизофрении».

Как мы решим – следует ли диагностическая схема природе или накладывает произвольные деления, расчленяет ли она природу «по суставам» или слепо разрушает кости? Для начала, диагностическая категория вряд ли будет полезна, если индивидуумы с этим диагнозом не будут значительно отличаться от индивидуумов с другими диагнозами. Эти различия должны простираться гораздо дальше определяющих характеристик диагностической группы. Например, в случае расстройства поведения нам необходимо знать, что дети с расстройством поведения отличаются от детей с другими психиатрическими расстройствами не только тем, что у них больше проблем с поведением (это просто следствие используемых определений), но и в других отношениях – таких, например, как соотношение полов, возраст начала, социально-экономическое положение или связь с проблемами в учебе. Более того, по меньшей мере, некоторые из признаков, на которых основано разграничение детей с различными диагнозами, должны быть клинически значимыми. Так, если дети с двумя диагнозами различаются только по соотношению полов и социально-экономическому положению, эти диагнозы следует объединить, а не оставлять отдельными. Демографические переменные, конечно, следует изучать, но некоторые различия между диагностическими группами должны иметь более непосредственное отношение к этиологии, сопутствующим проблемам, реакции на лечение или прогнозу.

Может быть, что диагностические категории удовлетворительные, а классификация в целом неудовлетворительная. Это бывает, когда слишком большое число случаев не соответствует критериям ни одной категории и должно быть подведено под «атипичную» или «смешанную» категории. Идеальная классификация настолько обоснованна и настолько всеобъемлюща, насколько это возможно, но две эти цели часто тянут в противоположном направлении.

Феноменология прежде всего

И в детской, и во взрослой психопатологии классификация все больше и больше становится направленной на предъявляемые признаки каждого расстройства, а не на предполагаемые этиологию или патогенез. При таком определении расстройств можно изучать этиологию и патогенез «открытым умом». Диагностические категории, основанные на патогенезе, такие как «минимальное повреждение мозга» или «реактивный психоз», как правило, препятствуют прогрессу в исследованиях и в клинике, а не способствуют ему. По тем же причинам, последние классификации эпилепсии также придают особое значение предъявляемым признакам, а не предполагаемым органическим обоснованиям, например «сложные парциальные припадки», а не «эпилепсия височной доли». И хотя большая часть детских психических расстройств теперь определяется только на основе феноменологии, некоторые расстройства, такие как «реактивное

расстройство привязанности» и «посттравматическое стрессовое расстройство», определены с точки зрения и феноменологии, и предполагаемой причины.

Размерности или категории?

Некоторые аспекты детской психопатологии, по-видимому, отражают крайние значения континуума, продолжающегося в область нормы, при этом у многих (или у всех) детей те же самые признаки проявляются в меньшей степени. Не является ли проведение границы между нормальным и ненормальным всего лишь произвольным, хотя и удобным способом преобразовать размерность в категорию? Иногда это так. Однако в других случаях индивидуумы с крайними значениями на самом деле являются особым случаем. Существует три возможных указания на разрыв между нормальными и крайними значениями. Во-первых, распределение может быть бимодальным, например с добавочным горбом в хвосте основного распределения (как при тяжелой генерализованной недостаточной обучаемости). Во-вторых, может быть пороговый эффект. При торможении поведения, например, выраженное торможение в раннем возрасте позволяет предсказать застенчивость в дальнейшем, тогда как умеренное торможение не имеет такой предсказательной ценности. И, наконец, индивидуумы с крайними и более умеренными значениями по какой-либо конкретной шкале могут качественно различаться и в других существенных отношениях. Так, легкая генерализованная недостаточная обучаемость часто связана с социальным неблагополучием и обычно не связана с неврологическими аномалиями, тогда как тяжелая генерализованная недостаточная обучаемость реже связана с социальным неблагополучием и гораздо чаще - с неврологическими аномалиями.

Чтобы еще больше усложнить дело, иногда и размерная, и категориальная классификация одних и тех же явлений бывают ценными, но для разных целей. Подходящий пример дает холестерин крови. Взаимосвязь между уровнем холестерина и риском ишемической болезни сердца имеет характер «доза-реакция», при этом наибольший риск в популяции присущ большому числу индивидуумов со значениями «высокой нормы», а не малому числу индивидуумов с крайне высокими значениями. В этом отношении высокий уровень холестерина лучше всего считать размерным, а не категориальным расстройством. В то же время, индивидуумы с крайне высокими значениями холестерина – особая категория с этиологической точки зрения, их расстройство - менделевского типа, а не многофакторно-полигенного.

Выявление размерностей и категорий

Сейчас существуют методы многомерной статистики, помогающие выявить размерности и категории расстройства. И хотя факторный и кластерный анализ сложны в деталях, общие принципы, лежащие в их основе, относительно легко понять без погружения в математику (см. вставки 2.1 и 2.2). Факторный анализ используют для выявления размерностей, а кластерный – для выявления категорий. Факторный анализ классифицирует *признаки* индивидуумов, тогда как кластерный анализ классифицирует *самих индивидуумов*.

Устойчивое или ситуационное?

При проблемах с гиперактивностью, а возможно, и при проблемах другого типа, диагностические схемы все больше подчеркивают различие между устойчивыми и ситуационными расстройствами. Устойчивые расстройства проявляются в широком спектре повседневных обстановок (например, дома и в школе), тогда как ситуационные расстройства проявляются только в ограниченном диапазоне обстановок (например, дома, но не в школе). Устойчивость предполагает, что основными являются конституциональные особенности ребенка, тогда как ситуационная специфичность предполагает, что более важно установить, что особенного в этой конкретной обстановке (или в этом конкретном информанте).

Вставка 2.1 Факторный анализ «Сделай сам»

Посмотрите на следующий список мер, которые могли быть определены в выборке взрослых. Сгруппируйте эти меры таким образом, чтобы они соответствовали двум размерностям.

- Рост
- Размер обуви
- Размер словаря
- Способность собирать головоломки
- Длина плеча до локтя
- Умение вычислять в уме

Вам будет нетрудно сгруппировать рост, размер обуви и длину плеча до локтя – сильно связанные между собой меры, указывающие на лежащую в их основе размерность, которую можно обозначить как «линейный рост». Три оставшихся меры также сильно связаны между собой и указывают на лежащую в их основе размерность, которую мы обычно называем «интеллект». Эти две размерности практически независимы – вы не ожидаете большой взаимосвязи между двумя группами переменных, например между ростом и размером словаря. Поздравляем! Вы выполнили факторный анализ - использовали свое интуитивное знание о взаимосвязанных и несвязанных мерах, чтобы выявить лежащие в их основе размерности.

Вставка 2.2 Кластерный анализ «Сделай сам»

Посмотрите на следующий список различных животных и разделите их на группы:

- Черепаха
- Утконос
- Кошка
- Улитка
- Дельфин
- Крокодил
- Мышь
- Гигантский кальмар

Когда вы попытаетесь это сделать, вы, вероятно, выявите некоторые ключевые особенности и ограничения кластерного анализа. Во-первых, вы можете заметить, что то, как вы группируете животных, зависит от признаков, на которых вы сосредоточитесь. Если вы сконцентрировались на мерах величины и среды обитания, вы могли объединить дельфинов, крокодилов и гигантского кальмара вместе - как больших водных животных, и объединить улиток и мышей - как мелких наземных животных. Однако, если вы сосредоточитесь на морфологических и физиологических мерах, вы могли бы создать более типичную зоологическую таксономию, например, создать группу моллюсков, включающую улиток и гигантского кальмара. Вторая примечательная особенность кластерного анализа - то, что этот метод не указывает вам, сколько групп выявлять. Вы могли бы стремиться к решению из двух групп (например, моллюски vs позвоночные) или к решению из трех групп (например, моллюски vs рептилии vs млекопитающие). Вам нужно самим решать, какая степень объединения или разделения наиболее подходящая (а это зависит от того, как вы собираетесь использовать эту классификацию). И, наконец, случай утконоса со свойственным ему смешением признаков рептилий и млекопитающих напоминает о том, что некоторые индивидуумы находятся на полпути между соседними категориями, и, весьма произвольно, их либо относят к одной из этих соседних категорий, либо выделяют им свою собственную категорию.

Термин «устойчивое» при обсуждении детских психических расстройств, к сожалению, используется в двух весьма различных смыслах. «Устойчивая» гиперактивность или «устойчивое» страдание указывают на то, что проблемы присутствуют в разнообразных обстоятельствах. В то же время термин «устойчивое расстройство развития»³ прежде всего указывает на тот факт, что при расстройствах аутистического спектра страдает множество сфер развития (в отличие от специфических расстройств развития, затрагивающих только одну сферу развития, например, чтение или речь). Это сбивает с толку, поскольку оба вида расстройств развития – устойчивое и специфическое – устойчивы в том смысле, что они присутствуют в разнообразных обстоятельствах.

Классифицировать индивидуумов с расстройством или семьи с расстройством?

Диагноз «идентифицированного пациента» может направлять внимание не на тот организационный уровень, например на одного члена семьи, а не на всю систему семьи в целом. Обратным образом, семейные психотерапевты в своих формулировках могут совершать противоположные ошибки. Многоосевые диагностические системы потенциально представляют все лучшее из обоих миров, так как они могут регистрировать ненормальности и на индивидуальном, и на семейном уровне. К сожалению, общепризнанной и хорошо обоснованной системы для классификации семей с расстройством не существует.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППИРОВКИ: СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА

МКБ-10 и DSM-IV

В настоящее время используют две основные классификации: Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения и Диагностическое и статистическое руководство (DSM) Американской психиатрической ассоциации. Раньше между этими двумя схемами было много различий, но последние версии (МКБ-10 и DSM-IV) пришли к весьма сходным классификациям. Стоит отметить, что МКБ-10 существует в клинической версии, где даются клинические описания и слегка импрессионистские *рекомендации* по диагностике каждого расстройства, и в исследовательской версии, где даются более четко определенные диагностические *критерии* – часто идентичные тем, которые используются в DSM-IV. Такое согласие примерно в такой же степени обязано международному сотрудничеству, как и росту научного знания. Мода по-прежнему важна для классификации, и вероятно, в течение многих лет еще будут осуществляться и небольшие, и более значительные модификации схем. Наши современные представления похожи на старинные карты почти совсем не исследованной территории – это лучше, чем ничего, если вы не будете слишком серьезно относиться к деталям.

Операциональный диагноз: плюсы и минусы

И DSM-IV, и исследовательская версия МКБ-10 дают операциональные диагностические критерии многих расстройств. По каждому из этих расстройств имеются четкие критерии, которые должны быть соблюдены, прежде чем диагноз будет поставлен. Главное преимущество такого подхода в том, что различные клиницисты и исследователи, используя конкретное диагностическое обозначение, с большей вероятностью будут обращаться к сходным состояниям. Однако есть и недостатки. Критерии DSM и МКБ начинают воспринимать как Священное Писание, при этом с легкостью забывают, что критерии часто выстроены на очень шатком основании. Они стали и помощью, и смиренной рубашкой для клиницистов и исследователей. Более того, многие дети, несомненно, имеющие психические расстройства (т.к. у них имеются симптомы, приводящие к значительному страданию, вреду или к социальным нарушениям), не полностью

соответствуют критериям операционального диагноза и будут вынуждены получить одно из «неуточненных» обозначений. У большинства таких детей имеются частичные или недифференцированные синдромы. У детей с частичными синдромами имеются некоторые признаки операциональных расстройств, но их не хватает для достижения диагностического порога. Например, у многих детей имеются выраженные аутистические признаки, но они не охватывают всех критериев аутизма. У детей с недифференцированными синдромами имеется смесь симптомов разных операциональных расстройств, но они не достигают диагностического порога ни по одному из них. Это относится, например, к детям со смесью тревог, страхов, страдания и соматических жалоб. И поскольку другие дети, имеющие констелляции проблем, которые еще не признали, попадают в трещины современных схем, картированию в детской психиатрии предстоит пройти еще долгий путь.

Главные диагностические группировки

Для детских психиатров имеют особое значение три широкие диагностические группировки (таблица 2.1). *Эмоциональные расстройства* иногда описывают как расстройства интернализации; это восходит к прошлым представлениям о том, что «стрессы» могут быть обращены вовнутрь (интернализированы), приводя к беспокойствам, страхам, страданию, болям в животе и т.п. Аналогично *деструктивные расстройства поведения* иногда описывают как расстройства экстернализации, имея в виду, что «стрессы» могут также быть обращены наружу (экстернализованы), приводя к деструктивному, вызывающему, агрессивному или антисоциальному поведению, которое обрушивается на других. *Расстройства развития* – разнородная группа, характеризующаяся задержками и аномалиями развития функций, которые в норме в предсказуемой последовательности разворачиваются в результате биологического созревания. Разделение расстройств развития между различными дисциплинами в значительной степени обусловлено историей и удобством. Согласно традиции некоторые расстройства развития, в особенности аутистические, считаются первично психическими расстройствами. Энурез иногда считают проблемой детской психиатрии, хотя такая практика мало оправданна. Большинство расстройств развития сами по себе не считаются психическими, но они представлены в этой книге, потому что являются важными факторами риска детских психических расстройств.

Таблица 2.1 Три главные диагностические группировки

Эмоциональные расстройства	Деструктивные расстройства поведения	Расстройства развития
Тревожные расстройства	Расстройство поведения	Задержка речи/языка
Фобии	Оппозиционно-вызывающее расстройство	Задержка чтения
Депрессия	Гиперактивность	Аутистические расстройства
Обсессивно-компульсивное расстройство		Генерализованная недостаточная обучаемость
Некоторая соматизация		Энурез и энкопрез

Линия, разделяющая три главные группировки, проведена не всегда отчетливо. Гиперактивность, например, обычно включают в деструктивные расстройства поведения, хотя она также может считаться расстройством развития внимания и регуляции активности. Сходным образом, депрессию включают в эмоциональные расстройства, несмотря на то, что ведущим симптомом у детей и подростков иногда является раздражительность - в большинстве случаев это симптом деструктивных расстройств поведения.

По поводу того, до какой степени полезно подразделять главные группировки, мнения различаются. Например, до последнего времени мало кто из клиницистов видел несомненную пользу от подразделения эмоциональных расстройств на различные подгруппы, и МКБ-9 предлагала не много возможностей делать это. Однако последние двадцать лет маятник качнулся от объединения к расщеплению, так что и МКБ-10 и DSM-IV предлагают множество возможных подтипов эмоциональных расстройств. Маятник может снова качнуться, поскольку расщепление, вероятно, зашло слишком далеко; определенно трудно найти какого-либо ребенка с «чистым» вариантом какого-либо из новых диагнозов.

Качание маятника проявляется также и в том, в какой степени к детям относятся как к «маленьким взрослым», когда речь идет о диагнозе. Существует два противоположных взгляда на детство: один предполагает, что дети радикально отличаются от взрослых, как головастики от лягушек; другой взгляд - что дети и взрослые по существу сходны. Что касается направленности психиатрической классификации, то раньше преобладал взгляд "головастики и лягушки», но это постепенно ослабевает. При эмоциональных расстройствах там, где возможно, пользуются диагнозами взрослого типа, такими как дистимия или генерализованное тревожное расстройство, хотя все же есть несколько расстройств, специфических для детского возраста, например, тревожное расстройство в связи с разлукой. Расстройства развития и деструктивные расстройства поведения остаются специфическими для детства.

И, наконец, важно помнить, что проблемы психического здоровья детей не ограничиваются тремя главными группировками. Неминуемо есть расстройства, которые не укладываются в эту изящную трехчастную классификацию: ранняя шизофрения, нервная анорексия, расторможенное расстройство привязанности, синдром Туретта и много других. Кроме того, многие специалисты по психическому здоровью детей тратят большое количество своего времени на работу, не обязательно касающуюся детей с формальным психиатрическим диагнозом. Это часто бывает, например, при оценке дисфункциональных семей, малолетних преступников или жертв насилия.

Многоосевой диагноз

Диагностические обозначения, позволяющие группировать сходные случаи, – ценная помощь в клинической и исследовательской работе. Однако иногда вынужденность остановиться только на одном обозначении излишне ограничивает. Следует ли обозначить, что у этого пациента аутизм или генерализованная недостаточная обучаемость? Часто совершенно необходимо зарегистрировать и то, и другое. Эта идея была проведена далее в многоосевой оценке, которая является факультативной частью DSM-IV и многоосевой версией МКБ-10. В этих многоосевых схемах каждая ось отражает один важный аспект того, что предъявляет ребенок (табл. 2.2).

Таблица 2.2 Многоосевые схемы МКБ-10 и DSM-IV

Ось МКБ-10	Ось DSM-IV	Аспекты ребенка
1	I	Психическое расстройство, например тревожное расстройство в связи с разлукой
2	I	Специфические задержки развития, например расстройство чтения
3	II	Интеллектуальный уровень, например легкая генерализованная недостаточная обучаемость
4	III	Соматические заболевания, например эпилепсия
5	IV	Психосоциальное неблагополучие, например воспитание в учреждении
6	V	Адаптивное функционирование, например серьезная социальная недееспособность

Хотя многие могут решить, что пять или шесть осей - это, пожалуй, слишком много хорошего, у этой схемы есть преимущества. Не нужно решать, что имеется у ребенка – расстройство поведения, специфическое расстройство чтения или генерализованная недостаточная обучаемость – если имеются все три, каждое может быть закодировано. Равным образом не нужно решать, вызвана ли одна (или несколько) из этих проблем эпилепсией ребенка или воспитанием в учреждении - это кодируется независимо от того, кажутся ли они причинами или нет (таким образом, фиксируются данные, которые со временем могут быть использованы для статистического исследования взаимосвязей). Последняя ось дает возможность зарегистрировать, насколько психиатрические проблемы и нарушения развития ребенка мешают его (или ее) каждодневной жизни. Пять осей DSM-IV выполняют ту же работу, что и шесть осей МКБ-10, потому что DSM-IV допускает составные диагнозы по оси I, которая охватывает и психические расстройства, и специфические расстройства развития.

Обзор по теме

Taylor E., Rutter M. (2002) Classification: conceptual issues and substantive findings. *In*: Rutter M., Taylor E. (eds) *Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 3-17.

Дополнительное чтение

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, text revision; DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington DC.

Taylor E. et al. (1986) Conduct disorder and hyperactivity: I and II. *British Journal of Psychiatry*, 149, 760-777. (В этом элегантном исследовании для выявления размерностей и категорий применяли соответственно факторный и кластерный анализ, а затем полученные результаты обобщивали, исследуя сопутствующие признаки, историю развития и эффект от лечения.)

World Health Organization (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneva.