

## МЕСТО ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Евгения Григорьевна Полтавская**Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра Российской академии наук, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4, e-mail egboyarko@mail.ru***Реферат**

Полемическая статья представляет собой изложение мнения автора относительно роли доказательной медицины в постановке психиатрического диагноза, в частности шизофрении. Сравниваются принципы «клинического подхода» и «доказательной медицины» в психиатрии.

**Ключевые слова:** классификация психических расстройств, функциональный диагноз, доказательная медицина.

PLACE OF EVIDENCE-BASED MEDICINE  
IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS

Evgeniya G. Poltavskaya

Mental Health Research Institute of Tomsk National Research  
Medical Center of the Russian Academy of Sciences,  
634014, Tomsk, Aleutskaya str., 4, e-mail egboyarko@mail.ru

**Abstract**

The polemic article is a presentation of the author's opinion regarding the role of evidence-based medicine in the formulation of a psychiatric diagnosis, in particular schizophrenia. The principles of "clinical approach" and "evidence-based medicine" in psychiatry are compared.

**Keywords:** classification of mental disorders, functional diagnosis, evidence-based medicine

В классической клинической медицине непосредственный опыт врача служит основным источником знаний о болезнях. Это было справедливо для всей медицины XIX века, так как другие средства получения знаний о болезнях, например достижения фундаментальных наук, которые в XX веке дали качественные биологические «маркёры» для многих болезней, в то время были недоступны. Однако в медицине в целом и в психиатрии в частности последние два-три десятилетия весьма болезненно проходит процесс перехода от преваляровавшей на протяжении двух столетий и не знавшей альтернатив парадигмы «клинического подхода» к новой парадигме «доказательной медицины».

Основная идея доказательной медицины в том, что индивидуальное познание отдельного врача, его клинический опыт может быть ограничен и недостаточен для постижения сложных причинно-следственных связей, лежащих в основе развития и лечения болезней. Кроме того, он ненаучен. Соответственно, для того чтобы

получить более достоверные знания о заболеваниях, необходимо специально организовывать качественные в методологическом отношении научные исследования. Именно результаты таких исследований могут стать теми доказательствами, которые лягут в основу принятия практических решений врачом относительно своего пациента. Согласно дефиниции В.В. Власова, «Доказательная медицина — способ (разновидность) медицинской практики, когда врач применяет в ведении пациента только те методы, полезность которых доказана в доброкачественных исследованиях» [1]. Тем не менее, в настоящее время в психиатрии превалирует роль «клинического подхода» в выставлении диагнозов.

Известно, что классификация психических расстройств служит предметом консенсуса экспертов. Однако остаётся проблемой отсутствие консенсуса специалистов по вопросу понятия самого психического расстройства и диагностических критериев психопатологических симптомов. Профессиональное сообщество продолжает спорить о том, есть симптом в каждом конкретном клиническом случае или его нет. В этом отношении психиатрия — уникальная медицинская специальность. Ни в одной другой вопрос о семиотике и симптоматологии не оказывается столь туманным [2]. К примеру, в отношении диагностики шизофрении, хотя чётких патогномичных симптомов нет, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), в соответствии с которой выставляют диагноз шизофрении, для практических целей выделяют следующие симптомы:

а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);

б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчётливо относящийся к движениям тела или конечностей либо к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совер-

шенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами);

д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или неполностью сформированными бредовыми идеями без чёткого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;

е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи, или неологизмы;

ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

з) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией;

и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощённостью и социальной аутизацией.

При этом обычное требование для диагностики шизофрении — наличие минимум одного чёткого симптома (или двух менее отчётливых симптомов), принадлежащего к группе а–г, или двух симптомов из группы д–и, которые должны присутствовать на протяжении большей части эпизода длительностью 1 мес или более.

Признают, что суть нозологической формы в психиатрии должна раскрываться через биологические характеристики — этиологию, патогенез, патоморфологию [3]. Однако вышеуказанные диагностические требования касаются только оценки клинических симптомов. При этом врач использует парадигму болезни, ярче всего это проявляется, когда психиатр анализирует непонятную, вычурную речь, а также поведение. Психиатрия прямо или косвенно практически всегда апеллировала к феномену «адекватности/неадекватности поведения человека», используя его в качестве диагностического критерия [4]. В результате, возникает панмедицинский взгляд («всё есть болезнь»).

В период внедрения классификационных психиатрических систем утверждали, что они разработаны исключительно со статистической целью — для оценки эпидемиологической ситуации. На прак-

тике же человек, у которого с помощью МКБ-10 или Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) диагностирован любой из официальных диагнозов, становится полноценным пациентом со всеми вытекающими из этого негативными социально-психологическими последствиями, включающими социальные ограничения и стигматизацию [2].

Диагностика (диагноз) — специфическая форма познания, представляющая собой процесс распознавания [5] болезни с опорой на предмет и методы исследования в данной медицинской дисциплине (субнауке). Диагностика в клинической медицине основана на тесно связанных между собой компонентах. Технический компонент диагностики включает общие и специфические, лабораторные и инструментальные методы выявления признаков болезни [6]. Семиотическая диагностика связана с оценкой диагностического и прогностического значения симптомов и синдромов болезни. Наконец, логический компонент диагностического процесса отражает специфические особенности клинического мышления в процессе познания болезни [6]. Когда речь идёт о клиническом диагнозе в психиатрии, то, целесообразно исходить из функционального диагноза [7].

Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства (заболевания) является единство трёх глобальных факторов (в разных соотношениях) — биологического, психологического и социального, то есть три диагноза — биологический диагноз (соматический, «органный» диагноз, «болезнь мозга», психопатологический), психологический диагноз и социальный диагноз — вместе составляют функциональный диагноз [8, 9]. В нём учитывают как индивидуальные особенности организма и органа (мозга), так и индивидуальность психики субъекта деятельности и личности пациента, и особенности его микро- и макросоциума. Базовые биологические характеристики биологического диагноза включают генетические, органические, иммунно-эндокринные (то есть лабораторные) и параклинические исследования. Однако биологический диагноз не включает клинко-психологический метод с использованием клинической психодиагностики и не выстраивается на нём. То есть для подтверждения биологического диагноза в психиатрии клинко-психопатологический подход недостаточен.

Известный эксперимент, проведённый в 1973 г. в США психологом Дэвидом Розенханом и поставивший под сомнение надёжность психиатрической диагностики, продемонстрировал опасности, связанные с необоснованной стигматизацией. Его результаты опубликовал журнал Science в статье «Психически

здоровые на месте сумасшедших» [10]. Данную публикацию считают важной и значимой критической статьёй о психиатрических диагнозах.

Эксперимент проходил в два этапа. Первый этап включал привлечение психически здоровых «псевдопациентов», которые симулировали наличие непродолжительных слуховых галлюцинаций с целью попасть в 12 различных психиатрических больниц. Все они были госпитализированы, и у всех были выявлены психические расстройства. Второй этап эксперимента состоял в том, что перед персоналом психиатрической больницы ставили задачу выявить симулянтов. Персонал ошибочно принял за симулянтов 41 реального больного (при этом Розенхан никого в клинику не отправлял).

В 2009 г. практика данного эксперимента с использованием специально подготовленных псевдопациентов была применена в одной из психиатрических больниц в Нидерландах для исследования работы больницы. Использование Розенханом псевдопациентов для регистрации своего опыта в психиатрических учреждениях практически не применяли в качестве инструмента улучшения качества в области психического здоровья [11], однако проблема ошибочных диагнозов в психиатрической практике из-за специфики специальности остаётся актуальной.

Одним из оснований считать, что некоторые выставленные психиатрические диагнозы, в частности шизофрения, могут оказаться ошибочными, также является факт практически нулевой эффективности их психофармакотерапии во многих случаях. По разным оценкам, резистентность к лечению наблюдают у 5–60% больных шизофренией [12]. В то же время с точки зрения доказательной медицины эффективность терапии шизофрении сложно оценивать в силу особенностей самой природы этой болезни, для которой характерны:

- длительное, разнообразное и в целом малопредсказуемое течение;
- множество аспектов клинических проявлений (включая позитивную, негативную, когнитивную, аффективную симптоматику, нарушения социального функционирования, качества жизни, соматические последствия и пр.);
- отсутствие биологических тестов для диагностики, оценки прогрессирования или прогноза заболевания;
- отсутствие единых критериев диагностики шизофрении (в большинстве научных исследований используют критерии американской классификации DSM-V; в результате больные, которых включают в такие исследования с диагнозом «шизофрения», могут не соответствовать тем больным, которым тот же диагноз выставлен по критериям МКБ-10 или тем более на основе традиционных отечественных подходов к диагностике);

– отсутствие единых подходов и критериев оценки ответа на терапию.

В связи с этим в разных исследованиях используют разные, порой несопоставимые подходы: доля улучшения по сравнению с исходным уровнем по психометрическим шкалам (например, 20 или 50% по шкале PANSS), качественные критерии ремиссии, рецидив (например, повторная госпитализация), оценка социального функционирования, качества жизни, объём потреблённых ресурсов помощи и прочее, отсутствие высокоэффективных методов терапии. Так, в метаанализе всех плацебо-контролируемых исследований эффективности лечения обострения шизофрении удовлетворительного качества за все 60 лет развития психофармакотерапии (в метаанализ были включены исследования с общим числом больных, превышающим 28 тыс.) средний общий размер эффекта антипсихотиков, оценённый как стандартизированная разница средних показателей (SMD), составил 0,38 (малый эффект), в том числе малое улучшение (>20% по PANSS) было у 51% пациентов в группе антипсихотиков и 30% в группе плацебо, значительное улучшение (>50% по PANSS) — у 23 и 14% соответственно [13]. В связи с этим к настоящему времени уже выполнены тысячи исследований эффективности различных видов терапии шизофрении, но однозначных ответов на многие вопросы до настоящего времени нет.

Таким образом, открываются две сложные проблемы на пересечении клинической и биологической психиатрии: для достоверного психиатрического диагноза нужны высококачественные экспериментальные доказательства критериев диагностики; для высокого качества эксперимента необходимы чётко выстроенные критерии диагностики. В настоящее время очевидно, что, согласно современным тенденциям, необходим переход к доказательной медицине в подходах к постановке диагноза в психиатрической практике с внедрением биологических показателей, для чего нужен более тесный союз клиники и науки в области психиатрии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В. *Введение в доказательную медицину*. М.: МедиаСфера. 2001; 392 с. [Vlasov V.V. *Vvedenie v dokazatel'nyuyu meditsinu*. М.: MediaSfera. 2001; 392 p. (In Russ.)]
2. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях. *Неврол. вестн.* 2018; 50 (4): 15–18. [Mendelevich V.D. Fake-diagnoses in psychiatric classifications. *Neurological bulletin*. 2018; 50 (4): 15–18. (In Russ.)]
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. *Общая психопатология*. Изд. 3-е, перераб., доп. Ростов-на-Дону: Феникс. 2003; 416 с. [Bukhanovskiy A.O., Kutayavin Yu.A., Litvak M.E. *Obshchaya psikhopatologiya*. 3<sup>rd</sup> ed. Rostov-na-Donu: Feniks. 2003; 416 p. (In Russ.)]

4. Зислин И. Текст и диагноз. *Неврол. вестн.* 2019; 51 (2): 12–29. [Zislin J. Text and diagnosis. *Neurological bulletin.* 2019; 51 (2): 12–29. (In Russ.)]
5. *Психиатрия*. Национальное руководство. Под ред. Т.В. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 1000 с. [*Psikhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo.* T.V. Dmitrieva, V.N. Krasnov, N.G. Neznanov, V.Ya. Semke, A.S. Tiganov eds. Moscow: GEOTAR-Media. 2009; 1000 p. (In Russ.)]
6. Крылов В.И. Клиническая диагностика психических и поведенческих расстройств: семиотический и логический аспекты. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2015; 17 (3): 22–25. [Krylov V.I. Clinical diagnostics mental and behavioral disorders: the semiotic and logical aspects. *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2015; 17 (3): 22–25. (In Russ.)]
7. Носачев Г.Н. Место фейк-диагноза и функционального диагноза в психиатрии (институциональный дискурс). *Неврол. вестн.* 2019; 51 (2): 101–104. [Nosachev G.N. Place of fake-diagnosis and functional diagnosis in psychiatry (institutional discourse). *Neurological bulletin.* 2019; 51 (2): 101–104. (In Russ.)]
8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. и др. Функциональный диагноз в психиатрии. *Обзрен. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* 2011; 1: 4–8. [Kotsjubinsky A.P., Shejnina N.S., Aristova T.A. et al. The functional diagnosis in psychiatry. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology.* 2011; 1: 4–8. (In Russ.)]
9. Кузнецов В.В. Употребление ПАВ с вредными последствиями — фейк-диагноз? *Неврол. вестн.* 2019; 51 (1): 47–51. [Kuznetsov V.V. The use of surfactants with harmful effects — fake-diagnosis. *Neurological bulletin.* 2019; 51 (1): 47–51. (In Russ.)]
10. Rosenhan D.L. On being sane in insane places. *Science.* 1973; 179 (4070): 250–258.
11. Lazarus A. Improving psychiatric services through mystery shopping. *Psychiatr. Serv.* 2009; 60 (7): 972–973.
12. Данилов Д.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении и биологические методы её преодоления. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2008; 10: 81–86. [Danilov D.S. Therapeutic resistance in schizophrenia and biological methods of its overcoming. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. im. S.S. Korsakova.* 2008; 10: 81–86. (In Russ.)]
13. Leucht S., Leucht C., Huhn M. et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am. J. Psychiatry.* 2017; 174 (10): 927–942.

Поступила 16.10.2019; принята в печать 24.01.2010.