Проблемы современной диагностики психических расстройств

А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Ю.В. Мельникова, И.О. Аксенова
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Статья посвящена актуальному вопросу целесообразности применения метода доказательной медицины в психиатрии. Рассмотрены преимущества доказательной медицины: информативность и различительная способность, надежность и воспроизводимость полученных результатов, что сводит к минимуму риск систематических врачебных ошибок. К принципиальным недостаткам доказательной медицины отнесены: чрезмерная формализация расспроса, которая лишает клиническое обследование индивидуальности, затрудняет выявление нарушений поведения больного и его субъективных переживаний. Сделан вывод о целесообразности сочетанного применения в психиатрии как принципов доказательной медицины, так и категориальной диагностики, базирующейся на традиционном описательном структурно-динамическом анализе.

Ключевые слова: психиатрия, доказательная медицина, диагностика.

Problems of modern diagnosis mental disorders

A.P. Kotsyubinsky, N.S. Sheynina, Yu.V. Melnikova, I.O. Aksenova
St. Petersburg Psychoneurological Research Institute named of V.M. Bekhterev

Summary. The article is devoted to the topical issue appropriateness of put in practice the method of evidence-based medicine in psychiatry. The advantages of evidence-based medicine such as: descriptiveness and distinctiveness, the reliability and reproducibility of the results, which minimizes the risk of systemic medical errors. The fundamental shortcomings of evidence-based medicine include: excessive formalization of clinical interview, which deprives it the individual characteristics, makes it difficult for identify behavioral disorders of patient and his subjective experiences . Concluded that it is expedient to use in psychiatry a combination of the principles of evidence-based medicine and a categorical diagnosis, based on the traditional narrative structure-dynamic analysis.

Keywords: psychiatry, evidence-based medicine, diagnostics.

В современной психиатрии утвердилась точка зрения, согласно которой наиболее важными интегративными характеристиками состояния индивидуума являются: объективная оценка его адаптации в физической, психологической и социальной сферах и субъективный критерий благополучия — качество жизни, который показывает уровень удовлетворения его потребностей.

В связи с этим основной целью психиатрической реабилитации является интеграция психически больных в социальную реальность, адаптация пациента к жизни в семье и обществе. При этом внимание медиков все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами; это обстоятельство вызвало необходимость пересмотра диагностических критериев при оценке психических расстройств.

Как известно, **диагностика** (от diagnosis — распознавание) — это специфическая форма познания, представляющая собой процесс выявления болезни в результате сбора данных, направленных на точное ее определение и идентификацию в единой системе болезненных расстройств. Все это придает целостность и законченность медицинскому знанию.

В диагностике следует различать два понятия: 1) «методология» — теоретическое обоснование выбора методов достижения цели (познания природы исследуемых явлений) и 2) «методика» — совокупность практических методов (приемов), направленных на достижение цели (познания природы исследуемых явлений).

Современной **методологической основой** диагностического процесса является получивший в последние годы доминирующее значение тренд **доказательности медицины**.

Привлекательность ее положений, основывающаяся на операциональном подходе, заключается в том, что соблюдение принципов доказательности сводит к минимуму риск систематических врачебных ошибок.

В основе операционального подхода лежит логический анализ получаемых исследователем эмпирических **измерительных** (квалификационных, количественных) действий. При этом такой подход базируется на постулате об отсутствии причинно-следственных отношений в структуре синдрома, относительной равнозначности его компонентов (подразделяя их лишь на определенное количество обязательных и факультативных) при одновременном отрицании иерархической организации синдрома и выделении в нем веду-

щего симптома, выполняющего синдромообразующую функцию.

В результате такого подхода была пересмотрена симптоматика психических заболеваний и фактически упразднена общая психопатология: в большинстве современных американских и европейских руководств такого раздела вообще нет.

Вместо этого операциональная диагностика, базирующаяся на патогенетически атеоретичной мультидименсиональной модели сущности психических расстройств, предлагает квалификацию, основанную на учете количества и соотношения тех психических нарушений, которые вошли в число «диагностических критериев», изложенных в каталоге предлагаемых для данного заболевания дискриминирующих признаков.

В то же время конкретный список этих психопатологических параметров отнюдь не является синонимами симптомов, а сами они включены в каталог квалификационных категорий лишь потому, что, как правило, наблюдаются при данном заболевании и редко встречаются при других. Они могут быть не особенно важны для пациента в субъективном отношении и даже несущественны для выбора терапии.

В настоящее время такого рода диагностические критерии включают:

1) описание количественных величин, характеризующих длительность существования дискриминационного признака, его частоту за определенный временной промежуток, а также некоторые другие квантификационные параметры течения болезни;

2) равнозначное описание как более, так и менее специфичных симптомов, характерных для данного синдрома;

3) параметр «включения/исключения» (или, по мнению проф. Е.М. Крупицкого, «включения/невключения»), что повышает надежность и воспроизводимость диагностического заключения, позволяя тем самым разграничить расстройства, имеющие сходную клиническую картину, но вызванную разными причинами: например, при проведении дифференциальной диагностики между функциональными и органическими психическими расстройствами, или, например, расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивных веществ.

Методы диагностики основываются на диагностической технике, оценке значения выявленных симптомов болезни (семиологии) и клиническом мышлении. Как принято считать, методический подход, осуществляемый в рамках доказательной медицины, отвечая критериям чувствительности и специфичности (дает ответ на вопрос: «Что мы изучаем?»), характеризуется, с одной стороны, информативностью и различительной способностью, обеспечивая индивидуальные особенности психического статуса, а с другой — надежностью и воспроизводимостью, что направлено на универсальный характер выводов и рекомендаций. При этих условиях широкое распространение имеет **количественная оценка** изучаемых феноменов, которая отвечает на вопросы: «Что мы измеряем?» и «Сколько того, что мы измеряем?» [5].

В рамках доказательной медицины исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, которые в психиатрии всегда являлись основными методами оценки, заменили стандартными опросниками.

С этой целью за рубежом были созданы стандартизованные полуструктурированные и полностью структурированные инструменты, соответствующие критериям и алгоритмам МКБ-10 и DSM-IV. При проведении спланированных интервью врачи собирают информацию, задавая стандартные вопросы, независимо от конкретных симптомов пациентов.

Наиболее валидные среди структурированных инструментов — «Комплексное международное диагностическое интервью» (CIDI) и «Схема диагностического интервью» (DIC); среди полуструктурированных — «Шкала для аффективных расстройств и шизофрении» (SADS), «Схемы клинического обследования в нейропсихиатрии» (SCAN) и «Структурированное клиническое интервью для классификации DSM» (SCID).

Предложены также стандартизированные схемы опроса «Present State Examination» («Обследование статуса») — PSE; «Schedule of Affective Disorder and Schizophrenia» («Каталог аффективных расстройств и шизофрении») — SADS; «Diagnostic Interview Schedule» («Диагностический опросник») — DIS и др.

Все они содержат наборы симптомов (признаков), которые необходимо выявить, а также их определения и инструкции по оценке степени тяжести состояния. При этом игнорируется тот факт, что:

а) иногда испытуемые просто не могут дать точную информацию (например, депрессивные больные очень пессимистичны и могут описать себя как слабых работников или негодных родителей) [12];

б) изначально ошибочная концепция врача, проводящего интервью, может исказить собираемую им информацию: обычно врачи придают очень большое значение первому впечатлению о пациенте и высоко оценивают лишь ту информацию, которая отражает его представление об имеющейся у пациента дисфункции [10];

в) существует возможность влияния на интерпретацию врачом того, о чем говорит пациент, различного рода предубеждений, включая расовые, гендерные и др. [16];

г) индивидуумы по-разному реагируют на тех, кто проводит интервью, например, склонны предоставить меньше информации строгому и холодному врачу, чем мягкому и сердечному [14];

д) на содержательность ответа больных может влиять расовая принадлежность врача, его возраст, пол и внешность [3].

В результате при строго фармализованных опросах различные врачи, задавая одинаковые вопросы одним и тем же индивидам, могут полу-

чить неодинаковые ответы и приходить к разным выводам [15].

Опыт показал, что такой подход препятствует глубокому изучению пациента. Чрезмерная формализация расспроса, как отмечает В.И. Крылов [5], лишает клиническое обследование индивидуальности (за счет игнорирования, например, мимических и поведенческих реакций больного на задаваемые вопросы, необходимости подчас выжидательной позиции врача, возможности свободного рассказа больных о своих переживаниях). Кроме того, в процессе обычной клинической беседы специалист имеет возможность получить не строго регламентированную информацию, а ту, которая отвечает возникшим в процессе обследования врачебным запросам.

В целом при операциональном подходе чрезвычайно трудным оказывается фиксация диагностических рубрик, отражающих субъективные переживания больного и нарушения поведения.

В связи с этим многие исследователи считают, что хотя формализованное интервью и является общепризнанным методом оценки и постановки диагноза, от него надо отказаться, так как применение его на практике превратило многовариантный процесс субъектного взаимодействия врача-больного в механическое рутинное действо объекта (которым может быть даже неспециалист) с субъектом.

По мнению N.C. Andreasen [11], развитие идей доказательной медицины способствовало дегуманизации психиатрической практики. Мы также считаем, что подчеркнутая диагностическая атеоретичность, упрощая и редуцируя круг задач, стоящих перед врачом, лишает его возможности целостного и системного понимания выявленных расстройств, что, в ситуации надвигающейся жесткой лечебной стандартизации (ограничивающей палитру использования при лечении конкретного пациента фармакологических препаратов, а также чрезвычайно минимизирующей диапазон психотерапевтических и социотерапевтических воздействий), низводит роль врача до уровня «диспетчера медицинских услуг», ликвидируя гуманистическую составляющую лечебного процесса, осуществляемого в системе врач-больной.

Кроме того, подчеркивает В.А. Точилов [7], сугубо прагматическое «доказательное» направление оказалось связанным с некоторыми теоретическими потерями. В результате перехода на единый с западноевропейскими странами диагностический язык во имя интеграции с мировым психиатрическим сообществом произошел, как отмечает В.А. Точилов [8], «переход к уровню анозологичному, сугубо описательному, причем основанному не на принципах клинической медицины, но — медицины доказательной».

Отсутствие четкого представления об «удельном весе» фиксируемых параметров в клинической картине заболевания приводит к эклектичности и недостаточной структурированности данных, с помощью которых необходимо разрабатывать программы восстановления психически больных.

Наконец, как представляется, с научной точки зрения этот подход оказывается малоперспективным, так как, скрупулезно анализируя частные факты, исключает попытку научной систематизации знаний, вскрывающих закономерности обнаруживаемых явлений и способы воздействия на них.

Спору нет, создателями новых классификационных систем проведена колоссальная работа. Как отмечает В.А. Точилов [8], «результат достигнут, но какой ценой? Можно не замечать наших утрат, делать вид, что ничего не произошло. Но дальше положение в российской (теперь — американизированной) психиатрической науке будет только усугубляться». Можно согласиться с неудовлетворенностью, недавно высказанной N.C. Andreasen [11]: «Применение высоких технологий без сочетания с благоразумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психопатологии, будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище».

В связи с этим как в реальной клинической практике, так и при проведении научных исследований актуальным остается **дескриптивный (структурно-динамический) анализ**, тем более что в современном операционализме, в отличие от ортодоксального классического, допускается возможность рассмотрения не только количественных, но и качественных характеристик.

В результате, как нам представляется, диагностические критерии, используемые в доказательной медицине, могут быть представлены описательными формулировками, как в МКБ-10, или более точными операциональными определениями, как в DSM-IIIR, но их нельзя путать с симптомами, а тем более — с синдромами.

Однако и в этом подходе имеется много несовершенств, среди которых, с точки зрения В.И. Крылова [5], можно выделить следующие.

Во-первых, психопатологический синдром представляет собой единство позитивной и негативной симптоматики. Между тем существующие диагностические подходы и классификационные критерии в большей степени ориентированы на анализ позитивной психопатологической симптоматики.

Во-вторых, дескриптивная психопатология негативных расстройств разработана недостаточно. Четкая демаркационная линия, непреодолимая граница между позитивными и негативными расстройствами отсутствует. Возможен переход позитивных расстройств в негативные (невротическая деперсонализация — дефектная деперсонализация).

В третьих, в целом имеются несовершенство, неопределенность и многозначность используемого в психиатрии понятийного аппарата, что делает особо значимым упорядочивание профессиональной терминологии с приданием строго определенного фиксированного смысла ключевым терминам, равно как и определение границ

их применения. Пока же среди психиатров разных стран отсутствует единство мнений в идентификации отдельных психопатологических признаков и в понимании причин и механизмов развития многих психических расстройств [9].

Альтернативой такой ситуации является представление о необходимости формирования патогенетически обоснованной биопсихосоциальной модели сущности психических расстройств, предполагающей использование не только операциональной, но и категориальной диагностики. В рамках этой модели клинические случаи, соответствующие нескольким диагностическим критериям (содержащие в себе проявления разных диагностических форм), рассматриваются в качестве либо переходных форм, либо с позиций коморбидности.

Результатом и завершающим этапом процесса диагностики является **диагноз больного**, формируемый на основе анализа и синтеза индивидуализированных фактов, выявленных в процессе расспроса и наблюдения. Таким образом, цель диагностики (диагностического процесса) — «врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного, выраженное в терминах современной медицинской науки» [6], реализующееся в форме постановки **индивидуального диагноза**, который определяет выбор тактики лечебно-восстановительных мероприятий и прогноз болезни. В соответствии с этим диагноз должен отражать творческую работу врача [4].

С одной стороны, в диагнозе должна быть четко обозначена природа заболевания с однозначным отнесением его к тому или иному классу психических расстройств. С другой стороны, должны быть подчеркнуты индивидуальные клинические особенности пациента и отражена степень нарушения функций, особенно имеющих социальное значение.

Выполнение этих требований не должно быть связано с соблюдением формальностей, позволяющих правильно кодировать поставленный диагноз в рамках предложенной систематики, но ничего не дающих для выработки диагностической, лечебно-реабилитационной, экспертной стратегии в отношении данного пациента.

Такой подход оказывается напрямую связанным с возможностью целостной системной оценки психического состояния пациента, обусловливая необходимость функциональной диагностики.

Потребность в целостной оценке состояния психически больного подчеркивается все большим количеством исследователей [1]. Это становится особенно актуальным при апробированных в последнее время, особенно во внебольничных условиях, бригадных формах курации психически больных. Очевидно, что только целостная оценка состояния пациента позволяет бригаде, руководимой врачом-психиатром и состоящей из специалистов разного профиля (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер) сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из ее членов.

Целесообразно подчеркнуть, что чрезмерное увлечение принципами доказательной медицины, явившейся жизненно необходимой при обосновании психофармакологическими фирмами кондиционности производимых ими медикаментозных препаратов и отвечающей только на один вопрос («Достоверны ли полученные результаты тех или иных вмешательств и отличаются ли они от контроля при выбранных критериях и условиях?»), при ее чрезмерном доминировании в клинической психиатрии приводит к одностороннему, однобокому пониманию пациента.

В то же время нельзя не признать, что результаты некоторых конкретных исследований, основанных на принципах доказательной медицины, могут являться базой для коррекции имеющихся гипотез и используемых реабилитационных программ. Можно сказать и более категорично: «...фундаментальные исследования для внедрения своих результатов в повседневную медицинскую практику не могут обойтись без процедуры проверки эффекта по стандартам доказательной медицины» [2].

Мы также согласны с мнением S.N. Ghaemi [13]: «Без применения научных принципов к клиническим исследованиям у нас будет только мнение, постмодернистский мир релятивиста, где все — идеология... С другой стороны, промышленные масштабы метаанализов из-за ограниченной базы данных рандомизированных клинических исследований только доведут нас до того, что мы пропустим или извратим многие важные факты. Медицинский традиционализм и постмодернистский релятивизм — не решения, но и доказательная медицина — башня из слоновой кости — тоже».

Таким образом, принципы доказательной медицины, являясь адекватными для «исследовательских протоколов», оказываются неприемлемыми в качестве единственного мерила и руководства для специалиста при его непосредственной работе с пациентом, так как для врачебной практики доказательная медицина так же полезна, как курс начертательной геометрии для архитектора или знание анатомии — для портретиста.

Литература

1. *Беляева Г.Г., Тарасова Л.А. Междисциплинарная интеграция как организационная форма новых технологий промышленной психиатрии // Рос. психиатр. журн. — 2000. — № 5. — С. 32–35.*
2. *Зорин Н.А. Доказательная медицина и психиатрия: совместимы ли они? //http://www.evolkov.net/practic.psychol/Zorin.N.Eviden*
3. *Комер Р. Патопсихология поведения: нарушения и патология психики / Пер. с англ. — 4-е изд., междунар. — СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: ОЛМА-пресс. — 2005. — 638 с.*
4. *Котов В.П., Мальцева М.М., Голланд В.Б. Статистическая классификация психических расстройств и принципы клинической диагно-*

стики // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Том 20. — В. 1. — С. 23–24.
5. *Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2011. — Т. 13. — № 4. — С. 9–134.*
6. *Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию — Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии. — 1998. — 249 с.*
7. *Точилов В.А. Классификация психических расстройств // Психиатрия. Национальное руководство — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 291–305.*
8. *Точилов В.А. МКБ-10 в России — конец клинической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — С. 64–68.*
9. *Чайка Ю.В., Чайка Ю.Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 4) // Новости украинской психиатрии. — 2005. Режим доступа: http://www.psychiatry.ua/articles/paper193.htm.*
10. *Aiken, L.R. Psychological testing and assessment (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon. — 1985. — 360 p.*
11. *Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — Т. 9. — Вып. 4. — С. 44–49.*
12. *Beck, A.T. Cognitive therapy: Reflections. In J.K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy: The third conference. New York: Brunner/Mazel. — 1997. — 367 p.*
13. *Ghaemi S.N. The case for, and against, evidence-based psychiatry // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2009. — V. 119. — P. 249–254.*
14. *Eisenthal S, Koopman C, Lazare A. Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the initial interview. J Nerv Ment Dis. — 1983. — Vol. 171. — P. 49–54.*
15. *Langwieler G., Linden M. Therapist individuality in the diagnosis and treatment in the depression // J. Aff. Dis. — 1993. — V. 27. — P. 1–11.*
16. *Nietzel, M.T., Bernstein, D.A., & Milich, R. (1994). Introduction to clinical psychology (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. — 1994. — 564 p.*

Сведения об авторах

Коцюбинский Александр Петрович — д.м.н., главный научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru

Шейнина Нина Семеновна — старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: Sheinini@yandex.ru

Мельникова Юлия Владимировна — старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: m_juliya@bk.ru

Аксенова Ирина Оскаровна — ведущий научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: aksio40@mail.ru