

# Социальный образ психиатрии и приверженность терапии среди душевнобольных

Maio Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

Перевод: Сюняков Т.С.

Редактура: Алфимов П.В.

Согласиться с мыслью, что у человека, которого вы любите, имеется психотическое расстройство нелегко.

Вероятно, вы будете отрицать серьезность проблемы, верить или надеяться на саморазрешение переживаний или странностей поведения, и что это всего лишь временный жизненный кризис.

Точно так же нелегко согласиться с мыслью, что вашему близкому придется принимать антипсихотические препараты, которые будут влиять на его умственные способности и возможно вызовут тяжелые физические побочные эффекты.

Ваши предпочтения могут склониться в сторону более щадящего лечения, например, терапии беседами либо вы можете надеяться, что психосоциальный подход, нацеленный на выработку дружеских навыков, рекомендации по работе и внешняя поддержка окажутся достаточными.

И все эти эмоции могут периодически возникать, поскольку фармакотерапия будет продолжаться.

При таких обстоятельствах в условиях нынешних реалий весьма распространенной копинг-стратегией окажется получение консультаций по интернету.

Вы сможете узнать, что ученые или люди, столкнувшиеся с такой же проблемой, думают о психиатрических диагнозах и фармакотерапии.

И конечно, если вы являетесь близким родственником или другом страдающего психотическим расстройством, которому был назначен антипсихотик, то вы регулярно будете собирать информацию в виртуальной сети и получите весьма шокирующую информацию.

На известных веб-сайтах вы прочтете, что “постановка диагноза в психиатрии – это своего рода запись о душе в картотеке, которая может разрушить жизнь и часто происходит именно так” (1); что “психиатрия – это псевдонаука, не достойная места в медицине” (2); что “психотропные препараты – отравы для мозга; они действуют, повреждая мозг” (1); и что “психотропные препараты вызывают хронификацию основных психических заболеваний” (3).

Вы узнаете, что диагностика психических расстройств, в отличие от других медицинских специальностей, не имеет под собой биологической основы в виде тестов и, таким образом, совершенно оторвана от реальности (5), и что психотропные препараты не только бесполезны, но, более того, гораздо “хуже, чем просто бесполезны”, а их применение объясняет, почему в мире наблюдается постоянный рост распространенности психических расстройств (6).

При этом можно, конечно, утверждать, что все это неудивительно, что чего только не найдешь в интернете, и что психиатрия всегда подвергалась нападкам.

Однако, смотреть на все это с данных позиций было бы неверно.

Работая на международной арене более 30 лет, я никогда не видел столь массивной и широко представленной в разных странах кампании против валидности диагностики и эффективности лечения в психиатрии, и особенно это касается психотропных средств,

и никогда не было столь откровенно слабой и неоднозначной реакции со стороны профессионалов, среди которых многие наиболее авторитетные специалисты просто спорят друг с другом, подливая тем самым масла в огонь отрицательного образа психиатрии в обществе.

Можете быть уверены, что пациенты и их семьи видят все это, и это не может не оказывать существенного влияния на приверженность назначаемой нами терапии.

Конечно, каждый волен говорить то, что хочет, даже в пылу язвительности или защищая личные интересы, а кто-то может искренне верить в то, что в среднесрочной или долгосрочной перспективе появятся новации в диагностике и терапии психических расстройств, которые разрешат данную проблему.

Однако, я думаю, что по отношению к сегодняшним пациентам, их семьям и многим тысячам честно выполняющим по всему миру свои профессиональные обязанности психиатрам было бы правомерно подчеркнуть некоторые моменты, которые смогут позволить им сопротивляться данному течению.

Во-первых, отсутствие инструментального подтверждения диагноза не отменяет правомочность диагнозов в психиатрии.

Было бы неверным утверждать, что психиатрия является единственной медицинской специальностью, диагностика в которой не опирается на “биологические тесты”.

Помимо нее имеется еще несколько не относящихся к психиатрии расстройств (и их яркими примерами являются мигрень и рассеянный склероз), диагностика которых на сегодняшний день не зиждется на каких-либо специфических лабораторных исследованиях. Не стоит также забывать, что и многие другие болезни в прошлом правильно диагностировались только на основании клинической картины, еще до того как в их отношении были разработаны специальные методики (7).

Кроме того, в большинстве случаев лабораторные исследования в медицине носят характер “вероятных, не патогномичных маркеров заболеваний” (8): они “позволяют склонять чашу диагностических весов в сторону той или иной возможности, а не окончательно устанавливать наличие или отсутствие диагноза” (7), а их результаты следует клинически соотносить с имеющейся картиной.

Кроме того, лабораторные тесты не способствовали прекращению споров в отношении некоторых непсихических заболеваний, например, гипертонии или сахарного диабета, касательно соответствующего диагностического “порога” (9).

Так, находится ли артериальное давление или уровень гликемии в пределах или за пределами нормы зависит от связанных с этими показателями клинических исходов, а получаемые данные при определенных обстоятельствах (как, например, уровень гликемии при беременности) могут носить неясный и противоречивый характер (10).

В этой связи следует упомянуть, что “отсутствие золотого стандарта – своего рода мерила различных требований к определению заболевания” – и “высокий субъективизм решений”, необходимых к принятию для оценки того, “что является источником проблем или риска при четком установлении случая” не так давно были названы основными проблемами медицины в целом (см. 9).

Таким образом, предположение о том, что наличие диагностических тестов автоматически позволяет сделать «утвердительное или отрицательное» заключение в прочих областях медицины, является неверным, следовательно, и утверждение, что диагнозы в психиатрии не имеют права на существование, поскольку не основаны на инструментальном подтверждении, является заблуждением.

Вторым важным моментом является то, что, несмотря на всю спорность границ между нормой и патологией в психиатрии (а, как в случае с гипертонией и диабетом, этих границ не “может существовать в принципе”, и они являются продуктом компромисса при оценке их клинической целесообразности (11)), на сегодняшний день в своем большинстве психиатры имеют четкие представления об основных прототипических психических расстройствах.

И основным достижением DSM-III фактически является выработка ясных, эксплицитных и точных определений этих прототипов, которые затем были унаследованы и МКБ-10, а вовсе не установление пороговых значений числа и продолжительности симптомов, эмпирическая база которых представляется весьма ограниченной и редко используются в клинической практике.

Прототипические диагнозы основных психических расстройств – клиническая реальность, а не вымысел, и пациенты и их семьи могут быть уверены, что хорошо обученные врачи действительно в состоянии легко распознать эти формы.

Конечно, между прототипическими психическими заболеваниями и нормальностью существует “область, покрытая туманом”, однако квалифицированный врач отнесется к таким случаям с величайшей осторожностью, предпринимая последовательные шаги, первым из которых является внимательное ожидание.

В настоящее время исследования интерес сосредоточен на характеристике ранних этапов и более мягких форм основных психических расстройств (см. 12).

Третьим положением является то, что психотропные препараты, если они назначаются по своим показаниям, эффективны не менее, чем средства для терапии непсихических расстройств.

Так, в соответствии с недавно опубликованным обзором мета-анализов (13), эффективность антипсихотиков при купирующей терапии шизофрении, оцениваемая по нормированным средним расхождениям с плацебо, не отличается от эффективности антигипертензивных средств, применяемых для лечения гипертонической болезни, или глюкокортикоидов при терапии бронхиальной астмы.

Более того, долгосрочная эффективность профилактической антипсихотической терапии шизофрении, оцениваемая теми же методами, почти в шесть раз выше профилактической эффективности ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) в отношении серьезных сердечно-сосудистых осложнений при гипертонии.

Безусловно, можно утверждать, что эффективность психотропной терапии в условиях обычной практики ниже, чем по данным контролируемых исследований, что у этих препаратов имеются серьезные побочные эффекты, и что на результаты исследований сказывается финансовая заинтересованность исследователей, однако, все эти аргументы можно точно так же применить и к препаратам из других областей медицины (хотя, следует признать, что психиатрия отличается от других медицинских дисциплин тем влиянием, которое оказывают идеологические конфликты интересов лидеров того или иного мнения на характер представления данных).

Конечно, никогда не будет лишним еще раз подчеркнуть, что антипсихотическая терапия должна быть частью работающего терапевтического альянса и по возможности дополняться психосоциальным вмешательством с доказанной результативностью.

Вот некоторые основные факты, которые (и, я полагаю, большинство психиатров с этим согласится) следует упоминать при взаимодействии с пациентами, их семьями, студентами, населением и журналистами, даже если они сопровождаются дополнительными менее известными в кругу профессионалов сведениями, отражающими собственные теоретические воззрения, клинический опыт или исследовательские интересы.

Образно выражаясь, мы должны охранять тот сул, на котором все вместе сидим, понимая при этом, что каждому из нас могут приглянуться или быть неприемлемыми другие отходящие от него более мелкие ветви.

В противном случае, если в будущем проблема адекватности к терапии в психиатрии станет еще более острой, чем сегодня, нам останется винить только себя.

## Библиография

1. Breggin P. The hazards of psychiatric diagnosis. [www.huffingtonpost.com](http://www.huffingtonpost.com).
2. Greenberg G. The rats of N.I.M.H.. [www.newyorker.com](http://www.newyorker.com).
3. Whitaker R. Quoted in: Schneible A. Questioning effectiveness, safety of psychotropic drugs. [www.zenit.org](http://www.zenit.org).
4. Angell M. The illusions of psychiatry. [www.nybooks.com](http://www.nybooks.com).
5. Dufty DF. The DSM V controversy. [www.empiricist.com](http://www.empiricist.com).
6. Angell M. The epidemic of mental illness: why? [www.nybooks.com](http://www.nybooks.com).
7. Carroll BJ. Quoted in: Frances A. The role of biological tests in psychiatric diagnosis. [www.huffingtonpost.com](http://www.huffingtonpost.com).
8. Carroll BJ. Biomarkers in DSM-5: lost in translation. *Aust NZJ Psychiatry* 2013;47:676-81.
9. Moynihan R. A new deal on disease definition. *BMJ* 2011;342: d2548.
10. Ryan E. Diagnosing gestational diabetes. *Diabetologia* 2011;54: 480-6.
11. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
12. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
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.20081