

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-07:165.62

Ряполова Т.Л.

ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ VS ДИМЕНСИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Международная классификация болезней 10-го пересмотра, ставшая доступной отечественной психиатрии с 1999г., привела к значительным, если не катастрофическим, изменениям в диагностических подходах. Провозгласив собственную атеоретичность и отход от нозологического принципа с актуализацией синдромальной диагностики, новая классификация, в то же время, «смягчала» свой разрушительный для психиатрической дисциплины характер, позиционируя себя как созданную в исключительно «статистических целях», призванную унифицировать психиатрические диагнозы для облегчения диалога между специалистами различных стран. Поэтому изначальные руководства по использованию МКБ-10 в клинической практике сводились к «перешифровке» диагнозов из МКБ-9 в соответствие с диагностическими критериями МКБ-10. Однако за долгие 20 лет использования статистический рубрификатор превратился в настольную книгу врачей-психиатров. Эксплицитность категориального и зачатков дименсионального подходов в сочетании с усиленной работой фармацевтических фирм по внедрению «новых» препаратов, работающих исключительно на симптоматическом уровне, а также «мельчание» научных (в первую очередь, отечественных) исследований (отсутствие интереса к отечественным научным исследованиям, существенно «проигрывающим» зарубежным в части наукообразности и солидности), ослабление роли клиники, клинических разборов и вообще диалога между практикующими врачами, то есть отход от традиций отечественной психиатрической школы, позволили диагностическим критериям и диагностическим категориям возобладать в мышлении психиатров. И действительно, зачем искать

причины и смысл в возникновении симптомов психического автоматизма, если этиология предопределена генетически (что в условиях отечественных реалий равносильно бессилию в ее определении), а лечение все равно будет симптоматическим? Проще посчитать количество симптомов, определиться с временными промежутками, - и диагноз готов. Не нужно клинически мыслить, а тем более пытаться понять переживания больного, не нужно ориентироваться на опыт психиатрии и собственный опыт, а нужно открыть клинический протокол, выбрать предлагаемый препарат и не пропустить время, когда лечение можно изменить, а также время, когда нужно продлить пребывание на листе нетрудоспособности или группу инвалидности.

Такая формализация подхода к диагностике психических расстройств означала отход от феноменологических позиций в психиатрии («отмирание феноменологии», по словам N.C. Andreasen (2007) [1]). В то же время, благодаря К. Ясперсу, именно феноменология в значительной мере определяет дисциплинарное самосознание психиатрии. Современные классификации (начиная с МКБ-10) позиционируют себя феноменологическими. Происходит это за счет подмены значения термина. Изначально феноменом («phenomenon», от греч. «φαινόμενον» - «явление») обозначали внешнюю сторону явлений окружающего мира, то есть наблюдаемое явление или событие. Однако в классической феноменологии (М. Хайдеггер, Л. Гуссерль, К. Ясперс) под феноменом понимались внутренние субъективные переживания человека, и именно на этом значении термина строилась система взаимодействия в процессе диагностики психических расстройств, в процессе феноменологической попытки понять сущность психопатологического симптома.

Если руководствоваться пониманием К. Ясперса [2], то психопатологические феномены должны рассматриваться как классы патологических душевных состояний, а феноменология представляет собой метод, обеспечивающий позицию наблюдения над «субъективными симптомами». При этом симптомы в их общемедицинском значении остаются невоспринимаемыми. Поведение больного, его мимика, пантомимика, а также его высказывания лишь дают возможность психиатру чувственно воспринять переживание пациентами симптомов душевной болезни. Это возможно лишь при наличии обязательного для феноменологической психиатрии сопереживания, вчувствования, что позволяет поставить диагноз «со стороны пациента» [3], его самореализации, его реальности, через испытание психиатром феноменов психического расстройства так же, как они переживаются больным «изнутри».

Диагностические подходы, предлагаемые новыми (МКБ-10, DSM-V, МКБ-11) классификациями, отражают возврат к греческому толкованию термина «феномен» и использование переработанной герменевтикой, структурализмом, гештальт-психологией, когнитивно-поведенческими науками современной феноменологии в виде дескриптивных форм в отношении поведения больных с психическими расстройствами. Таким образом, происходит вырождение ясперовской феноменологии. Диагностические критерии МКБ-10 – это не психопатологические симптомы в их традиционном значении, а описание минимально достаточных для постановки диагноза отдельных, чаще всего социально-поведенческих, признаков психического расстройства, то есть объективируемые поведенческие аспекты [3]. В погоне за стремлением соответствовать другим медицинским наукам, где симптомы подлежат объективной оценке и могут быть определены количественно, создатели новых классификаций стремятся упростить диагностические подходы, нивелировать многослойность и многообразие клинических проявлений психических расстройств, соответственно, избегая или даже отказываясь от идеи понимания внутреннего мира, онтологической сущности пациента, его переживаний. При этом использование критериальной диагностики рассматривается апологетами новых классификаций как достижение. Если исходить из доминирующей

тенденции к редукционизму и учитывать факт использования классификации врачами первичного звена медицинской службы, клиническими психологами (в странах, где это разрешено законодательством), а также недостаточный уровень подготовки современных психиатров в некоторых странах, то эксплицитность современных классификаций, безусловно, является достоинством. Диагностические критерии по возможности излагаются ясно и определено, подлежат количественной оценке, что, однако, означает отказ от центрированности на сущности болезни, обедняет описание ее клинических проявлений, не отражает внутреннюю взаимосвязь последних, более того, многие критерии могут быть обнаружены у нормальных людей и в разных диагностических категориях.

Цель диагностики с использованием современных классификаций (начиная с МКБ-10) сводится к выделению характерных симптомов, соотношению с операциональными определениями, уточнению диагностической категории (с использованием критериев включения и исключения), что должно, по мнению создателей, обеспечить надежность и воспроизводимость выставляемых диагнозов. Такой подход к диагностике, являясь отражением «наивной» медицинской модели, достигнут ценой замены обоснованности (аргументированности) на надежность (Spitzer M., Degwitz R., 1986 – цит. по [4, с. 104]). Однако на практике операциональный подход сопряжен с рядом затруднений: во-первых, врачам сложно запомнить все операциональные критерии, во-вторых, предлагаемые в классификациях диагностические категории никогда не проверялись на валидность, поскольку не имели альтернативы, в-третьих, разными врачами предлагаемые критерии используются и интерпретируются по-разному, в значительной степени произвольно (например, психиатр может выявить или не выявить какой-либо признак, оценить его как диагностически важный или несущественный), из-за чего надежность и воспроизводимость диагностики является сомнительной [5].

Особенно очевидными проблемы диагностики стали в период подготовки последних классификаций психических и поведенческих расстройств DSM-V и МКБ-11. Международные исследования диагностической практики в различных странах показали значительный разброс диагностических подходов [4, с. 120].

Однако основной проблемой классификационных подходов явилась типичная лишь для психиатрии ситуация необходимости дальнейшего разукрупнения признаков психических расстройств для обеспечения возможности их использования в поиске их нейробиологических коррелятов. Это еще раз подчеркнуло особый статус психиатрии в ряду медицинских дисциплин, поскольку в медицинской науке прогресс обычно предшествует, а не следует за улучшением классификаций [6].

Тем не менее, современные классификации отличает ряд позитивных с точки зрения организации психиатрической помощи, но отрицательных в плане перспектив развития психиатрии, моментов:

- Предназначены для врачей общей практики (в некоторых странах они обладают правом первичной диагностики и лечения) и клинических психологов;

- Простота и практичность (utility) поддерживается ВОЗ как отвечающие различным кадровым ресурсам в разных странах;

- Эксплицитная диагностика опирается на очевидные проявления патологии, жалобы и поведение, не требующие сложного клинико-психопатологического анализа;

- Диагностика симптомов и симптомокомплексов осуществляется без анализа их включенности в патологический процесс и личность с ее социальными взаимодействиями.

В то же время, отказ от внимания к нюансам феноменологии и структурно-динамическим особенностям психических расстройств лишает психиатров возможности к самореализации в диагностическом процессе, размывает ориентиры в выборе гибкой терапевтической тактики, а у организаторов психиатрической помощи вызывает затруднения в дифференциации организационных форм помощи [7].

Более того, несмотря на развитие нейронаук, многочисленные и разнообразные нейробиологические достижения последних лет не повлияли на диагностику и не нашли отражения в классификациях.

Такая ситуация не может не вызвать отклика в психиатрической общественности и не активизировать поиск альтернативных современным требованиям методов диагностики психических расстройств. Один из них - проект Исследовательских критериев доменов (Research Domain criteria – RDoC), целью которого является изменение диагноза

в психиатрии таким образом, чтобы включить в него последние достижения нейронаук [8].

Помимо этого, общеизвестным является факт активного использования психиатрами собственного клинического опыта в сопоставлении клинических проявлений психического расстройства у данного пациента с аналогичными клиническими ситуациями, что позволило D.Westen (2012) предложить диагностический метод прототипического соответствия (prototype matching) [9].

По его мнению, врачи сравнивают общую клиническую картину пациента с набором клинических прототипов (коротких описаний эмпирически выделенных расстройств – запоминающийся гештальт) и определяют степень соответствия клинической картины пациента прототипу с использованием всех доступных данных. Прототип им определяется как клиническое отражение основных признаков различных категориальных (синдромальных) болезненных проявлений, указанных в системе МКБ, которое согласуется с дименсиональными диагностическими принципами DSM. В диагностике предлагается использовать все доступные для данного клинического случая данные, включая клиническое обследование, ответы пациента, анамнез, данные прошлых обращений или сведения родственников и описание пациентом своих проблем и взаимоотношений, чтобы определить степень, в которой пациент соответствует диагностическим описаниям, составленным из диагностических критериев в запоминающийся гештальт, разработанный, чтобы облегчить распознавание расстройства. Реверанс дименсиональному подходу - оценка пациента по 5-тибалльной шкале степени сходства с прототипом:

- 1 – отсутствие или наличие несущественного совпадения (описание не подходит)

- 2 – небольшое сходство (пациент имеет некоторые признаки расстройства)

- 3 – умеренное сходство (подпороговые или клинически значимые признаки расстройства)

- 4 – точное совпадение (пациент имеет расстройство, диагноз подходит)

- 5 – очень точное совпадение (пациент – пример расстройства, прототипный случай)

К преимуществам диагностического подхода, основанного на прототипах, можно отнести:

- Соответствие клиническому мышлению достаточно большого количества психиатров

(по результатам опроса 5 тыс. психиатров из 40 стран мира [10]);

- Клиническая утилитарность (средняя корреляция оценок между клиницистами в пределах 0,5-0,7 [11]);

- Соответствие современным требованиям - сочетание категориального и дименсионального подходов;

- Возможность разделить психические расстройства и функциональные нарушения (4 и 5 баллов по приведенной выше шкале – категориальный диагноз);

- Намного превосходит сложную и громоздкую дименсиональную систему DSM-V, в то время как МКБ-11 также сходен с диагностикой по прототипам [12];

- Соответствует тому, как люди думают и классифицируют в естественных условиях (врачи склонны категоризировать статус пациента через вероятностную оценку степени его соответствия ментальной модели, которая у них сформирована (прототип), или известным им примерам потенциально релевантных категорий – определениям из учебников или лекций);

- Легкость интеграции с преподаванием, обучением и накапливающимся клиническим опытом.

По мнению авторов Национального руководства по психиатрии (2018), использование прототипического соответствия (оценки степени соответствия каждого случая конвенционально-дименсиональному «прототипу» конкретного психического расстройства) могло бы служить разумной альтернативой доминантности псевдоточных современных дименсиональных классификаций, однако детализированные прототипы психических расстройств нелегко запомнить, а врачам трудно сменить уже имеющиеся у них целостные, обобщенные клинические образы психических расстройств на другие, пусть даже эмпирически более обоснованные и несложные в использовании диагностические модели [13].

Прототипический подход, также как используемый в МКБ или DSM, базируется на атеоретических принципах возникновения и течения психических расстройств, что может способствовать развитию биопсихосоциальной концепции психических расстройств [14].

В качестве недостатков или возможных погрешностей прототипной диагностики рассматриваются следующие моменты:

- Не описывает фактический опыт пациента, исходит из представления о том, что диагнозы представлены как хорошо различимые и личностно-центрированные, при этом прототипы существуют как комбинации дименсий [15].

- Метод предусматривает низкую достоверность дименсиональной оценки, ограниченность сравнения с одним прототипом [16].

- Прототипный подход не исключает возможность и риск ложноположительной диагностики [17].

- Данный диагностический подход может способствовать некоторой предвзятости при подтверждении диагноза, сохраняя опасность того, что клиницисты могут видеть то, что ожидают увидеть или отстаивать диагностические гипотезы, несмотря на наличие противоречащих им данных. И, наконец, для многих врачей может оказаться сложным восприятие и заучивание новых прототипов в ущерб уже накопленному клиническому опыту, что также будет сказываться на точности диагностики и полноценности оказания психиатрической помощи.

Компетентностный подход в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (как и внедренная в Донецком медицинском университете с 90-х г.г. XXв. система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов СПЦ УКПС) реализуется в виде целевых обучающих заданий, которые представляют собой словесную модель ситуации, с которой будущий специалист может столкнуться в профессиональной деятельности, или модель реального объекта профессиональной деятельности – больного, которому нужно поставить диагноз и назначить лечение (тесты формата А). В качестве примера обучающего задания можно привести следующий клинический случай.

Больной Т., 41 год, доставлен в психиатрический стационар из кабинета начальника областного аэропорта, куда сумел пройти, убедив охрану в том, что является помощником депутата и выполняет важное секретное задание государственного значения. В отделении раздражителен, гневлив. Речь несколько ускорена. Постоянно возвращается к деталям современной политической ситуации. Лидеров политических сил в разговоре называет на «ты», давая понять, что близко с ними знаком. Временами умолкает, лицо делается настороженным. «Слышит» в голове «селек-

торное совещание», которое обсуждает его действия. Говорит, что ему «мысленно дают новые вводные из центрального штаба». Сообщил, что ему телепатически передан план дислокации спецназа для отражения высадки десанта противника на аэродром. Постоянно находится в движении, держится с оттенком превосходства. Диагноз:

А. Мания с психотическими симптомами

В. Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

С. Параноидная шизофрения

Д. Недифференцированная шизофрения

Е. Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

Подобные задания предполагают накопление будущими врачами клинических прототипов, сличение с которыми в практической деятельности позволит облегчить диагностику психического расстройства и оптимизировать объем психиатрической помощи. Однако более чем двадцатилетний опыт использования подобной системы обучения показал нежелание многих психиатров формализовать оценку больного в ущерб попытке феноменологического проникновения в сущность переживаний пациента и, соответственно, использование собственно наработанных клинических прототипов, включающих субъективные переживания врача, его чувства и степень вовлеченности в каждый диагностический случай.

Данный метод совершенно не исключает диагностических ошибок, но его применимость очевидна и диктует преподавателям возможности работы с будущими специалистами в рамках феноменологического подхода, для чего необходимо: во-первых, понять когнитивную и эмоциональную предвзятость врача в каждом конкретном случае; во-вторых, уметь осуществлять непрерывный самоанализ для минимизации этой предвзятости в работе с пациентами; в-третьих, научиться

создавать альтернативные гипотезы, чтобы лучше понимать наблюдаемое и переживаемое в клинической практике.

Таким образом, кризис современной психиатрии находит отражение, в том числе, в наличии нескольких диагностических подходов: официального (категориально-двумерного), феноменологического, метода прототипной диагностики и ряда других. Но если для гибридного категориально-двумерного и прототипного подходов ищутся точки соприкосновения (например, критерии МКБ-11), то феноменологический подход все больше отчуждается официальной психиатрией, предпочитающей формализованный подход к пациенту. Если исключить из практики психиатрии аспект понимания больного с психическими расстройствами, то и категориально-двумерный, и прототипический подходы, безусловно, будут продолжать использоваться и находить своих приверженцев и оппонентов. При этом двумерный подход обладает очевидными преимуществами при проведении научных нейробиологических исследований, а метод прототипной диагностики оказывается полезным при обучении специалистов. Но попытки верифицировать точный психиатрический диагноз, то ли с помощью диагностических критериев/двумерностей, то ли с помощью психометрических шкал, то ли путем сличения с прототипом, не смогут приблизить нас к пониманию происходящего с больными, к вчувствованию в его переживания, к осознанию онтологической сущности бытия и, соответственно, будут увеличивать пропасть между психиатрами и пациентами, дискредитировать гуманистический дискурс и гуманистическую суть психиатрии, оставляя под большим сомнением эффективность существующих классификационных и нейробиологических концепций в оказании помощи пациентам с психическими расстройствами.

Ряполова Т.Л.

ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ VS ДИМЕНСИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье обсуждаются основанные на современных классификационных системах подходы к диагностике психических расстройств. Описание феноменологического подхода в сравнении с операциональной и критериально-двумерными оценками позволяет обосновать тезис N.С. Andreasen (2007) об «отмирании феноменологии». Как альтернатива категориально-двумерному подходу рассматривается диагностический метод прототипического соответствия (prototype matching) D. Westen (2012). Предлагается оценка преимуществ и недостатков данного

метода. Обосновывается использование диагностики, основанной на прототипах при обучении студентов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО в рамках система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов СПЦ УКПС. Показана практическая применимость гибридного категориально-дизименсионального и прототипного подходов в практике психиатрии, с очевидными преимуществами дименсионального подхода при проведении научных нейробиологических исследований, а метода прототипной диагностики - при обучении врачей-психиатров. При этом подчеркивается, что отказ от феноменологического метода будет увеличивать пропасть между психиатрами и пациентами, дискредитировать гуманистический дискурс и гуманистическую суть психиатрии, оставляя под большим сомнением эффективность существующих классификационных и нейробиологических концепций в оказании помощи пациентам с психическими расстройствами.

Ключевые слова: диагностика психических расстройств, исследовательские критерии, феноменология

Ryapolova T.L.

DIAGNOSTICS IN PSYCHIATRY: PHENOMENOLOGY VS DIMENSIONS

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article discusses approaches to the diagnosis of mental disorders based on modern classification systems. The description of the phenomenological approach in comparison with the operational and criterion-dimensional estimates allows us to substantiate the thesis of N.C. Andreasen (2007) on the «withering away of phenomenology». As an alternative to the categorically dimensional approach, the diagnostic prototype matching method of D. Westen (2012) is considered. An assessment of the advantages and disadvantages of this method is proposed. It substantiates the use of diagnostics based on prototypes in the training of students of State Educational Organization of Higher Professional Education «Donetsk National Medical University named after M. Gorky» within the framework of the program-targeted management of the quality of training of specialists. The practical applicability of the hybrid categorical-dimensional and prototype approaches in the practice of psychiatry is shown, with the obvious advantages of the dimensional approach when conducting scientific neurobiological studies, and the method of prototype diagnostics in the training of psychiatrists. It is emphasized that the rejection of the phenomenological method will widen the gap between psychiatrists and patients, discredit the humanistic discourse and the humanistic essence of psychiatry, leaving in doubt the effectiveness of the existing classification and neurobiological concepts in helping patients with mental disorders..

Keywords: diagnosis of mental disorders, research criteria, phenomenology

Литература

1. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий. Психиатрия и психофармакотерапия. 2007; 4: 44-49.
2. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика; 1997. 1056.
3. Краус А. Вклад феноменологически-антропологического подхода в диагностику и классификацию в психиатрии. Независимый психиатрический журнал. 2006; 1: 9-18.
4. Ткаченко А. Психопатологическое исследование. М.: Проект letterra.org, Лого; 2012. 233.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Т. 1. Киев: Сфера; 1997. 299.
6. Jablensky A. Прототипы, синдромы и дименсии в психопатологии: открытое поле для исследований. World Psychiatry. 2012; 11 (1): 23-24.
7. Краснов В.Н. Современные изменения принципов диагностики и классификации психических расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 1: 58-61.
8. Ряполова Т.Л. Проект RDoC: настоящее и будущее психиатрии. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 1 (45): 14-25.
9. Westen D. Прототипная диагностика психиатрических синдромов. World Psychiatry. 2012; 11 (1): 18-23.

10. Reed G.M., Correia J.M., Esparza P. et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011; 10: 118-31.
11. 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: 350-368.
12. Frances A. Прототипная диагностика: станет ли этот реликт прошлого волной будущего. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 27-28.
13. Морозов П.В., Павличенко А.В., Точиллов В.А. Классификация психических расстройств. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 210–239.
14. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода. Часть I. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 3: 62-67.
15. Krueger R.F., Markon K.E. На пути к клинически применимой и эмпирически обоснованной размерной модели психопатологии. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 24-25.
16. First M.B. Практическая система для прототипной диагностики в психиатрии: клинические описания и диагностические указания МКБ-11. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 26-27.
17. Wakefield J.C. Так ли вы сообразительны, как четвероклассники? Почему прототипный подход в диагностике – шаг назад для научной психиатрии. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 29-30.

References

1. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders i otmiranie fenomenologii v Amerike: primer nepredvidennykh posledstviy [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and the death of phenomenology in America: an example of unforeseen consequences]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2007; 4: 44-49 (in Russian).
2. Yaspers K. *Obshchaya psikhopatologiya* [General psychopathology]. Moscow: Praktika; 1997. 1056 (in Russian).
3. Kraus A. Vklad fenomenologicheskoi-antropologicheskogo podkhoda v diagnostiku i klassifikatsiyu v psikhiatrii [Contribution of the phenomenological-anthropological approach to the diagnosis and classification in psychiatry]. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal.* 2006; 1: 9-18 (in Russian).
4. Tkachenko A. *Psikhopatologicheskoe issledovanie* [Psychopathological research]. Moscow: Proekt lettera.org, Logo; 2012. 233 (in Russian).
5. Gel'der M., Get D., Meio R. *Oksfordskoe rukovodstvo po psikhiatrii. T.1* [Oxford Guide to Psychiatry. Vol.1]. Kiev: Sfera; 1997. 299 (in Russian).
6. Jablensky A. Prototipy, sindromy i dimensii v psikhopatologii: otkrytoe pole dlya issledovaniy [Prototypes, syndromes and dimensions in psychopathology: an open field for research]. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 23-24 (in Russian).
7. Krasnov V.N. Sovremennye izmeneniya printsipov diagnostiki i klassifikatsii psikhicheskikh rasstroystv [Modern changes in the principles of diagnosis and classification of mental disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya.* 2018; 1: 58-61 (in Russian).
8. Ryapolova T.L. Proekt RDoC: nastoyashchee i budushchee psikhiatrii [RDoC Project: The Present and Future of Psychiatry]. *Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii.* 2019; 1 (45): 14-25 (in Russian).
9. Westen D. Prototipnaya diagnostika psikhiatricheskikh sindromov [Prototype diagnosis of psychiatric syndromes]. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 18-23 (in Russian).
10. Reed G.M., Correia J.M., Esparza P. et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011; 10: 118-31.
11. 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: 350-368.
12. Frances A. Prototipnaya diagnostika: stanet li etot relikt proshlogo volnoi budushchego [Prototype diagnostics: will this relic of the past become a wave of the future]. *World Psychiatry.* 2012; 11 (1): 27-28 (in Russian).

13. Morozov P.V., Pavlichenko A.V., Tochilov V.A. Klassifikatsiya psikhicheskikh rasstroistv. Psikhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo [Classification of mental disorders. Psychiatry. National handbook]. Pod red. Yu.A. Aleksandrovskogo, N.G. Neznanova. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 210–239 (in Russian).
14. Neznanov N.G., Kotsyubinskii A.P., Mazo G.E. Biopsikhosotsial'naya kontseptsiya psikhicheskikh rasstroistv kak osnova kholisticheskogo diagnosticheskogo podkhoda. Chast' I [The biopsychosocial concept of mental disorders as the basis of a holistic diagnostic approach. Part I]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya. 2018; 3: 62-67 (in Russian).
15. Krueger R.F., Markon K.E. Na puti k klinicheski prmenimoi i empiricheski obosnovannoi dimensional'noi modeli psikhopatologii [On the way to a clinically feasible and empirically based dimensional model of psychopathology]. World Psychiatry. 2012; 11 (1): 24-25 (in Russian).
16. First M.B. Prakticheskaya sistema dlya prototipnoi diagnostiki v psikhiatrii: klinicheskie opisaniya i diagnosticheskaya ukazaniya MKB-11 [Practical system for prototype diagnostics in psychiatry: clinical descriptions and diagnostic instructions for ICD-11]. World Psychiatry. 2012; 11 (1): 26-27 (in Russian).
17. Wakefield J.C. Tak li vy soobrazitel'ny, kak chetveroklassniki? Pochemu prototipnyi podkhod v diagnostike – shag nazad dlya nauchnoi psikhiatrii [Are you as smart as fourth graders? Why a prototype approach to diagnosis is a step backward for scientific psychiatry]. World Psychiatry. 2012; 11 (1): 29-30 (in Russian).

Поступила в редакцию 22.08.2019