

Прошлое, настоящее и будущее диагноза в психиатрии

Allen Frances

Department of Psychiatry, Duke University, Durham, NC, USA

Перевод: Орлова М.А.

Редактура: Алфимов П.В.

Современная описательная психиатрия возникла 2 века назад в классификации Пинеля, затем была систематизирована в учебнике Крепелина, после чего Фрейд дополнил ее описанием амбулаторных больных, в то время наблюдавшихся у неврологов. Расцвет наук о мозге также пришелся на вторую половину 19-го века, и в течение последних 30 лет наблюдается очередной прорыв в этой области знаний. Но, к сожалению, до настоящего времени стремление объяснить психопатологию, используя достижения нейронаук, не оказало влияния на диагностический и лечебный процесс в психиатрии. По сравнению с другими медицинскими специальностями, в клиническую психиатрию намного сложнее внедрять результаты фундаментальных исследований, поскольку мозг человека является самой сложной структурой в известной нам вселенной, и раскрывает свои секреты медленно и небольшими порциями.

Поэтому диагностика психических расстройств до сих пор опирается на субъективное умозаключение, а не на объективные биологические маркеры. В недалеком будущем нам удастся использовать лабораторную диагностику болезни Альцгеймера, но подобные разработки для остальных психических расстройств отсутствуют. Какими бы впечатляющими не были биологические данные, они пока не могут использоваться в качестве маркеров, потому что внутригрупповая изменчивость всегда перекрывает межгрупповые различия. Очевидно, нам еще долго придется заниматься описательной психиатрией.

Можно отметить два кризиса доверия к описательной психиатрии: первый был в начале 70-х, второй происходит сейчас, в связи с выходом DSM-5. Первый кризис был вызван публикацией двух высоко цитируемых исследований, в которых рассматривалась неточность психиатрического диагноза, и подвергалось сомнению доверие к психиатрическому лечению. В одном знаменитом исследовании было показано, что британские и американские психиатры при просмотре видеозаписей одного и того же пациента пришли к противоположным диагностическим заключениям (1). Помимо этого, эффект разорвавшейся бомбы произвело исследование Rosenhan (2), в котором студенты продолжали содержаться в психиатрических отделениях, заявив о том, что они слышат голоса, хотя их поведение было совершенно нормальным после поступления в больницу. Могла ли психиатрия находиться в одном ряду с остальными медицинскими специальностями, если ее диагнозы настолько случайны и методы лечения настолько неспецифичны, особенно когда другие специальности как раз становились все более научными?

Реакция психиатрии была впечатляющей и действенной. В DSM-III, опубликованной в 1980, были сформулированы подробные характеристики психических расстройств, которые при правильном использовании достигали надежности, сопоставимой с большинством других медицинских диагнозов. DSM-III вскоре вызвала свою собственную революцию, быстро превратив психиатрию из «падчерицы» в «любимое дитя» исследовательской деятельности; сейчас в большинстве медицинских институтов финансирование исследований в психиатрии уступает лишь финансированию в терапии.

Но психиатрический диагноз в наши дни переживает другой значимый кризис доверия, на этот раз вызванный расширением диагностических границ психических расстройств («диагностической инфляцией»). Эластичные границы психиатрии постоянно расширяются, поскольку не существует четкой линии разграничивающей здоровое беспокойство от легкого психического расстройства.

В классификациях DSM было введено большое количество новых диагнозов, которые являлись не более чем крайними вариантами нормального поведения. После этого фармацевтические компании подключали свои маркетинговые ресурсы для продажи психиатрических диагнозов, убеждая врачей и потенциальных пациентов, что обычные жизненные проблемы на самом деле являются психическими расстройствами, вызванными химическим дисбалансом, который легко поддается лечению дорогостоящей пилюлей.

В настоящее время мы можем наблюдать результаты нескольких маркетинговых диагностических маневров: за последние 20 лет в три раза увеличилась частота синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ); удвоилась частота биполярного расстройства, в 40 раз увеличилась частота диагностирования биполярного расстройства у детей; более чем в 20 раз возросла частота расстройств аутистического спектра (3). В США распространенность психических расстройств в год составляет 20-25%, на протяжении жизни – 50% (4), не сильно от этих цифр отстает Европа (5). Еще более высокая частота была получена в проспективном исследовании молодых людей (возраст – 19-21 лет) в Новой Зеландии (6), а в американском исследовании, проведенном на подростках, были получены поразительные данные – совокупная частота психических расстройств составила 83% к 21 году (7).

Расширяющееся понятие психического расстройства сопровождается непредусмотренными неблагоприятными последствиями. Лишь около 5% всего населения имеет тяжелое психическое расстройство; у 15-20% отмечаются слабовыраженные и преходящие состояния, которые купируются плацебо и зачастую сложно отличимы от обычных переживаний в повседневной жизни. Тем не менее, поражает, что в настоящее время 20% населения США принимают психотропные препараты (8), и психотропные препараты приносят огромную прибыль – только в США 18 миллиардов долларов в год приходится на антипсихотики, 12 миллиардов на антидепрессанты и 8 миллиардов на препараты для лечения СДВГ (9). Причем, 80% психотропных препаратов назначается врачами первичной медицинской сети, которые не обладают ни достаточной квалификацией, ни временем, чтобы поставить точный диагноз (10). В настоящее время количество передозировок и смертельных исходов в результате употребления препаратов, назначенных врачом, превышает эти показатели для «уличных» наркотиков (прим. перев.: «уличные» наркотики – любые психоактивные препараты, добытые злоупотребляющим лицом самостоятельно, без обращения к врачу).

Инвестирование в психиатрию является крайне неравномерным, с преимущественной диагностикой и лечением легко больных или, в целом, здоровых людей (для которых вред от лечения может превысить его

пользу), и относительным невниманием к лицам с явными психическими заболеваниями, чей доступ к медицинской помощи в США был резко ограничен в связи с сокращением бюджета (11). Поэтому не случайно, что только треть пациентов с тяжелой депрессией получают какую-либо психиатрическую помощь; и что большой процент лиц, находящихся в тюремном заключении, составляют пациенты, которым некуда больше идти (12). В одном из мета-анализов показано, что эффективность психиатрического лечения сопоставима или превосходит таковую для большинства медицинских специальностей (13), но лечение должно оказываться тем, кто действительно в нем нуждается, а не растрачиваться на тех, кто может справиться и без него.

Эта неравенство между потребностью в лечении и его обеспечением будет только возрастать. В DSM-5 появилось несколько новых расстройств, нечетко отграниченных от нормы, а также исчезли критерии для многих существующих расстройств. Самыми большими проблемами являются удаление критерия тяжелой утраты для большой депрессии, добавление очень расплывчатого «расстройства соматических симптомов», снижение порога для детского СДВГ и посттравматического стрессового расстройства, введения диагноза для приступов гневливости, введения понятия о поведенческих зависимостях, добавление «легкого нейрокогнитивного расстройства» и «расстройства компульсивного переедания».

Классификация DSM-5 была подготовлена без достаточного учета соотношения клинический риск/польза и не оценила большую экономическую стоимость расширения границ психиатрии. Она была невосприимчива к широко представленной профессиональной, и общественной оппозиции, заявляющей, что нововведениям классификации не хватает должной научной обоснованности, и они зачастую игнорируют клинический здравый смысл. А также была проигнорирована петиция о независимом научном анализе с использованием методов доказательной медицины, поддержанная 50 ассоциациями сферы психического здоровья.

Не стоит ждать внезапной смены парадигмы, заменяющей описательную психиатрию базовым пониманием патогенеза различных психических расстройств. Для этого потребуются постепенная и кропотливая работа в течение многих десятилетий. А пока мы должны полноценно использовать методы описательной психиатрии для постановки надежного и правильного диагноза, а также назначении эффективного, безопасного и необходимого лечения. Пора взглянуть на вещи

по-новому. Подготовка МКБ-11 предоставляет возможность переоценить психиатрический диагноз и предостеречь против расширения его границ.

Библиография

1. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25:123-30.
2. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973;179: 250-8.
3. Batstra L, Hadders-Algra M, Nieweg EH et al. Child emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Dev Med Child Neurol* 2012;54:492-4.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;6:593- 602.
5. de Graaf R, ten Have M, van Gool C et al. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:203-13.
6. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010;40:899-909.
7. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smokey Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:252-61.
8. Medco Health Solutions Inc. America's state of mind. www.medco.com.
9. IMS Institute for Healthcare Informatics. The use of medicines in the United States: review of 2011. www.imshealth.com.
10. Mark TL, Levit KR, Buck JA. Datapoints: psychotropic drug prescriptions by medical specialty. *Psychiatr Serv* 2009;60:1167.
11. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007; 370:841-50.
12. Fuller Torrey E. *Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis*. New York: Wiley, 1997.
13. Leucht S, Hierl S, Kissling W et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry* 2012;200:97-106.

DOI 10.1002/wps.20027