

ПСИХИАТРИЯ: СХОЛАСТИЧЕСКАЯ ФИЛОСОФИЯ
ИЛИ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА?

Юрий Павлович Сиволап¹, Анна Анатольевна Портнова²

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru,

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского, 109559, г. Москва, Кропоткинский пер., 23

Реферат. Проведен анализ современного состояния российской системы психиатрической помощи, выделены ее основные недостатки: произвольность диагностики психических расстройств, неоправданно широкое применение антипсихотиков, неудовлетворительный характер клинических рекомендаций, низкое качество профессионального образования. Предложены пути реформирования клинической психиатрии.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, детская психиатрия, МКБ-10, DSM-5, антипсихотики, болезнь Альцгеймера, клинические рекомендации.

THE PSYCHIATRY: A SCHOLASTIC PHILOSOPHY
OR A CLINICAL MEDICINE?

Yuri P. Sivolap¹, Anna A. Portnova²

¹First Moscow State University, department of psychiatry and narcology, 119991, Trubetskaya Str., 8 (2), Moscow, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru, ²Serbky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, 109559, Kropotkinsky per., 23

The analysis of the current state of the Russian system of psychiatric care has been carried out; its main shortcomings have been highlighted: the arbitrariness of diagnosing mental disorders, unduly widespread use of antipsychotics, the poor condition of clinical guidelines, the low quality of professional education. Ways of reforming clinical psychiatry are proposed.

Key words: psychiatric care, child psychiatry, ICD-10, DSM-5, antipsychotics, Alzheimer's disease, clinical guidelines.

Психиатрия представляет собой особый и, видимо, самый необычный раздел клинической медицины, что, безусловно, объясняется уникальностью предмета деятельности психиатров — человеческого разума и его расстройств. Своеобразием предмета психиатрии определяется, с одной стороны, ее отличие от других разделов медицины, а с другой — сходство с гуманитарными сферами, в том числе психологией, философией и отчасти — литературой и искусством.

Существенное отличие психиатрической клиники от других направлений клинической

медицины — например, кардиологии, фтизиатрии или даже граничащей с психиатрией неврологии — состоит в отсутствии физических симптомов, морфологических признаков и лабораторных маркеров большинства психических расстройств, тогда как внутренние и нервные болезни обычно, пусть и в разной степени, имеют морфологическую основу и характеризуются теми или иными объективируемыми проявлениями.

Видимо, две отмеченные особенности психиатрии в первую очередь служат предпосылками для третьего свойства данной профессии, а именно тенденции к субъективизму и произвольности в диагностике психических расстройств, а также для необоснованного расширения границ области психопатологии.

В свою очередь, субъективизм и произвольность диагностических оценок и неоправданное расширение границ психиатрии формируют почву для злоупотребления правами личности — например, неправомерной квалификации наличия психических расстройств в отношении здоровых лиц, применение мер принудительного характера, в том числе психиатрической экспертизы и недобровольного лечения в отношении индивидов с психическими нарушениями.

D. Telles-Correia et al. указывают на то, что дефиниция психических расстройств должна иметь не только научное, но также этическое и юридическое обоснование [7]. Эта точка зрения, по нашему мнению, с одной стороны, легитимизирует выведение психопатологической диагностики, и без того недостаточно объективной и чрезмерно расширенной, за медицинские рамки, но с другой стороны, сформулированный принцип, возможно, предоставляет дополнительные возможности защиты прав личности в психиатрической практике.

Безусловно, несоответствие поведения традиционным представлениям и принятым социальным стандартам не может служить критерием отклонения от психической нормы. В то же время не только обычные люди, не имеющие медицинского образования, но и отдельные психиатры и даже психологи склонны ставить знак равенства между экстраординарностью и несоответствием принятым социальным нормам, с одной стороны, и психическим расстройством (или психологической девиацией), с другой.

На недопустимость медикализации (приписывания патологических свойств) нестандартного поведения, без достаточных оснований расширяющей границы психиатрии, справедливо указывает профессор В.Д. Менделевич [2]. Одним из предметов споров среди психиатров послужили акции художника Петра Павленского. Весьма убедительной (безотносительно к последующим событиям с Павленским во Франции) представляется позиция вновь цитируемого нами профессора В.Д. Менделевича, не нашедшего у художника признаков душевной болезни, соответствующих современным формализованным диагностическим критериям [1].

Примером сравнительно недавних дискуссий в профессиональной среде психологов служит обсуждение добровольной бездетности (*voluntary childlessness, childfree*) – субкультуры, провозглашающей принципиальное нежелание иметь детей. Наряду с тем, что добровольная бездетность считается предосудительной с консервативно-религиозной точки зрения, многие психологи склонны находить в данном феномене проявления психического инфантилизма и другие признаки несоответствия психической норме, и ставят вопрос о необходимости специальной коррекции поведения индивидов, придерживающихся идеологии *childfree*.

Нередко в психиатрической среде встречается игнорирование биологической природы нестандартного сексуального поведения и недостаточная терпимость к данным феноменам, примером которых является расстройство гендерной идентичности по МКБ-10 (или гендерная дисфория, в терминах DSM-5).

Необоснованное расширение границ психиатрии, злоупотребление правами личности, применение психотропных лекарственных средств с избыточным седативным действием и другими нежелательными эффектами, а также не соответствующая социальным потребностям система

психиатрического диспансерного учета формируют зловещий ореол психиатрии и способствуют возникновению антипсихиатрических взглядов в обществе.

Приходится констатировать, что, к сожалению, система оказания психиатрической нашей стране не всегда отвечает этическим требованиям и принципам современной доказательной медицины¹ и тем самым во многом способствует негативному отношению к психиатрам.

По нашему мнению, психиатрическая практика в отдельных отечественных психиатрических учреждениях характеризуется следующими основными недостатками.

1. Мало объективированная квалификация психических расстройств, основанная не столько на современных формализованных критериях, сколько на «клинической интуиции» врача с использованием диагностических приемов типа «*Praesox Gefühl*»², которые были допустимы к применению в психиатрической практике лишь в эпоху, предшествовавшую появлению современных диагностических классификаторов³. Произвольная диагностика психических расстройств неизбежно ведет к ее необоснованному расширению, а значит – по крайней мере в части случаев – лечению в психиатрической клинике, не нужному ни индивиду (которому приписывается роль пациента), ни обществу, ни системе общественного здравоохранения, несущей неоправданные расходы.

2. Чрезмерно широкое применение антипсихотиков (нейролептиков), вызванная двумя причинами: 1) субъективная и произвольная диагностика шизофрении без достаточных оснований; 2) необоснованное назначение препаратов при непсихотических расстройствах⁴.

¹ Авторы намеренно, хотя и не вполне правомерно, разделили данные понятия; соответствие врачебной деятельности основам доказательной медицины представляет собой ключевой принцип биомедицинской этики.

² *Praesox Gefühl* (чувство шизофрении, или симптом Рюмке) – диагностический прием, описанный и предложенный к применению в практике голландским психиатром Henricus Cornelius Rümke (1893 – 1967) и позволяющий врачу распознавать шизофрению на основе интуитивного ощущения присутствия у пациента этой болезни.

³ Следует отметить, что первая версия американского диагностического классификатора психических расстройств DSM появилась в 1952 году, а история Международной классификации болезней берет начало в 1900 году.

⁴ В данном случае речь не идет о назначении антипсихотиков с целью аугментации (усиления) эффектов антидепрессантов – например, при фармакорезистентной депрессии.

Проблема неправомерного применения антипсихотиков усугубляется тем, что препараты зачастую назначаются в высоких дозах, что противоречит одному из основных принципов психофармакотерапии, а именно выбору минимальной дозы антипсихотика в пределах эффективного диапазона [3] и существенно повышает риск развития побочных эффектов и осложнений (в том числе отдаленных) терапии.

Нейролептическая терапия в завышенных дозах особенно опасна в практике детской психиатрии. Ряд эпидемиологических исследований, основанный на анализе десятков и сотен тысяч клинических случаев (в данной статье мы приводим ссылку лишь на одну из последних работ подобного рода) указывают на очевидную связь между назначением антипсихотиков в дозе, превышающей 50 мг в хлорпромазиновом эквиваленте детям, подросткам и молодым совершеннолетним (индивидам в возрасте 5-24 лет) и повышенным риском смерти от сердечных и метаболических причин в последующие возрастные периоды [6].

Применение антипсихотиков без достаточных оснований и чрезмерно высокие дозы антипсихотиков опасны не только для детей, но и для индивидов всех возрастов, и особенно – для пожилых пациентов с церебральной атрофией. В соответствии с достоверными данными, назначение антипсихотиков служит одной из главных причин преждевременных смертей при болезни Альцгеймера, причем связь между нейролептической терапией и летальностью носит дозозависимый характер [4, 5].

3. Полипрагмазия, не имеющая рационального обоснования и снижающая уровень безопасности психофармакотерапии. Нередким в российской практике является одновременное назначение нескольких антипсихотиков или антидепрессантов (что не определяется клинической потребностью), причем иногда пациент получает одновременно два препарата одной группы со сходным фармакологическим профилем – например, два трициклических антидепрессанта – в качестве первичного назначения (правильность врачебного решения в данном недавнем случае лечения пациента, ранее не обращавшегося за психиатрической помощью, в одной из ведущих клиник Москвы, вызывает сомнения еще и потому, что современные рекомендации ВОЗ предполагают применение в качестве антидепрессантов первой линии селективных ингибиторов обратного

захвата серотонина, но отнюдь не трициклические антидепрессанты, назначение которых ассоциировано с высоким риском побочных эффектов и серьезных осложнений терапии).

4. Отсутствие должного научного обоснования отдельных отечественных клинических рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств. Некоторые клинические рекомендации в российской психиатрии не отражают данные современных контролируемых исследований, мета-анализов и систематических обзоров, рассматриваемых в качестве источников научной информации с уровнем доказательности А, и предлагают к применению в клинической практике недостаточно эффективные и нередко небезопасные методы терапии.

5. Недостаточное качество психиатрического образования и неэффективный контроль врачебных знаний. К сожалению, до сих пор некоторые российские учебники и руководства по психиатрии основаны на отечественной систематике психических расстройств, не соответствующей клинической реальности и современным диагностическим классификаторам, в том числе МКБ-10 и DSM-5, и подобно охарактеризованным выше клиническим рекомендациям, предлагают подходы к лечению психических нарушений, не имеющие надлежащего научного обоснования и кардинально отличающиеся от рекомендаций, содержащихся в современных международных и национальных клинических руководствах (clinical guidelines).

Вероятно, неудовлетворительным уровнем профессионального образования в первую очередь и следует объяснять частое несоответствие диагностических и лечебных подходов в российской психиатрии мировой клинической практике.

Неблагоприятная ситуация в психиатрии усугубляется тем, что некоторые эксперты и лидеры мнений рассматривают формализованную психопатологическую диагностику и исключительное применение лекарственных средств с доказанной клинической эффективностью как проявление «фельдшеризма» и настаивают на правомерности традиционных отечественных клинических подходов, игнорируя их архаизм и несоответствие современным принципам доказательной медицины. В качестве альтернативы мировым подходам к квалификации и терапии психических расстройств предлагается – с апелляцией к известным именам российских и зару-

бежных психиатров прошлого – «углубленный психопатологический анализ» и «индивидуальный подбор терапии» с включением в лечебные схемы не препаратов первой линии с оптимальным соотношением эффективности и переносимости, а недостаточно безопасных психотропных лекарственных средств первых поколений.

Приверженцы традиционной модели психиатрического лечения, не претерпевшей существенных изменений в течение нескольких последних десятилетий, настаивают на том, что медицина или, во всяком случае, психиатрия представляет собой особое искусство, успехи которого далеко не в первую очередь определяются применением данных корректных современных научных исследований.

Именно в психиатрии вопрос о том, что такое медицина – искусство или ремесло – должен, по нашему мнению, без всяких условий решаться в пользу последнего, и только в этом случае психиатрия будет представлять собой полноценный раздел клинической медицины, а не область умозрительного и не связанного с клинической реальностью и научными фактами сакрального знания, сходной с схоластической философией.

По нашему мнению, соответствие российской психиатрии современным научным требованиям и социальным запросам может быть достигнуто при соблюдении следующих условий.

1. Диагностика нарушений психики и поведения исключительно на основе критериев МКБ-10 (на смену которой в ближайшие годы придет одиннадцатая версия МКБ); в качестве дополнительного классификатора могут применяться критерии DSM-5.

2. Разработка отечественных рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств (особенно в детской практике) в строгом соответствии с современными научными данными и клиническими рекомендациями (clinical guidelines) ВОЗ.

3. Предельное ограничение применения антипсихотиков четкими клиническими показаниями (особенно в детской и геронтологической психи-

атрии) с жестким контролем их дозирования. Идеальная психиатрия недалекого, как хотелось бы надеяться, будущего – это научно обоснованный, рутинный и потому достаточно скучный раздел общественного здравоохранения, основанный на валидных подходах в диагностике и принципах доказательной медицины в терапии, включающий весьма ограниченный набор психических расстройств и еще более тщательно отобранный перечень эффективных и безопасных подходов к их лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич В.Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? // Неврологический вестник. 2016. №1. С. 4–16.
2. Менделевич В.Д. Классификация психических расстройств vs систематика поведенческих девиаций: медиализация как тренд // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2016. №1. С. 10–16.
3. Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. Oxford: Oxford University Press, 2018. 1681 p.
4. Maust D.T., Kim H.M., Seyfried L.S. et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm // JAMA-Psychiatry. 2015. Vol. 72 (5). P. 438–445; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3018.
5. Nerius M., Johnell K., Garcia-Ptacek S. et al. The impact of antipsychotic drugs on long-term care, nursing home admission, and death in dementia patients // J-Gerontol-A-Biol-Sci-Med-Sci. 2018. Vol. 73 (10). Pp. 1396–1402; doi: 10.1093/gerona/glx239.
6. Ray W.A., Stein C.M., Murray K.T. et al. Association of antipsychotic treatment with risk of unexpected death among children and youths // JAMA-Psychiatry. 2018. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3421. [Epub ahead of print]
7. Telles-Correia D., Saraiva S., Gonçalves J. Mental disorder – the need for an accurate definition. // Front-Psychiatry. 2018. Vol. 9. P. 64; doi: 10.3389/fpsy.2018.00064.

REFERENCES

1. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2016. №1. pp. 4–16. (in Russian)
2. Mendelevich V.D. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2016. №1. pp. 10–16. (in Russian)

Поступила 12.02.19.