

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-07-035.7

Абрамов В.А.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ПСИХИАТРИИ:
ПРИЧИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк, ДНР, Российская Федерация*

Современная описательная психиатрия берет свое начало со времен классификации Ф. Пинеля, в дальнейшем она была систематизирована в учебниках В. Гризингера и Э. Крепелина. Развитие этой традиционной для психиатрии диагностической стратегии всегда сопровождалось стремлением объяснить психопатологию, используя достижения нейронаук. Однако внедрить результаты фундаментальных исследований в клиническую психиатрию оказалось намного сложнее, чем в соматической медицине. Мозг раскрывает свои секреты для психиатрии медленно и небольшими порциями, не позволяя ей опереться на объективные биологические маркеры. И судя по всему, психиатрия еще очень долго будет использовать малоэффективные описательные диагностические стратегии и субъективные умозаключения психиатров.

Впервые низкий уровень доверия к такой диагностике и основанному на ней лечению убедительно был показан в 70-е годы XX века в различных странах, включая СССР. В одном из исследований 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 Roschan D.L. [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.

Аналогичные данные о вопиющем несовпадении и значительном разбросе диагностических заключений (до 15 различных версий) ведущих специалистов в области психиатрии при анализе одних и тех же историй болезни были получены в СССР в процессе

популярных в то время диагностических семинаров [3].

Но более значительный кризис доверия к основам психиатрической диагностики, как отмечает известный американский психиатр А. Frances [4], вызван постоянным расширением диагностических границ психических расстройств, количество которых в DSM-5 достигло 400. Причем появление новых диагнозов (многие из них являются крайними вариантами нормального поведения) связано с конвенциональными основаниями, а не с научной обоснованностью.

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 [5]. В США распространенность психических расстройств в год составляет 20-25%, на протяжении жизни - 50% [6], не сильно от этих цифр отстают Европа [18]. Еще более высокая частота была получена в проспективном исследовании молодых людей (возраст - 19-21 лет) в Новой Зеландии [7], а в американском исследовании, проведенном на подростках, были получены поразительные данные - совокупная частота психических расстройств составила 83% к 21 году [8].

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, настоящее время 20% населения США принимают психотропные препараты, 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 [9].

Одной из глобальных причин кризиса доверия к психиатрии являются имеющие под собой основания сомнения в правильности используемых диагностических методов диагностики психических расстройств и значительная частота диагностических ошибок, негативно влияющих на содержание лечебных рекомендаций.

Диагноз психического расстройства несет на себе такую негативную социально-этическую нагрузку, которой не имеет никакой другой клинический термин любой другой медицинской специальности [10]. Лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно не относилось к ним общество, неизбежно попадают в особую категорию лишенных в полной мере социального доверия и потому ущемленных в моральном отношении и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Полное устранение всех ограничений, которые накладывает общество на душевнобольных, невозможно, поскольку сам психиатрический диагноз накладывает определенные и очень существенные ограничения на жизнедеятельность человека: «стесняет» его свободу, искажает взаимоотношения с окружающей действительностью, затрудняет социальную адаптацию, вызывает нарушения поведения, повышая в ряде случаев риск опасных действий, наносящих ущерб самому больному и другим лицам. Однако размеры и характер социальных ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести психических расстройств, а не обращаться фатально против каждого, кто имеет психиатрический диагноз и получает помощь у психиатра.

Из этого следует, что процесс диагностирования психического расстройства сопряжен с высокой ответственностью психиатра. Понят-

но и стремление психиатров всех стран к совершенствованию методологии и технологии психиатрической диагностики в соответствии с международными стандартами и гуманистическими тенденциями развития современной психиатрии.

В докладе о состоянии здравоохранения в мире «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (ВОЗ, 2001) указывается, что диагноз психического расстройства ставится с использованием клинических методов, аналогичных тем, которые применяются при диагностике физических нарушений. Эти методы включают подробную информацию в отношении анамнеза самого человека и других лиц, включая членов семьи; систематическое клиническое обследование для определения психического состояния; а также специальные анализы и обследования по мере необходимости. Подчеркивается, что за последние десятилетия были достигнуты определенные успехи в стандартизации методов клинической оценки и улучшения надежности диагностики. Структуризация порядка проведения опроса, единые определения симптомов и признаков и стандартные диагностические критерии обеспечили высокую степень надежности и точности диагностики психических расстройств. Структурная схема проведения опросов и перечни диагностических симптомов/признаков позволяют специалистам по охране психического здоровья собирать информацию с использованием стандартных вопросов и кодированных ответов. Симптомы и признаки определяются при этом очень подробно, чтобы позволить их единообразное толкование.

Диагностические критерии в отношении психических расстройств были стандартизированы на международном уровне, что, на первый взгляд, позволяет диагностировать их с той же степенью надежности и точности, как и большинство физических недугов. Однако столь очевидные успехи в области диагностики психических расстройств в мире не означают, что все проблемы в этой области решены, да и достижения далеко не равнозначны в различных странах. Поэтому дальнейшее совершенствование диагностики психических заболеваний - это путь к повышению качества психиатрической помощи.

В качестве клинической категории диагноз выполняет ряд функций. Он является основой специфической профилактики, лечения и ре-

абилитации больных, статистического учета и изучения структуры заболеваемости и тем самым научного планирования и организации медицинской помощи, служит отправным пунктом научного анализа в клинических и теоретических исследованиях и, наконец, средством обмена медицинской информацией между людьми. Во всех этих случаях он не может быть никаким иным, кроме нозологического. Однако в психиатрической практике, так называемая диагностическая категория, как официальный психиатрический диагноз, взятый в его абстрактном выражении и не учитывающий субъективной психопатологической реальности пациента, в наименьшей степени удовлетворяет запросы клиницистов. Любые попытки интерпретировать психопатологические переживания пациента, опираясь на традиционный подход к диагностике, сопровождаются высоким риском диагностических ошибок.

Так, в справочнике врача-психиатра под редакцией Г.В. Воронкова и др. (1990) подчеркивается, что логика клинического диагноза строится на распознавании существенных признаков единичного явления (случая). Методологический аспект клинического диагноза включает: 1) применение общего естественнонаучного метода в диагностике заболеваний; 2) диагностические процедуры, способствующие рациональному и адекватному формулированию диагноза; 3) оценки результатов диагностической деятельности.

Эти «методологические» принципы построения психиатрического диагноза провозглашенные три десятилетия назад, существовали и раньше, актуальны и в настоящее время, если не пытаться осознать их доказательную силу. С точки зрения современных принципов научного познания, такая методология на самом деле отражает методологическую беспомощность ее авторов. Во-первых, естественнонаучный метод используется для выведения общих закономерностей, а не для оценки единичных случаев; во-вторых, в психиатрии, как в сфере познания субъективной реальности, не могут использоваться формы рационального (объективного) познания, а, следовательно – адекватная диагностика; в-третьих, оценка результатов диагностической деятельности невозможна в принципе, поскольку в рамках клинико-психопатологического метода отсутствует опора на объективно установленные факты. Естественно-

научным образом можно выявить только нарушения биологического порядка, но не расстройства психической сферы. Поэтому на самом деле речь идет об оценке не диагностической, а квазидиагностической деятельности, не связанной с познанием подлинного психического состояния пациента, индивидуальных характеристик его внутренних переживаний.

В этом же справочнике диагностика психических заболеваний сводится к определению нозологической формы (при отсутствии данных об этиопатогенетических механизмах большинства психических расстройств), а в качестве ведущих методов исследования называются клинический и лабораторный методы. Причем лабораторные методы (патопсихологические, электроэнцефалографические, психофизиологические, биохимические, иммунологические, генетические, нейрорентгенография, компьютерная томография) имеют специфическое значение для диагностики психических заболеваний. Специфическая роль этих методов для оценки психопатологических переживаний больного авторами только декларируется, но не обосновывается.

На протяжении многих лет не раз доказывалось, что сам процесс психиатрической диагностики весьма ненадежен, что он может быть непоследовательным и подвержен изменениям, что он может страдать предвзятостью. Кроме этого, особенно при постановке диагноза шизофрении, могут использоваться такие сомнительные субъективные критерии, как ни на чем не основанная уверенность психиатра в том, что он «понимает» пациента, или может в него вчувствоваться, понимает характер его «странного поведения», а также в том, что он «чувствует характер болезни» и обретает в процессе беседы с больным «внутреннюю уверенность».

В этих суждениях исследователи нередко путают имеющий право на существование метод интроспекции с субъективным впечатлением психиатра, основанном на поверхностной оценке клинических проявлений. Вероятность диагностических ошибок в этом случае возрастает при условии отсутствия надежных сведений о природе психических расстройств, что делает невозможным однозначное толкование симптомов заболевания и адекватное обоснование различных клинических форм психической патологии. Так К. Шнайдер [11] предлагал различить симптомы соматогенно обусловленных психических расстройств

(признаки заболевания, уловимые указания на болезнь) и симптомы при эндогенных, то есть не обусловленных соматически причинами психозах. В последнем случае под «симптомом» понимается более или менее характерное, снова и снова обнаруживаемое свойство некоей чисто психопатологической структуры «состояние-течение». Психопатологическое образование «состояние-течение» - это не болезнь, которая может создавать симптомы. Отнятие мыслей, например, является, по сути, не симптомом чисто психопатологически сформировавшейся шизофрении, а часто встречающимся и потому выделяющимся признаком: «Я не могу говорить, что это является шизофренией, а только – что я называю это шизофренией или, что это обычно сегодня называют шизофренией».

В ряде случаев нозологическая самостоятельность психических заболеваний обосновывалась с опорой не на установленные этиологические и патогенетические факторы, а на косвенные признаки, такие как клинические проявления и их динамика. Тем не менее, традиционным подходом при классифицировании психических расстройств в СССР было выделение следующих нозологических таксонов [12]:

1. Эндогенные психические заболевания.
2. Эндогенно-органические заболевания.
3. Экзогенно-органические заболевания.
4. Экзогенные психические расстройства.
5. Психогенные заболевания.
6. Патология психического развития.

Психиатрам хорошо известны многочисленные случаи, когда у пациента в течение нескольких лет накапливается целая коллекция психиатрических, подчас взаимоисключающих, диагнозов. Причин неточных диагнозов множество. Типична, например, тенденция рассматривать любые проблемы, о которых сообщает пациент в процессе клинической беседы, как порождение его внутренних (патологических) переживаний, при этом его реальный опыт игнорируется, а сам он исключается как важный, заслуживающий доверия источник информации о собственных проблемах. Данные, представленные в современной литературе, свидетельствуют о широкой распространенности искажений этого типа в практике постановки диагнозов и проведения оценки состояния. В частности, при исследовании, проведенном в крупной Нью-Йоркской психиатрической больнице,

обнаружилось, что поступающим туда лицам примерно в 30% случаев был установлен неверный диагноз (Lipton A.A et al., 1985): чаще всего людям с большой депрессией ошибочно ставили диагноз шизофрении. В итоге им назначали мощные нейролептики, которые усугубляли депрессию, подвергая этих пациентов серьезному суицидальному риску.

Система диагностики психических расстройств в нашей стране не имеет теоретического обоснования и характеризуется произвольной направленностью различных ее этапов. Традиционное клиническое исследование больных, как правило, не выходит за рамки субъективной интерпретации врачом-психиатром клинико-anamnestических данных на основе собственного клинического опыта и профессиональной квалификации, и не носит четко структурированного характера. Отсутствует опыт разработки и использования специальных диагностических опросников и шкал, которые широко внедрялись в клиническую практику западными психиатрами. Глубина психопатологического исследования определяется опытом клинициста и местными традициями. Каждая кафедра психиатрии и НИИ соответствующего профиля создавали свои схемы клинического исследования, свои системы формализации признаков психических расстройств, свои методические рекомендации по изучению психического состояния пациента. Это способствовало тому, что разные психиатры при проведении клинического исследования не только извлекали неодинаковый объем информации, но и по-разному интерпретировали полученные сведения.

В качестве атрибутов современной диагностической технологии закрепились такие приемы, как традиции отечественной школы, здравый смысл, интуиция, диагноз по первому впечатлению или от «анамнеза», врачебные догадки и даже диагноз «наугад». Эти механизмы нередко лежат в основе т.н. стихийной (эмпирической) логики, диагностической предубежденности, неоднозначных диагностических толкований, освобождающих мышление врача от таких важных свойств как самоконтроль и самокоррекция. Такая неструктурированная диагностика носит произвольный или вероятный характер и сопровождается большим риском допустить ошибку.

В отечественной психиатрической практике в качестве эталона клинического ис-

следования обычно ссылаются на метод объективного наблюдения П.Б. Ганнушкина. Описывая этот метод, Я.П. Фрумкин (1950) обращал внимание на тщательную регистрацию всех деталей двигательного поведения больного: «П.Б. Ганнушкин воспринимал ряд сигналов, идущих от внешней манеры больного держаться, осваиваться с новой обстановкой, оценивать ее, сигналов, отражающих внутреннее содержание психики. Это не было пассивным наблюдением за больным, а творческой работой, за которой следовал этап выслушивания. Больному предоставлялась возможность свободно высказываться. Затем следовал разговор с больным. П.Б. Ганнушкин ставил также вопросы, которые приходились как нельзя, кстати, раскрывал перед всеми содержание психической жизни больного, открывал «шлюзы» основного потока психических проявлений, обнажая то, что является ведущим, главным, характерным в этом больном, и что подчеркивает его диагностическую индивидуальность». По мнению Я.П. Фрумкина, это было исследование, «лишенное шаблонов и штампов, в процессе которого психиатр умеет примениться к своеобразию больного, умеет подчеркнуть отточенным вопросом, или обдуманной замечанием или взвешенной репликой то, что составляет основное в структуре исследуемой психики». Такой метод Я.П. Фрумкин определил как «метод внесимптоматической диагностики», считал его важным аспектом оценки психического состояния пациента.

Сам П.Б. Ганнушкин в статье «Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание» (1924) писал: «Главным методом по-прежнему остается беседа с душевнобольным... научиться этому и овладеть этим можно, если молодой психиатр будет с достаточной вдумчивостью и вниманием относиться к душевнобольному, если он будет правдив и как можно более прост в общении с больным; лицемерия, слащавости, тем более прямой неправды душевнобольной не забудет и не простит, и в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента. Лучшие психиатры Крепелин, Маньян, Корсаков... подходили к больному по-своему, у каждого из них были достоинства и недостатки, каждый отражал в этой беседе самого себя со всеми своими душевными качествами. Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость

и доброту, свою пылкость; Крепелин был резок и даже грубоват; Маньян - насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем больше всего любить психически больного человека - больные это понимали и охотно беседовали с ними».

Приведенная цитата выдающегося клинициста в основном относится к нравственно-деонтологической стороне клинического исследования и, по существу, не затрагивает его информационно-познавательной составляющей.

Нисколько не умаляя диагностических способностей выдающегося психиатра-клинициста, следует, однако, обратить внимание на то, что уникальный профессиональный опыт отдельных специалистов без должного научного обоснования не должен использоваться в качестве общеметодологического подхода к диагностике психических расстройств. С другой стороны, метод внесимптоматической диагностики лишен смысла, так как процесс построения диагноза не опирается при этом на конкретные признаки или симптомы заболевания. Выставленный на этой основе диагноз является следствием интуиции опытного клинициста, а не результатом целенаправленного и объективного клинического исследования, выходящего за рамки субъективных (а, следовательно, небезошибочных) впечатлений.

Субъективизация процесса выявления психических расстройств нашла отражение и в многочисленных работах современных исследователей. Так, в руководстве по психиатрии под редакцией А.В. Снежневского (1983) распознавание психической болезни представлено как творческий акт. Основным приемом клинического психиатрического обследования является расспрос, успешность которого зависит не только от профессиональных знаний и общей эрудиции врача, но и от умения расспрашивать. Каждый психиатр должен разговаривать с больным «по-своему», нестандартно. От умения просто и сочувственно разговаривать с любым пациентом, учитывая его индивидуальные особенности, в значительной мере зависит успех диагностического обследования.

Комментируя приведенные рекомендации, следует отметить, что едва ли «простоту и сочувствие» можно считать надежными приемами клинико-психопатологического исследования, а элемент «по-своему» не раскрывает, каким в действительности должен

быть процесс диагностического познания, и какие процедуры могут обеспечить достижение индивидуальной психической реальности пациента.

Существенный урон качеству психиатрической диагностики в историческом контексте нанесло отсутствие унификации и стандартизации клинических исследований и произвольный, не основанный на какой-либо теории, характер диагностических заключений. Это нашло убедительное подтверждение на популярных в СССР в 70-80-е годы диагностических семинарах и, в конечном счете, привело к скандальным случаям гипердиагностики шизофрении и злоупотреблениям психиатрией.

В качестве иллюстрации «достоверной» диагностики психических заболеваний можно привести данные о «разбросе» диагностических заключений 35 профессоров-психиатров в СССР, которым были предложены 11 историй болезней, полученных из Скандинавских стран (Материалы диагностического семинара по психиатрии. Ленинград, 1968).

В таблице представлен разброс диагнозов (вариантов цифровых кодов) по каждой истории болезни.

Значительный диапазон диагностических заключений при оценке идентичных клинических ситуаций, по мнению В.П. Полтавца [16], объясняется тем, что теоретической основой

такого подхода к диагностике являются положения гештальт-теории о восприятии целостного образа: при постановке диагноза врач сравнивает новый случай с классическими описаниями «типичных случаев», выбирает наиболее сходный вариант, что приводит его к заключительному диагнозу. При этом на качество диагностики в большей мере влияет индивидуальный профессиональный опыт клинициста, чем соблюдение каких-либо общепринятых правил.

Этими же соображениями можно объяснить и факты диагностических расхождений при использовании по отношению к одним и тем же пациентам диагностических критериев разных классификаций. Так, Van der Brick et al. (1990) установили, что из 175 пациентов с установленным диагнозом психического расстройства по критериям DSM-III, 37 человек по критериям МКБ были признаны здоровыми. Также было отмечено, что при использовании МКБ не удалось диагностировать 50% случаев соматизированных расстройств.

В Оксфордском руководстве по психиатрии (1997) указывается, что основными причинами диагностических расхождений являются: противоречия в картине заболевания - 5%; неадекватная методика опроса - 33% и неадекватное использование диагностических критериев - 62%. Из этого следует, что диагнозы, выраженные в терминах категори-

Таблица

«Разброс» диагностических заключений 35 профессоров-психиатров в СССР, которым были предложены 11 историй болезней, полученных из Скандинавских стран (Материалы диагностического семинара по психиатрии. Ленинград, 1968)

№ истории болезни	Количество вариантов диагностических заключений
1	8
2	17
3	14
4	13
5	14
6	4
7	10
8	10
9	17
10	10
11	12

альных классификаций, и используемые при этом критерии не только не исключают, но и делают более или менее вероятными диагностические «провалы».

Большой ущерб причиняют диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике (при распознавании шизофрении диагностические ошибки составляют более 60%). По данным И.Н. Бобровой, Ф.В. Кондратьева, Л.Р. Лунц (1964-1989 гг.), причинами ошибок в диагностике являются неполный анамнез, неправильная оценка анамнестических данных, переоценка криминального поведения в прошлом, игнорирование медицинской документации, переоценка роли экзогенных факторов, игнорирование анамнеза, динамики болезни и ее патоморфоза. Все эти ошибки совершались, несмотря на то, что заболевание могло длиться 10-20 лет, начинаться в детском возрасте, а 2/3 больных наблюдались в диспансерах и лечились в психиатрических больницах с диагнозом «шизофрения». Основной причиной диагностических ошибок, как в судебной, так и в общей психиатрии, по мнению авторов, является несовершенство диагностического подхода с акцентом в диагностике на оценке психического статуса (!). Такой вывод вызывает, по меньшей мере, удивление, т.к. именно квалифицированная идентификация психического состояния пациента - основа правильной диагностики.

В фундаментальном исследовании диагностических ошибок в судебно-психиатрической практике, проведенном Н.Г. Шумским [17]., выделены основные причины диагностических ошибок, допущенных сотрудниками ГНЦ им. В.П. Сербского.

Причина ошибок автору видится в том, что нарушаются принятые в психиатрии методы обследования, принципы деонтологии, а также в несовершенстве диагностического подхода. Поскольку одни и те же ошибки совершаются на протяжении 30 лет, делается вывод, что ошибочный подход возведен в систему.

Этому способствовало несколько обстоятельств, главными из которых, на наш взгляд, были своеобразная культуральная ментальность советских психиатров и крайне несовершенные учебные программы по психиатрии, не отражавшие и не отражающие в настоящее время современных достижений педагогической науки. В конечном счете, с этим

связаны не только ошибочная диагностика, но и практика навешивания диагностических ярлыков и злоупотреблений психиатрией в политических целях. В частности, в качестве диагностических критериев шизофрении использовались такие признаки как «переоценка собственной личности», «слабая социальная адаптация», «склонность к реформированию общества», «оригинальность мышления и поведения», «склонность к идеологическим рассуждениям», «религиозность», «повышенная активность», «смена интересов», «противоречивость характера», «подозрительность» и т.п.

Можно было бы ожидать положительных перемен в сфере диагностики психических расстройств в последние годы, однако даже внедрение МКБ-10 мало повлияло на особенности клинического мышления врачей-психиатров и технологию диагностического процесса, которые, как и прежде далеко не в полной мере обеспечивают качество распознавания психических расстройств. К основным недостаткам существующей диагностической системы, повышающим вероятность диагностических ошибок, можно отнести: 1) отсутствие стандартизированных методов выявления симптомов психического заболевания; 2) отсутствие унифицированной научно обоснованной технологии диагностического процесса; 3) отсутствие адекватной системы обучения современным диагностическим технологиям. Традиционная форма обучения диагностике психических расстройств предусматривает изучение симптомов заведомо известного заболевания, в то время как реальный диагностический процесс предполагает распознавание неизвестного расстройства. Существующая методика обучения не раскрывает пути, содержания и процедуру познавательных аспектов диагностической деятельности.

Однако наибольшие затруднения при постановке психиатрического диагноза, отражающего подлинные переживания пациента, вызывает отсутствие концептуальных и методологических оснований, позволяющих понять внутренний субъективный мир больного, его целостную антропоцентрическую психическую реальность.

В этой связи представляется необходимым разработка и использование современных подходов к диагностике психических расстройств, основанных на системной оценке

индивидуальной функциональной недостаточности больного, его фундаментальных клинико-антропологических констант и концепции многоосевого (многомерного) диагноза. Только в этом случае состояние пациента будет идентифицироваться на уровне полного клинического диагноза, расширяющего возможности эффективного лечения и реабилитации.

В этой связи актуальной представляется конкретизация целей, задач и специфических особенностей обследования больного, сформулированных К. Ясперсом [15] более 100 лет назад. К целям обследования он относил:

1. Получение полного и целостного жизнеописания, учитывающего комплекс психических, социальных и соматических связей.

2. Познание содержания психической жизни и биографических деталей пациента, специально не склоняя его к самонаблюдению, но видя целенаправленный, ситуационно ориентированный расспрос.

3. Понимание субъективного аспекта переживаний, достижение их феноменологической ясности путем побуждения их к самонаблюдению и анализу своих душевных переживаний.

В качестве главных особенностей диалогового взаимодействия К. Ясперс выделяет следующие:

1. Беседа с больным: сочетание определенной системы и гибкой адаптации к каждому отдельному случаю.

2. Исключение собственной личной позиции врача-психиатра, демонстрации собственной «точки зрения».

3. Меньше говорить самому, позволяя высказываться пациенту.

4. Фиксировать поведение, жестикуляцию и другие экспрессивные проявления пациента.

5. Безоценочный контакт с пациентом, не комментировать высказывания и поведение, избегать реакции отчуждения и неприязни.

6. Предпочтительны не суггестивные вопросы.

Реализация указанных задач, по мнению К. Ясперса, возможна только в случае наличия прочного общетеоретического и мировоззренческого фундамента, адаптированного к каждому отдельному случаю, и отношения к обследованию как к творческому процессу без каких-либо готовых схем, с вариативным характером вопросов с учетом индивидуальных особенностей личности пациента, а также интерпретацией полученных сведений, опи-

рающейся на четко установленные понятия (научные факты).

К. Ясперс [19] выделяет три сферы научного познания сферы психического: «схватывание» отдельных фактов; анализ связей между ними; охват целостностей. Эти сферы можно рассматривать и как этапы (шаги) познания психического.

1. «Схватывание» отдельных фактов как результата живого потока психической реальности. Это первый шаг к научному познанию сферы психического, который заключается в отборе, разграничении, дифференциации и описании отдельных переживаемых феноменов. Затем эти феномены получают терминологические определения (бред, галлюцинации, тревога и т.п.), что делает возможной идентификацию любых частных случаев. При этом речь идет не об истоках и происхождении феноменов, не о теориях, объясняющих их причины, а о том, что мы непосредственно наблюдаем, о феноменологическом подходе. Этот подход реализуется как с помощью объективных, так и субъективных феноменов.

Объективными феноменами считается все то, что может быть воспринято органами чувств (например, формы поведения, мимика, выражение лица). Объективным может считаться рациональное содержание бреда и других сходных феноменов, в той мере, в какой оно может быть понято чисто интеллектуальным путем, то есть без интуитивного проникновения вглубь явлений. Иными словами, к объективным феноменам относятся внешние признаки определенного психического переживания и содержания. Под **субъективными** феноменами подразумевается все то, что может быть понято в результате **проникновения** вглубь событий о психической жизни или посредством выработки **интуитивного представления** о психическом содержании. Термин «субъективное» указывает на те, действительно происходящие в психической жизни события, которые могут быть постигнуты лишь благодаря **сопереживанию и вчувствованию**. Если объективные феномены – это феномены, которые могут стать предметом проверки и обсуждения, тогда как субъективные феномены неопределенны, не поддаются проверке, не могут быть предметом обсуждения, кажутся основанными на необъяснимых впечатлениях и чисто личностных суждениях.

2. Исследование взаимосвязей (понимание, объяснение, постижение). Термин «объяснение» используется с целью оценки причинных

связей, которые могут быть «увидены» только «извне». Термин «понимание» используется для понимания событий психической жизни «изнутри». В спорных или неопределенных случаях, допускающих взаимозаменяемость обоих терминов, прибегают к термину «постижение».

В феноменологии предметом анализа служат отдельные качества или состояния, извлеченные из подвижного контекста психической жизни. В этих случаях понимание статично по своей природе. Однако, чтобы понять взаимосвязи между феноменами, мы должны уловить динамику психического расстройства, психическую субстанцию в движении и многообразии внутренних соотношений. Таким образом, явления познаются в аспекте их происхождения, «генетически» («понимающая психопатология»), собственно психопатологического истолкования. Мы понимаем как то, что переживается субъективно, так и то, что доступно нашему непосредственному наблюдению. Таким образом, возможность систематического и «зрячего» исследования в психопатологии всецело зависит от осознания того обстоятельства, что мы имеем дело с двумя парами противоположностей: статическое понимание противопоставлено внешнему чувственному ощущению, тогда как генетическое понимание (толкование психических связей) – причинному объяснению объективных связей.

3. Постигание целостностей. Любое исследование различает, разделяет, делает своим предметом особенное и отдельное, и пытается найти в нем всеобщее. Поэтому целое вопло-

щается в предметном мире не непосредственно, а лишь через отдельное. В биологии все частные причинные связи обретают свою согласованность благодаря взаимодействию внутри целостности живого. Психологическое (генетическое) понимание (толкование психических связей) расширяет «герменевтический круг»: мы понимаем целое (эмпирическую и всеобъемлющую целостность психической жизни или целостность человеческого), исходя из частных фактов, и это, в свой черед, предопределяет наше понимание отдельных клинических фактов.

Все психические явления можно рассматривать как отдельные психические функции (функциональные органы по Ухтомскому), изолированные функции души или «инструменты», обеспечивающие личность разнообразными возможностями. В этом случае понимание всех частных отклонений от нормального психического функционирования (психопатологических феноменов) связано с их укоренением в личности в целом и представляется как дисфункция (дезорганизация) целостной личности и ее антропоцентрических констант.

Рассматривая целостность психической жизни пациента, мы должны стремиться к познанию его с позиции объемлющей целостности «человеческого», независимо от того, насколько многогранной психическая жизнь пациента может показаться в своей эмпирической (клинико-психопатологической) целостности. Как утверждал К. Ясперс: «Человек – это величайшая, предельная проблема любого знания».

Абрамов В.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ПСИХИАТРИИ: ПРИЧИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк, ДНР, Российская Федерация

Развитие традиционной для психиатрии диагностической стратегии всегда сопровождалось стремлением объяснить психопатологию, используя достижения нейронаук. Однако внедрить результаты фундаментальных исследований в клиническую психиатрию оказалось намного сложнее, чем в соматической медицине. Судя по всему, психиатрия еще очень долго будет использовать малоэффективные описательные диагностические стратегии и субъективные умозаключения психиатров. В этой связи представляется необходимым разработка и использование современных подходов к диагностике психических расстройств, основанных на системной оценке индивидуальной функциональной недостаточности больного, его фундаментальных клинико-антропологических констант и концепции многоосевого (многомерного) диагноза. Только в этом случае состояние пациента будет идентифицироваться на уровне полного клинического диагноза, расширяющего возможности эффективного лечения и реабилитации.

Ключевые слова: психиатрия, диагноз, ошибки, преодоление

Abramov V.A.
DIAGNOSTIC ERRORS IN PSYCHIATRY:
REASONS AND POSSIBILITIES TO OVERCOME
State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university»,
Donetsk, DPR, Russian Federation

The development of the diagnostic strategy traditional for psychiatry has always been accompanied by the desire to explain psychopathology using the achievements of neuroscience. However, it turned out to be much more difficult to implement the results of basic research in clinical psychiatry than in somatic medicine. Apparently, psychiatry will continue to use ineffective descriptive diagnostic strategies and subjective psychiatric reasoning for a very long time to come. In this regard, it seems necessary to develop and use modern approaches to the diagnosis of mental disorders based on a systematic assessment of the individual functional insufficiency of the patient, his fundamental clinical and anthropological constants and the concept of multi-axial (multidimensional) diagnosis. Only in this case the patient's condition will be identified at the level of a complete clinical diagnosis, expanding the possibilities of effective treatment and rehabilitation.

Keywords: psychiatry, diagnosis, errors, overcoming

Литература

1. Kendell R.E., Cooper J.E., Gourlay A.J. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1971; 25: 123-130.
2. Rosenhan D.L. On being sane in insane places. *Science* 1973; 179: 250-258.
3. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк: Донеччина; 2004. 271.
4. Frances A. RDoC is necessary, but oversold. *World Psychiatry*. 2014; 13: 47-49.
5. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E.H. et al. Child emotional and behavioral problems reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54: 492-494.
6. Kessler R.C., Berglund P., Demier 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.
7. Moffitt T.E., 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.
8. Copeland W., Shanahan L., Costello E.J. et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smokey Mountains Study. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*. 2011; 50: 252-261.
9. Mark T.L., Levit K.R., Buck J.A. Datapoints: psychotropic drug prescriptions by medical speciality. *Psychiatr Serv*. 2009; 60: 1167.
10. Евтушенко В.Я., Иванюшкин А.Я., Покуленко Т.А., Тихоненко В.А. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей. М.: Право и закон; 1996. 192.
11. Шнайдер К. Клиническая психопатология. 14-е изд. М.: Сфера; 1999. 296.
12. Снежневский А.В. Обследование психически больных: Руководство по психиатрии. М.; 1983: 187-193.
13. Фрумкин Я.П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. Киев: Госмедиздат; 1950. 200.
14. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Медицина; 1964. 291.
15. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика; 1997. 1056.
16. Полтавец В.И. Может ли украинская психиатрия принять новую международную классификацию? *Вісник Асоціації психіатрів України*. 1994; 1: 15-24.
17. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект»; 1997. 390.

18. 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: 203-213.
19. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Колибри; 2020. 1056.

References

1. Kendell R.E., Cooper J.E., Gourlay A.J. et al. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch Gen Psychiatry. 1971; 25: 123-130.
2. Rosenhan D.L. On being sane in insane places. Science 1973; 179: 250-258.
3. Abramov V.A. Standarty mnogoosovoi diagnostiki v psikiatrii [Standards for multi-axis diagnostics in psychiatry]. Donetsk: Donechchina; 2004. 271 (in Russian).
4. Frances A. RDoC is necessary, but oversold. World Psychiatry. 2014; 13: 47-49.
5. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E.H. et al. Child emotional and behavioral problems reducing overdiagnosis without risking undertreatment. Dev Med Child Neurol. 2012; 54: 492-494.
6. Kessler R.C., Berglund P., Demier 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.
7. Moffitt T.E., 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.
8. Copeland W., Shanahan L., Costello E.J. et al. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smokey Mountains Study. J Am Acad Adolesc Psychiatry. 2011; 50: 252-261.
9. Mark T.L., Levit K.R., Buck J.A. Datapoints: psychotropic drug prescriptions by medical speciality. Psychiatr Serv. 2009; 60: 1167.
10. Evtushenko V.Ya., Ivanyushkin A.Ya., Pokulenko T.A., Tikhonenko V.A. Etika prakticheskoi psikiatrii: Rukovodstvo dlya vrachei [Ethics of Practical Psychiatry: A Guide for Physicians]. Moscow: Pravo i zakon; 1996. 192 (in Russian).
11. Shnaider K. Klinicheskaya psikhopatologiya. 14-e izd [Clinical psychopathology. 14th ed]. Moscow: Sfera; 1999. 296 (in Russian).
12. Snezhnevskii A.V. Obsledovanie psikhicheskii bol'nykh: Rukovodstvo po psikiatrii [Examination of the mentally ill: A guide to psychiatry]. Moscow; 1983: 187-193 (in Russian).
13. Frumkin Ya.P. Kratkaya differentsial'naya diagnostika nekotorykh psikhicheskikh zabolevanii [Brief differential diagnosis of some mental illnesses]. Kiev: Gosmedizdat; 1950. 200 (in Russian).
14. Gannushkin P.B. Izbrannye Trudy [Selected works]. Moscow: Meditsina; 1964. 291 (in Russian).
15. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow: Praktika; 1997. 1056 (in Russian).
16. Poltavets V.I. Mozhet li ukrainskaya psikiatriya prinyat' novuyu mezhdunarodnuyu klassifikatsiyu? [Can Ukrainian psychiatry accept a new international classification?] Visnik Asotsiatsii psikiatriv Ukraïni. 1994; 1: 15-24 (in Russian).
17. Shumskii N.G. Diagnosticheskie oshibki v sudebno-psikhiatricheskoi praktike [Diagnostic errors in forensic psychiatric practice]. Saint Petersburg: Gumanitarnoe agentstvo «Akademicheskii proekt»; 1997. 390 (in Russian).
18. 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: 203-213.
19. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow: Kolibri; 2020. 1056 (in Russian).

Поступила в редакцию 16.11.2021