

КОГНИТИВНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецкий областной наркологический диспансер

Проведен анализ наиболее распространенных когнитивных механизмов диагностических ошибок в психиатрии (эвристики, ошибка ретроспекции, иллюзорная взаимосвязь и др.) и способов их профилактики. Обсуждены причины возникновения деформаций выбора при постановке психиатрического диагноза и их психологические механизмы.

Ключевые слова: диагностика психических расстройств, эвристика, деформация выбора, бритва Оккама, якорный эффект, ошибка подтверждения, иллюзорная взаимосвязь.

Повышение качества медицинской диагностики требует не только совершенствования ее методов, уточнения классификаций и критериев квалификации патологических состояний, но и обучения врачей учету психологических факторов, влияющих на диагностический процесс. В данной статье мы рассмотрим некоторые типичные механизмы диагностических ошибок, связанных с особенностями когнитивных процессов у субъекта диагностики.

Цена таких ошибок чрезвычайно высока. По данным К. Kohn и соавт. [1], в результате медицинских ошибок в США ежегодно погибает 44 000 пациентов. По мнению Дж. Группена [2], причины большинства таких ошибок имели не технический, а когнитивный характер*. Из-за чего же они возникают?

При обращении пациента врачу необходимо собрать и обработать диагностически значимую информацию из различных источников, сопоставить полученные данные между собой и с имеющейся у него в памяти информацией об этиологических и клинических особенностях различных заболеваний, после чего сформировать диагностическое заключение (этиологическую гипотезу). Эти процессы могут быть описаны с психологических позиций как частный случай процесса принятия решений. Вследствие дефицита времени и недостаточной структурированности предметной области (нередко заболевания бывает сложно однозначно идентифицировать по совокупности симптомов) врачи вынуждены принимать такие

решения в условиях неопределенности и нередко без возможности дождаться дополнительной информации.

В результате этого в диагностическом процессе наряду с логическими операциями (решение по алгоритму) принимают участие интуитивные и образные представления специалиста (решение путем инсайта). Направленность поиска, ход размышлений доктора определяется во многом наличием у него образного представления болезни (ее ментальной репрезентации), сформировавшегося в прошлом на основе его профессионального опыта. Совокупность наблюдаемых у пациентов симптомов и жалоб не обязательно полностью соответствует этой «классической» ментальной репрезентации вследствие различной степени выраженности признаков и/или отсутствия части из них.

«Хрестоматийные описания умственных расстройств необходимы и полезны, однако начинающий психиатр учится, работая с более опытными коллегами, пока не приобретет нужных профессиональных навыков. После этого он использует свою интуицию, когда не каждый этап размышлений можно описать словами или логически обосновать: он видит весь случай как целое» [3].

Поэтому некоторыми учеными постановка врачебного диагноза рассматривается скорее как искусство, чем наука, хотя попытки формализовать диагностический алгоритм часто приводят к объективному повышению качества диагностики во многих областях медицины [4].

Принятие решений (не только в медицине, но и в других сферах профессиональной деятельности, а также в быту) сопровождается различными явлениями, обусловленными психологическими особенностями процессов переработки информации человеком, а также дефицитом времени для ее сбора и обработки. Эти явления приводят

* Любопытно, что в процитированной книге «Как думают доктора?» доктор Группен, каталогизировавший когнитивные механизмы принятия решений и причины диагностических ошибок в различных отраслях медицины, пишет: «Я быстро понял, что пытаться понять, как думают психиатры, было выше моих возможностей».

к так называемым деформациям выбора, т. е. отклонениям от алгоритмизированного процесса принятия решений.

Наиболее распространенной формой деформации выбора является эвристика — промежуточная по степени осознанности между алгоритмом и инсайтом форма процесса принятия решений. Эвристики, с одной стороны, сокращают время и ресурсы, необходимые для постановки диагноза, обеспечивают в большинстве случаев вынесение врачом оправданных заключений и являются признаком зрелого клинического мышления. Часто они позволяют получить правильный ответ, однако могут также приводить к предвзятым, ошибочным суждениям, систематическим диагностическим ошибкам и потому должны использоваться с осторожностью.

Рассмотрим ряд деформаций выбора, наиболее часто встречающихся в клинической практике при принятии диагностических решений.

Бритва Оккама — склонность врача искать наиболее простое объяснение наблюдаемому у пациента набору симптомов. Благодаря бритве Оккама доктора склонны:

объяснять имеющийся симптомокомплекс одним диагнозом, а не несколькими;

объяснять этот симптомокомплекс диагнозом наиболее распространенного на данной территории, а не «экзотического» заболевания*.

«При постановке диагноза в каждом конкретном случае расчеты вероятности не имеют смысла. Единственно уместный вопрос — имеется данная болезнь или нет. Редка она или распространенная не имеет отношения к данному пациенту» [6].

Контраргументом к бритве Оккама в медицине является так называемый «афоризм Хикама» (*Hickam's dictum***), формулируемый так: «У пациентов может быть сколько угодно болезней». Исходя из этого подхода при дифференциальной диагностике нельзя исключать вероятность какого-либо заболевания, опираясь на бритву Оккама. Например, в «Клинических описаниях и указаниях по диагностике» к МКБ-10 написано: «Клиницистам рекомендуется следовать общему правилу кодирования стольких диагнозов, сколько необходимо для того, чтобы отразить клиническую картину» [7].

Эвристика доступности — степень доступности врачу информации о том или ином заболевании (т. е. то, насколько легко она приходит на ум)

влияет на вероятность постановки данного диагноза. Именно благодаря эвристике доступности врачи склонны чаще ставить диагнозы:

заболеваний, с которыми они больше сталкивались либо с которыми связаны запомнившиеся истории из практики (если недавно был пациент с определенной болезнью, то при появлении пациента со схожими симптомами первым в голову придет данный диагноз);

заболеваний, которые редко встречаются, но про которые больше пишут в профессиональной или популярной литературе;

«американские врачи переоценивают риск возникновения зависимости при назначении опиоидных анальгетиков онкологическим пациентам и недооценивают возникающие вследствие такой политики страдания пациентов. Причина этого лежит в постоянном внимании общества к проблеме наркотической зависимости, в отличие от проблемы уменьшения болей у пациентов» [8];

болезней, симптомы которых легко воспринимаются визуально.

Преодоление эвристики доступности требует анализа настоящей релевантности (а не просто легкой воспроизводимости в памяти) информации, которая повлияла на принятие решения.

Эвристика репрезентативности — склонность врача судить о степени вероятности определенного диагноза путем оценки того, насколько полно клиническая картина, наблюдаемая у пациента, соответствует специфическому для данного заболевания набору симптомов (точнее, его ментальной репрезентации — «типичному случаю», прототипу). Данная эвристика может побудить врача пренебречь специфической дополнительной информацией при постановке диагноза.

В одном из исследований медсестрам предлагалось поставить диагноз на основании выдуманной истории болезни. Описанные в ней симптомы вызвали мысли об инсульте. Однако, если в эту историю включалось упоминание о запахе алкоголя изо рта пациента, диагноз инсульта ставился значительно реже. В соответствии с эвристикой репрезентативности испытуемые считали симптомы признаками алкогольного опьянения [9].

И, напротив, отсутствие определенного типичного признака заболевания приводит к тому, что атипичные варианты пропускаются. Например, депрессивное расстройство может протекать без выраженного снижения настроения и волевых побуждений. Поэтому в практических рекомендациях семинара Института Лундбек «Депрессия в пожилом возрасте. Деменция» врачам дается указание ориентироваться на низкий порог выявления депрессии — подозревать и диагностировать депрессию даже при неполной картине

* В американской медицинской литературе для неожиданных диагнозов используется сленговый термин «зебра», содержащий аллюзию на афоризм Нобелевского лауреата Т. Вудворта (*Theodore Woodward*) «Когда слышишь топот копыт, думай о лошадях, а не зебрах» [5].

** По имени Дж. Хикама (*John Hickam*), декана медицинского факультета Университета штата Индиана.

заболевания, т. к. нередко такая патология оказывается пропущенной.

Помимо диагностических ошибок эвристика доступности может побудить врача недооценивать риск возможных осложнений от используемой им схемы терапии, если у предыдущих пациентов она не вызывала осложнений либо они были незначительными.

Еще одним негативным следствием эвристики репрезентативности является интуитивное использование врачом «закона малых чисел» — убежденность, что малые выборки (например, группа пациентов, принятых за день) репрезентативны по отношению к большим (пациенты, принятые за год), т. е. должны иметь ту же структуру заболеваемости. Например, если определенное осложнение встречается в среднем у 20 % пациентов с данной нозологией, принимая пятого за день больного, врач интуитивно ожидает у него данное осложнение*.

Якорный эффект — склонность врача во время принятия решений невольно «привязываться», как к якорю, к известным ему прошлым оценкам (например, к предварительным диагнозам, поставленным другими специалистами или самим этим врачом). Так, на постановку диагноза влияет порядок поступления информации от пациента, причем врачи даже искажают полученную позже во время интервью информацию так, чтобы она соответствовала диагнозу, поставленному на основании более ранней информации [10]. Для того чтобы отказаться от идеи, которая первой пришла ему в голову, человеку нужно многократное (от двух до пяти) получение новых, противоречащих ей фактов. Отказ от выставленного ранее другим врачом диагноза «шизофрения» требует от психиатра значительных когнитивных усилий и уверенности в себе [11].

Чтобы защититься от влияния «якоря», необходимо критически относиться к любой предложенной оценке (ранее поставленному диагнозу), даже если она выглядит правдоподобной.

* Психотерапевтам, работающим с гемблерами, хорошо известно такое распространенное заблуждение данной категории пациентов (также основанное на ошибке репрезентативности), как «ошибка игрока». Зная, что удачи и неудачи в игре чередуются в определенной пропорции, игроман считает, что после серии проигрышей ему «по законам статистики» должно обязательно повезти.

** Есть известный анекдот о статистически подтвержденной закономерности: если пациент засыпает в бутинках, наутро у него, как правило, болит голова. Врач мог бы построить несколько гипотез о причинах такой взаимосвязи (гемодинамические, неврологические и т. д.), но, как мы понимаем, не один из этих феноменов влияет на другой, а оба они имеют третью, наркологическую причину. Так что корреляция еще не означает причинно-следственной связи.

Ошибка подтверждения — склонность врача искать в большей степени данные, подтверждающие гипотезу, чем опровергающие, а также интерпретировать полученную информацию так, чтобы подтвердить гипотезу.

В 1960 году П. Вейсон (Peter Wason) провел эксперимент, известный теперь как задача «2–4–6». Испытуемые получали карточку с последовательностью из трех чисел (2, 4 и 6), которая, как сообщал экспериментатор, соответствует определенному правилу. Испытуемому нужно было установить это правило. Для решения этой задачи они могли записывать и передавать экспериментатору другие трехчисловые ряды, а тот отвечал, соответствуют ли они данному правилу. Когда испытуемый считал, что угадал данное правило, он мог объявить об этом. Хотя участники обычно выражали высокую степень уверенности в своих догадках, правильный ответ дали лишь около 20%. Причиной этого было стремление испытуемых составлять проверочные числовые тройки, так чтобы они подтверждали, а не опровергали гипотезы. Например, те, кто сформулировал гипотезу «числа постоянно увеличиваются на два», предлагали тройки «8–10–12» или «20–22–24», слышали, что они соответствуют правилу, и уверенно объявляли свою версию. На самом деле, правило было следующим: «три числа должны последовательно увеличиваться» [12].

Высокая вероятность ошибки подтверждения в психиатрической диагностике связана с возможностью совершенно различным образом интерпретировать информацию, получаемую в ходе психиатрического опроса, вследствие ее субъективного характера и вероятности установочного поведения пациента (симуляция, аггравация, диссимуляция). Например, исследования показывают ненадежность самоотчетов о пищевом поведении пациентов с нервной анорексией [2]. В значительной степени субъективны критерии разграничения сверхценных и бредовых идей в ходе диагностического интервью.

Ошибка подтверждения становится еще более выраженной, когда убежденность индивида в правильности данной гипотезы «эмоционально заряжена». Так бывает, когда врач полагает, что подтверждение его диагноза является одновременно подтверждением его квалификации, авторитета у коллег и т. д. Выводы, в которые человек не хочет верить, рассматриваются гораздо требовательнее, чем те, в которые он хочет верить, а в ходе дискуссии обе стороны выборочно принимают только привлекательные для них свидетельства.

Иллюзорная взаимосвязь — склонность врача (как и пациента) воспринимать одни феномены как влияющие на возникновение других феноменов при реальном отсутствии такого влияния**

либо наличия взаимосвязи, имеющей иной характер, чем кажущаяся очевидной гипотеза. Например, повышенная заболеваемость мигрантов психическими расстройствами может быть связана как с их большей подверженностью по сравнению с коренными жителями действию психогенных факторов, так и склонностью лиц, находящихся в скрытой начальной стадии психического заболевания, к изменению места жительства [13].

Иллюзорная взаимосвязь является одним из факторов, обуславливающих плацебо-эффект в фармакотерапии. Она же объясняет убежденность сторонников большинства психотерапевтических теорий в отрицательном влиянии конфликтных отношений с родителями в детстве на формирование психических нарушений во взрослом возрасте. Однако проведенный в одном из исследований анамнестический опрос 100 здоровых и процветающих мужчин выявил отягощенность их детских переживаний «травматическими событиями», напряженными отношениями с определенными людьми и неадекватными отношениями родителей. Понятно, что психоаналитики (как и представители любой другой психотерапевтической теории) могут легко найти подтверждение своим гипотезам в рассказах пациентов и даже сформировать у них своими вопросами необходимые «воспоминания». Таких же результатов может достичь врач любой специальности при анамнестическом опросе [14].

Для преодоления эффекта иллюзорной взаимосвязи, возникающего вследствие нашего стремления находить всему разумное объяснение (а при видимом отсутствии причин тех или иных изменений в состоянии пациента — приписывать их одновременно происходящим явлениям), рекомендуется вести письменные записи событий, которые нам кажутся взаимозависимыми, и через определенные периоды проверять наличие корреляции между ними.

Фундаментальная ошибка атрибуции — склонность врача приписывать причины поведения пациента в большей степени к диспозиционным*, чем к ситуационным** факторам, тогда как для объяснения собственного поведения мы чаще привлекаем ситуационные факторы.

Тенденция обвинять пациентов в их заболевании, например, в неспособности «взять себя в руки», «проявить волю» и т. д., к сожалению,

* «Он так поступил (например, начал злоупотреблять спиртным), потому что он человек слабовольный / безнравственный / обладающий определенными личностными особенностями и т. д.»

** «Он так поступил, поскольку пережил личную драму / испытывал серьезные трудности на работе и т. д.»

свойственна не только их родственникам и знакомым, но иногда и докторам.

Аффективная эвристика — если имеющаяся симптоматика дает основание поставить два диагноза, симпатизирующий пациенту психиатр будет бессознательно склонен выставить тот, который связан с более благоприятным прогнозом.

Ошибка ретроспекции — знание правильного диагноза позволяет легко найти его обоснование «задним числом». Врачи-рецензенты, оценивающие по историям болезней действия своих коллег, часто искренне думают, что заболевание пациента можно было легко диагностировать, не допустив случившихся ошибок. Связано это с тем, что при знании верного диагноза легко правильно интерпретировать ранние симптомы. Этот эффект важно учитывать при оценке того, была ли допущена медперсоналом халатность.

Когда знакомый человек совершает самоубийство или когда пациент умирает в результате неправильного или несвоевременного лечения, окружающим кажется, что признаки будущей трагедии или правильный диагноз были очевидными.

Д. Розенхан (David Rosenhan) и семеро его сотрудников, чтобы проверить проницательность специалистов в области психического здоровья, обратились в различные психиатрические больницы с жалобами на «голоса». За исключением вымышленных паспортных данных и мест работы, они честно рассказывали об истории своей жизни, актуальном эмоциональном состоянии и не демонстрировали никаких других симптомов. Большинству из них был поставлен диагноз «шизофрения» и назначена 3-недельная терапия в стационаре. Интересно, что клиницисты с успехом отыскивали в рассказах «пациентов» факты, которые подтверждают диагноз, — признаки эмоциональной холодности и нестабильности, отчужденности и амбивалентности относительно окружающих, ранних детских конфликтов и т. д.

Позже некоторые коллеги Розенхана, узнав о его эксперименте, выразили сомнение, что лично они могли бы допустить такую ошибку. Тогда Розенхан заявил, что эксперимент продолжится, и предложил определить, кто из пациентов, которые поступят в данную больницу на протяжении ближайших трех месяцев, будет «сообщником экспериментатора». Из 193 человек, которые поступили в клинику за этот срок, 41 был признан здоровым по крайней мере одним из врачей или психологов. В действительности же среди пациентов не было ни одного здорового человека [цит. по 5].

Как ясно из вышеизложенного, число различных видов когнитивных ошибок велико и они оказывают существенное влияние на диагностический

процесс, снижая его качество. Обобщая рекомендации по преодолению деформаций выбора в повседневной врачебной практике, можно отметить, что решение проблемы начинается с признания ее наличия. Мы должны согласиться с тем, что диагност не может не совершать ошибок, не только потому, что не совершенны его знания, но и потому, что человеческой психике свойственны эвристические методы принятия решений со всеми их достоинствами и недостатками. Поэтому врачу постоянно необходимо помнить о возможности таких ошибок и проверять обоснованность эвристических выводов, ведь тяжесть диагностической ошибки зависит и от способности вовремя ее обнаружить, и от критического отношения к своим гипотезам.

Психиатрам, с одной стороны, лучше других врачей знакомым с основами психологии, а с другой стороны, целенаправленно наблюдающим у пациентов искажения когнитивных процессов, должно быть проще признать возможность таких искажений у самих себя. Интерны-психиатры должны получать знания о деформациях выбора и навыки их преодоления (например, продолжения дифференциальной диагностики, даже когда диагноз кажется очевидным). Диагностические ошибки должны стать объектом не столько критики, сколько анализа.

Литература

1. *Kohn K. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S.* To Err Is Human: Building a Safer Health System. — Washington, D. C.: National Academy Press, 1999.— 287 p.
2. *Группен Дж.* Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы.— М.: Эксмо, 2008.— 320 с.
3. *Голдстейн М., Голдстейн И. Ф.* Как мы познаем. Исследование процесса научного познания.— М.: Знание, 1984.— 256 с.
4. *Igbokwe O.* Formal Methods of Decision Making in the Clinical Domain // http://papers.biohealthmatics.com/papers/clinical_decision_making/100001.aspx
5. *Sotos J. G.* Zebra Cards: An Aid to Obscure Diagnoses.— Mt. Vernon, VA: Mt. Vernon Book Systems, 1991.— 226 p.
6. *Harvey A. M., Bordley J., Barondess J. A.* Differential diagnosis: the interpretation of clinical evidence.— Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1979.— 738 p.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике: Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина.— СПб.: Адис, 1994.— 304 с.
8. *Potter M., Schafer S., Gonzalez-Mendez E.* Opioids for chronic nonmalignant pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSF // *J. Fam. Pract.*— 2001.— № 50.— P. 145–151.
9. *Brannon L. A., Carson K. L.* The representativeness heuristic: influence on nurses decision making // *Appl. Nurs. Res.*— 2003.— № 16.— P. 201–204.
10. Modification of Question Asking Behavior in High and Low Assertive Women through Modeling and Specific Instructions / B. S. Wallston, K. A. Wallston, B. M. Cevellis et al. // *Social behavior and personality.*— 1978.— № 6.— P. 195–204.
11. *Crumlish N., Kelly B. D.* How psychiatrists think // *Advances in psychiatric treatment.*— 2009.— Vol. 15.— P. 72–79.
12. *Gale M., Ball L. J.* Does Positivity Bias Explain Patterns of Performance on Wason's 2–4–6 task? // *Proceedings of the Twenty-Fourth Annual Conference of the Cognitive Science Society.*— Routledge, 2002.— P. 340–345.
13. *Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д.* Эпидемиология психических расстройств.— М.: МЗ МП РФ, 1996.— 135 с.
14. *Майерс Д.* Социальная психология.— СПб.: Питер, 1997.— 688 с.
15. *Croskerry P.* The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them // *Academic Medicine.*— 2003.— Vol. 78, № 8.— P. 775–780.

КОГНІВНІ ПОМИЛКИ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

О. Ю. ТАБАЧНИКОВ, Ц. Б. АБДРЯХІМОВА, О. М. ВОРОБІЙОВ

Проведено аналіз найбільш поширених когнітивних механізмів діагностичних помилок у психіатрії (евристики, помилка ретроспекції, ілюзорний взаємозв'язок тощо) та способів їх профілактики. Обговорено причини виникнення деформацій вибору при постановці психіатричного діагнозу та їх психологічні механізми.

Ключові слова: діагностика психічних розладів, евристика, деформація вибору, бритва Оккама, якірний ефект, помилка підтвердження, ілюзорний взаємозв'язок.

COGNITIVE ERRORS AT MENTAL DISORDERS DIAGNOSIS

A. E. TABACHNIKOV, TS. B. ABDRIAKHIMOVA, A. N. VOROBYOV

The most common cognitive mechanisms of diagnostic errors in psychiatry (heuristics, retrospection errors, illusive reciprocity, etc.) and methods of their prevention are analyzed. The causes of choice deformities development when making psychiatric diagnosis and their psychological mechanisms are discussed.

Key words: mental disorders diagnosis, heuristics, choice deformities, Occam's razor, anchor effect, confirmation error, illusive reciprocity.

Поступила 04.08.2010