

СТРАТЕГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И IPDE В ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Дерман Е.В.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Общепринятой стратегией диагностики расстройств личности в мировой клинической практике является последовательное применение опросников и полуструктурированных интервью. Основным методом диагностики личностной патологии в отечественной психиатрии остается диагностическая беседа, что не способствует точности и объективности диагностики. Вместе с тем, в Беларуси имеются методики, позволяющие осуществить диагностику расстройств личности по вышеприведенной схеме «опросник – интервью»: разработанные автором шкалы специфических расстройств личности и IPDE. Однако диагностическая эффективность и возможности последовательного использования данных методов ранее не исследовались.

Цель исследования – разработка стратегии использования шкал специфических расстройств личности и IPDE в диагностике расстройств личности у пациентов с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами.

Достижение поставленной цели осуществлялось посредством решения нескольких задач: оценка диагностической эффективности IPDE; оценка диагностической эффективности шкал специфических личностных расстройств; обоснование последовательности использования шкал специфических расстройств личности и IPDE у пациентов с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами.

Материалы и методы

Анализ диагностической эффективности IPDE осуществлялся по результатам обследования 302 пациентов отделения пограничных состояний

Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология», имеющих диагнозы депрессивных, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Исследование с помощью IPDE имело место через 9 ± 3 дня после начала госпитализации. Диагноз расстройства личности устанавливался с помощью исследовательских диагностических критериев МКБ-10 на основе анализа анамнестических сведений, данных от информантов (родственников), результатов клинического наблюдения.

Группа пациентов с расстройствами личности и коморбидными психическими и поведенческими расстройствами состояла из 68 мужчин и 82 женщин в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст $33,9 \pm 9,3$). Диагноз расстройства личности был впервые установлен 121 исследуемым (81%), 94 из них (78%) находились на повторном лечении. Группа пациентов с депрессивными, тревожными и другими невротическими расстройствами без сопутствующей личностной патологии состояла из 152 человек: мужчины – 61, женщины – 91. Средний возраст испытуемых $39,9 \pm 8,8$ (от 18 до 60 лет).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась на основе принципов доказательной медицины. Оценка диагностических показателей IPDE производилась посредством статистики четырёхпольной таблицы. Определялись показатели сензитивности, специфичности, отношения правдоподобия для положительного и отрицательного результатов, вероятности ложноположительного и ложноотрицательного результатов, общая точность диагностики. Шкалы специфических расстройств личности оценивались с помощью ROC-анализа: производилось построение характеристических кривых, определение площади под кривыми (AUC) и выявление оптимального отсекающего значения.

Результаты и обсуждение

Результаты ROC-анализа значений шкал специфических расстройств личности представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Результаты ROC-анализа значений шкал специфических расстройств личности

Шкала специфического расстройства личности	Площадь под ROC-кривой	Оптимальное пороговое значение	Сензитивность (%)	Специфичность (%)
Параноидного	0,82	15	88,2	63,9
Шизоидного	0,87	17	87,2	71,3
Диссоциального	0,71	14	80,1	52
Импульс. типа эмоционально неустойчивого	0,79	12	87,4	59,2
Погран. типа эмоционально неустойчивого	0,91	20	89,7	76,4
Истерического	0,71	24	61,5	74,3
Ананкастного	0,70	15	80,6	54
Тревожного	0,78	26	94,1	53,1
Зависимого	0,88	13	84,1	79,4

Таким образом, шкалы специфических расстройств личности обладают удовлетворительным диагностическим качеством (AUC 0,70-0,91). В целом, шкалы характеризуются высокими значениями сензитивности (0,80 – 0,94), превосходящими значения специфичности (0,52 – 0,79) (исключением является шкала истерического расстройства личности, сензитивность которой невелика – 0,62).

Невысокие значения чувствительности для шкалы истерического расстройства личности (61,5%) можно увеличить, если в качестве точки отсечения принять балл по шкале равный 24, а не 28 (чувствительность шкалы примет значение 81%, специфичность уменьшится до 52%). Таким же образом (принятием другого балла разделения) может быть повышена чувствительность и других шкал. Следует помнить, что увеличивая чувствительность за счёт изменения порогового балла для шкал, мы уменьшаем значения специфичности, а значит, увеличиваем вероятность ложноположительных результатов диагностики. Насколько такая стратегия является оправданной, во многом зависит от задач и приоритетов, которые

устанавливает конкретный клиницист/ организация здравоохранения в процессе диагностики.

Использование шкал специфических расстройств личности рекомендуется в качестве первого этапа психодиагностической оценки специфических расстройств личности. При этом если баллы пациента по какой-либо шкале не достигают пороговых значений, отсутствует необходимость в дальнейшем обследовании на предмет наличия соответствующего расстройства личности (вероятность ложноотрицательного результата невелика). Положительный результат по шкалам не служит основанием для установления диагноза соответствующего расстройства личности, а указывает на необходимость более тщательной диагностики. Таким образом, шкалы специфических расстройств личности могут использоваться в клинике как простой, эффективный и не требующий существенных временных затрат метод выявления пациентов, потенциально страдающих расстройствами личности.

Диагностическая эффективность IPDE анализировалась на основании статистик четырёхпольной таблицы. В целом, можно сказать, что блоки вопросов IPDE для специфических расстройств личности являются высокоспецифичными и обладают удовлетворительными показателями чувствительности. Статистики четырёхпольной таблицы для блоков вопросов IPDE представлены в таблице 2.

Блоки вопросов IPDE для **параноидного, шизоидного, диссоциального, тревожного и зависимого** расстройств личности характеризуются высокой специфичностью, превышающей 0,9. Это свидетельствует о минимальной вероятности ложноположительного результата диагностики. Говоря иначе, пациенты, не страдающие указанными выше расстройствами, не склонны приписывать себе их характерные черты в ходе интервью. В то же время, сензитивность блоков вопросов IPDE для **диссоциального, параноидного и**

зависимого расстройств личности невысока (0,67, 0,78, 0,77 - соответственно), что свидетельствует о возможности ложноотрицательного результата.

Таблица 2 – Показатели диагностической эффективности блоков вопросов IPDE

	Сензитивность	Специфичность	Отношение правдоподобия положительного результата	Отношение правдоподобия отрицательного результата	Вероятность ложноположит. результата	Вероятность ложноотрицат. результата	Общая точность диагностики
Параноидное РЛ	0,78	0,98	39	0,22	0,02	0,22	0,88
Шизоидное РЛ	0,87	0,97	29	0,13	0,03	0,13	0,92
Диссоциальное РЛ	0,67	0,96	16,8	0,34	0,04	0,33	0,82
Импульсивный тип эмоционально неустойчивого РЛ	0,79	0,81	4,2	0,26	0,19	0,21	0,80
Пограничный тип эмоционально неустойчивого РЛ	0,76	0,83	4,5	0,29	0,17	0,24	0,80
Истерическое РЛ	0,77	0,84	4,8	0,27	0,16	0,23	0,81
Ананкастное РЛ	0,87	0,89	7,9	0,15	0,11	0,13	0,88
Тревожное РЛ	0,83	0,95	16,6	0,18	0,05	0,17	0,89
Зависимое РЛ	0,77	0,94	12,8	0,24	0,06	0,23	0,86

Такая ситуация в значительной степени может быть обусловлена очевидной направленностью вопросов IPDE и тем фактом, что респонденты зачастую не обладают достаточным уровнем саморефлексии для адекватной оценки собственной личности, а расстройства личности часто являются эго-синтонными. То есть, напрямую интересуясь гиперчувствительностью к пренебрежению или оскорблениям у параноидного пациента, исследователь рискует получить необъективный ответ, т.к. пациент субъективно не воспринимает свою чувствительность к пренебрежению как чрезмерную. Что касается диссоциального расстройства личности, его признаки, например, безразличие к чувствам других и пренебрежение социальными нормами, носят очевидно

негативный характер, и индивид, даже будучи осведомленным о таких своих особенностях, может намеренно скрывать их во время исследования. Диагностика **шизоидного** расстройства личности в рамках IPDE является одновременно и высокоспецифичной (0,97), и высокочувствительной (0,87). Это может быть обусловлено характеристиками самого расстройства: такие черты как эмоциональная холодность, отчуждённость непосредственно наблюдаются в ходе интервью, с другой стороны, индивиды с шизоидным расстройством личности не подвержены установке на социальную желательность и не склонны к диссимуляции. В достаточной степени точной является диагностика **ананкастного** (сензитивность – 0,87, специфичность – 0,89) и **тревожного** (сензитивность – 0,83, специфичность – 0,95) расстройств личности с помощью IPDE. Показатели чувствительности и специфичности блоков вопросов IPDE для обоих типов **эмоционально неустойчивого** (импульсивный тип: сензитивность – 0,79, специфичность – 0,83, пограничный тип: чувствительность – 0,76, специфичность – 0,83), а также **истерического** (сензитивность – 0,77, специфичность – 0,84) расстройства ниже по сравнению с соответствующими показателями других личностных расстройств. Пациенты с импульсивным типом эмоционально неустойчивого расстройства в ходе интервью могут скрывать склонность к вспышкам гнева или затруднения в продолжении деятельности, не сулящей немедленного вознаграждения, равно как могут быть недостаточно осведомлены о таких своих характеристиках. Таким же образом недостаток саморефлексии или желание скрыть отрицательные черты могут искажать результаты диагностики с помощью IPDE у пациентов с истерическим расстройством. Вопросы IPDE для пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности имеют достаточно расплывчатые формулировки, создающие возможность различных субъективных трактовок как пациентами, так и исследователями. В то же время, пациенты, не имеющие личностного расстройства, могут приписывать себе непостоянное и переменчивое настроение, повышенную озабоченность внешней привлекательностью, склонность к нестабильным взаимоотношениям с другими,

что снижает показатель специфичности, повышая вероятность ложноположительного результата.

Таким образом, блоки вопросов IPDE для специфических расстройств личности являются высокоспецифичными и обладают удовлетворительными показателями чувствительности. Неспособность респондентов объективно оценить собственную личность и прямая направленность вопросов IPDE в целом снижает чувствительность диагностики личностных расстройств с помощью этого инструмента.

Следует отметить, что в настоящем исследовании оценивалась диагностическая эффективность IPDE как самостоятельного инструмента диагностики расстройств личности, поэтому сбор анамнестических сведений и информации от родственников/близких людей осуществлялся после проведения интервью. На практике же специалист, проводящий интервьюирование с помощью IPDE, руководствуется не только ответами испытуемого на вопросы методики, но и имеющимися у него в распоряжении биографическими данными, а также сведениями от информантов.

Таким образом, IPDE не может служить самостоятельным методом диагностики специфических личностных расстройств. Тщательный сбор анамнестических сведений из всех возможных источников должен предварять проведение интервьюирования. При соблюдении указанного требования использование IPDE обеспечит процесс диагностики расстройств личности рядом преимуществ, а именно: стандартизированным подходом к диагностике, возможностью унификации научных данных, наличием не только категориального, но и дименсионального (измерительного) уровней диагностики.

Характеристики диагностической эффективности шкал специфических расстройств личности и IPDE позволяют последовательно применять рассматриваемые методики в диагностике личностных расстройств (рисунок 1).

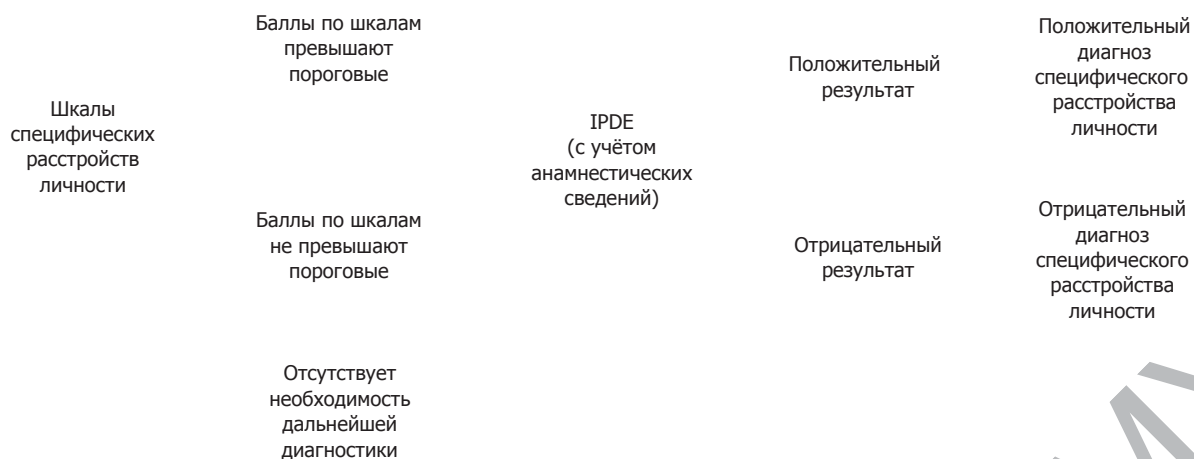


Рисунок 1. – Схема последовательного применения шкал специфических расстройств личности и IPDE в диагностике личностных расстройств

Последовательное использование шкал специфических расстройств личности и IPDE обладает рядом преимуществ. Шкалы специфических расстройств личности позволяют сократить временные затраты на диагностику и сузить рамки диагностического поиска. IPDE обеспечивает стандартизированный и измерительный диагностический подход.

В целом, предложенная последовательность позволяет повысить эффективность диагностики расстройств личности в клинике депрессивных, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, что представляется особенно значимым в свете негативного влияния личностной патологии на сопутствующие расстройства. Своевременная и точная диагностическая оценка расстройств личности обеспечивает адекватное планирование психотерапевтических мероприятий.