

ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРИНЯТИЮ ОБЪЕКТИВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ

А.В. Новохацки

Приводится анализ использования принципов и инструментария доказательной медицины с возможностью их применения в клинической психологии. Описаны исторические предпосылки возникновения и основные принципы доказательной медицины как нового подхода к решению клинических задач в области психического здоровья.

Ключевые слова: доказательная медицина, достоверность данных, клиническая психология, психическое здоровье.

В настоящее время в области клинической науки и практики формируется новый подход к рассмотрению каждого конкретного случая заболевания, получению информации необходимой клиницистам для определения стратегии оказания помощи пациенту. Наиболее ярко этот подход реализуется в рамках т.н. доказательной медицины (Evidence-based medicine). Целью нового подхода является разработка и применение клинических методов, позволяющих делать достоверные заключения, исключая феномен влияния систематических, случайных и иных ошибок. Подобный взгляд на проблему постановки диагноза и определение прогноза заболевания явился следствием взаимодействия клинической медицины, эпидемиологии и мета-анализа данных клинических исследований [1, 2].

Традиционное клиническое обучение ориентировано преимущественно на знание биологических механизмов развития заболеваний. Однако подобный подход может осуществляться лишь при определенных обстоятельствах, поскольку ответ на стоящие перед клиникой задачи формируется с учетом множества факторов (генетических, физических, психологических и социальных). При этом доказательства истинности клинических результатов исследования конкретного пациента либо группы пациентов становятся убедительными лишь в случае применения не только качественных интерпретаций этих данных, но и в случае, когда возможно обеспечить количественный подход, основанный на измерениях либо на т.н. задачах классификации объектов [1, 2].

В общепринятом в зарубежной и отечественной клинической науке и практике понимании медицина, основанная на доказательствах,

рассматривается как совокупность методологических подходов к проведению клинических исследований, оценке и применению их результатов. В «узком» смысле понимания этого термина «доказательная медицина» – это способ (разновидность) клинической практики, в которой клинический специалист применяет в ведении пациента только те методы, полезность которых доказана в математически доказательных исследованиях [2].

Формирование доказательного подхода в медицине в первую очередь обусловлено признанием того, что все элементы клинической науки и практики могут иметь качественно-количественное выражение, основываться на объективных доказательствах, опираясь на знания и опыт не конкретного специалиста, а совокупность достоверных исследований. Другими словами, медико-биологические науки (физиология, генетика, молекулярная биология, нейробиология и др.) обеспечивают основу для развития новых медицинских технологий, а доказательная медицина предоставляет инструменты для оценки степени, в которой эти технологии действительно способны принести пользу пациентам на практике (т. е. в условиях клинической медицины).

Предпосылками к формированию нового доказательного подхода явились многочисленные исследования Джона Веннберга и его коллег из Дартмутского университета в начале 1970-х гг. Было показано, что в разных штатах врачи рекомендовали пациентам с одинаковыми диагнозами и показателями лабораторных исследований различные методы лечения. В одних случаях это была медикаментозная терапия, в других хирургическое вмешательство. Результатом исследований стал вопрос о нали-

ции оснований в каждом конкретном клиническом случае о правильности и обоснованности квалификации диагноза и выбранной стратегии лечения. Позднее, завершение проекта исследователями RAND в г. Санта-Моника (штат Калифорния, США) привело к разработке методологии, позволяющей объединить экспертные заключения по имеющимся доказательствам, характеризующим специфические клинические варианты, в зависимости от уместности оказания помощи. В дополнение к выявлению значительного числа неадекватных (и, следовательно, потенциально ненужных, избыточных) вариантов лечения, в этих исследованиях подчеркивается степень, в которой многое при оказании медицинской помощи основывается на экспертных, часто расходящихся между собой мнениях, а не научных доказательствах [8, 9, 10].

Такого рода исследования привели к пониманию необходимости разработки общих принципов выбора стратегии оказания медицинской помощи, основанных на достоверных объективных данных. В настоящее время разрабатывается все больше инструментария, необходимого для обеспечения получения и анализа этих данных. Этот инструментарий включает в себя: рандомизированное контролируемое исследование; мета-анализ результатов клинических исследований; применение т. н. байесовских вероятностей для интерпретации результатов диагностических тестов, а также сложные математические методы для анализа и представления больших статистических баз результатов клинических исследований.

Особое внимание в рамках доказательного подхода уделяется клиническим проблемам оказания помощи лицам с психическими заболеваниями. Несмотря на достаточную методологическую разработанность доказательной медицины в клинике в целом, концепции доказательной медицины в области психического здоровья являются новым, мало изученным подходом, не обеспеченным к тому же адекватным инструментарием.

Основные проблемы применения доказательной медицины в этой области клинической практики связаны с нечеткостью критериев выделения нормы и патологии психической деятельности. Особые трудности при принятии решения о наличии той или иной психической патологии возникают в случае исследования лиц общей, неселективной в плане традиционных психиатрических контингентов популяции. В этом случае клинические специалисты сталкиваются как с мини-

мальными признаками клинически-очерченной психической патологии, так и с обычными повседневными жалобами, присутствующими у каждого практически здорового человека. С позиции Evidence-based medicine главной задачей при разграничении психической нормы и патологии является отделение требующих вмешательства клинических случаев от тех, которые обусловлены индивидуальными личностными характеристиками, и не требующими вследствие этого какого-либо наблюдения или консультации специалиста.

Однако в повседневной клинической практике большинство распределений переменных, отражающих показатели психического и личностного функционирования, не просто разделить на «норму» и «патологию», поскольку эти распределения не имеют отчетливых разрывов или двух различных пиков, один из которых соответствовал бы нормальному результату, а другой – патологическому. С точки зрения доказательного подхода разделение популяций на «психически здоровых» и «психически больных» представляется невозможным как минимум по двум причинам. Во-первых, многие психические заболевания протекают латентно, имеют свой период развития, проявляясь постепенным переходом по мере нарастания дисфункции от низких значений исследуемого показателя к высоким. Во-вторых, и здоровые, и больные фактически принадлежат к двум разным популяциям, распознать каждую из которых в общей массе населения практически невозможно, поскольку у разных больных один и тот же показатель, в отличие от показателей у больных соматическими заболеваниями, может принимать различные значения, перекрывая значения этого показателя у здоровых [2].

В то же время, несмотря на принятую практику выражения клинических данных непрерывным рядом значений, в современной клинической медицине весь спектр данных сводится к дихотомической квалификации по шкале «норма-патология». При этом принятие решения об отнесении конкретного испытуемого в группе «нормы» либо «патологии» основывается в большей степени на личном и научном опыте конкретного исследователя. Так, в клинической психиатрии основным методом исследования является клинический (экспертный), который для частного случая (предметная область «психиатрия») носит специфическое название и имеет специфическое содержание – «объективный психопатологический метод». Не вдаваясь в частности, следует отметить, что сущность метода

принятия решения (буквально – вынесения диагноза психического расстройства) в этом случае заключается в объективизации фактически субъективных оценок и выводов врача-психиатра по результатам клинических методов исследования (наблюдения, беседы, интервью, анализа материалов истории болезни и т. п.). В противовес этому сущность клинико-психологического исследования заключается в анализе данных экспериментально-психологического исследования, представляющих собой, как минимум, результаты качественно-количественных измерений. Как следствие врач-психиатр в той или иной мере при вынесении диагноза должен опираться на результаты экспериментально-психологического исследования, проведенного клиническим (медицинским) психологом. Эти результаты, в свою очередь, в большей мере доступны обработке и интерпретации в соответствии с критериями доказательной медицины, чем данные традиционного «объективного» психопатологического исследования. Однако следует заметить, что не только в России, но и за рубежом психиатрия считается отраслью медицины, которая, скорее всего, последней подвергнется влиянию доказательного подхода. Представляется, что приоритетность измерительной природы данных экспериментального исследования в клинической психологии создает предпосылки, во-первых, к первоочередной возможности включения клинической (медицинской) психологии в процессы распространения принципов доказательной медицины в клиническую практику, и, во-вторых, опосредованного (через практику медицинской психологии) и в силу этого более быстрого включения психиатрии в эти процессы.

В подтверждение этого тезиса отметим, что в аппарате доказательной медицины был разработан ряд принципов, соблюдение которых позволяет выносить более справедливые клинические заключения в каждом конкретном случае психического заболевания. При этом применение этих принципов на практике позволит более четко разграничить предметную область психопатологии (психиатрии) и клинической психологии, с другой стороны будет способствовать сведению как сугубо медицинских, так и клинико-психологических результатов к единой базе данных.

Одним из этих принципов является использование специалистом «байесовского» мышления (способность оперировать вероятностными, в т. ч. стохастическими либо сугубо статистическими категориями, предполагающими вероятностную оценку статистических данных, например, с помощью статисти-

ческих критериев оценки достоверности различий типа t-критерия Стьюдента). Теоретически, информация о значениях переменных, полученных в результате применения того или иного метода или методики, позволяет сделать вывод о наличии или отсутствии у испытуемого исследуемого патологического признака либо о степени (уровне) его выраженности. Однако на практике зачастую неизвестно, кто из обследованных обладает этим признаком, известно лишь то, кто из них имеет положительный либо отрицательный результат по методике.

Более 200 лет назад английский математик Томас Байес разработал теорему для расчета обратной вероятности, позволяющую «работать» «назад» – от результата теста на вероятность наличия заболевания. Подобный подход позволяет определить вероятность того, что состояние конкретного испытуемого соответствует результатам, полученным в ходе исследования, выполненного с учетом знания о достоверности и валидности использованного метода. При этом одним из ключевых элементов исходной информации должно быть и знание об общем состоянии популяции, в которую входит этот испытуемый. Сторонники доказательной медицины впервые предложили интерпретировать результаты диагностических тестов с учетом объединения чувствительности и специфичности теста для определения вероятности того, что исследованный пациент имеет именно тот результат, который и получен в ходе диагностики.

В дополнение к оценке тестов и процедур доказательная медицина также рассматривается как способ определения стандартов медицинской помощи, от скрининга для выявления целевых болезней (например, в рамках «ежегодной диспансеризации») до подробных рекомендаций относительно оказания специализированной помощи различным группам пациентов в преодолении их разнообразных проблем со здоровьем.

Следующим принципом, на котором основан доказательный подход, является – принцип пациент-центрированных результатов. Несмотря на то, что основное внимание клиницистов уделяется клиническим «конечным» точкам (т. н. «патогномичным симптомам»), сторонники доказательного подхода учитывают и второстепенные показатели, поскольку многие конечные точки не отождествляются с результатами, которые пациенты будут рассматривать как субъективно важные и влияющие на качество жизни больного. В

соответствии с вышеописанным, более достоверные данные об исходе психического заболевания, полученные на ранних этапах его развития, способствуют мобилизации функциональных возможностей больного, рациональному использованию его личностных ресурсов и повышению качества жизни в целом [3–5].

Также одним из принципов медицины, основанной на доказательствах, является наличие навыков критического чтения у клинициста. Для большинства специалистов чтение результатов клинических исследований представляет собой достаточно сложную задачу, обусловленную спецификой медицинского обучения. Доказательная медицина предлагает практикам новый системный подход к оценке достоверности и применимости многочисленных опубликованных результатов исследований в своей конкретной области о новых лекарственных препаратах, диагностических тестах, прогностических инструментах, лечебных процедурах и т. п. [6, 7]. В этом плане специальным образом организованные данные клинико- и экспериментально-психологического исследования психических функций и личностных характеристик могут служить достаточно информативным материалом при проведении обучения специалистов в области психического здоровья.

Таким образом, с точки зрения доказательной медицины при вынесении того или иного клинического решения в области психического здоровья необходимо рассмотрение всего спектра достоверных научно-обоснованных данных. При этом необходим учет не только результатов диагностических процедур и измерений, а также их критическое рассмотрение.

Обозначенные выше принципы на сегодняшний день находят широкий спектр применения в зарубежных исследованиях, и только начинают развиваться в отечественной науке. На практике доказательная медицина представляет собой явление, с участием партнерских отношений между клиническим опытом отдельных специалистов и использованием последних клинических исследований для улучшения ухода за пациентами. Доказательная медицина предоставляет исследователям инструменты, которые позволяют строго оце-

нивать эффективность всех аспектов медицинской помощи и формулирует основания для критической оценки специалистами научной информации в зависимости от области их практики.

Литература

1. Крупицкий, Е. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии / Е. Крупицкий, А. Борцов. – <http://www.narcom.ru/>
2. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины; пер. с англ. / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
3. Gill, T.M. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements / T.M. Gill, A.R. Feinstein. – JAMA. – 1994. – № 272. – P. 619–626.
4. Guyatt, G.H. Measuring health-related quality of life / G.H. Guyatt, D.H. Feeny, D.L. Patrick. – Ann Intern Med. – 1993. – № 118. – P. 622–629.
5. Guyatt, G.H. Health status, quality of life, and the individual / G.H. Guyatt, D.J. Cook. – JAMA. – 1994. – № 272. – P. 630–631.
6. Jaeschke, R. Users' guides to the medical literature. How to use an article about a diagnostic test. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group / R. Jaeschke, G. Guyatt, D.L. Sackett. – JAMA. – 1994. – № 271. – P. 389–391.
7. Laupacis, A. Users' guides to the medical literature. How to use an article about prognosis. Evidence-Based Medicine Working Group / A. Laupacis, G. Wells, W.S. Richardson, P. Tugwell. – JAMA. – 1994. – № 272. – P. 234–237.
8. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators // N. Engl. J. Med. – 1989. – № 321. – P. 406–412.
9. Wennberg, J. Small area variations in health care delivery / J. Wennberg, A. Gittelsohn. – Science. – 1973. – № 182. – P. 1102–1108.
10. Wennberg, J. Variations in medical care among small areas / J. Wennberg, A. Gittelsohn. – Science Am. – 1982. – № 246. – P. 120–134.

Поступила в редакцию 3 апреля 2010 г.

Новохацки Анастасия Васильевна. Магистрант кафедры клинической психологии Южно-Уральского государственного университета: for_anastazja@mail.ru.

Anastasia V. Novokhatski. Postgraduate student of the Chair Clinical Psychology, South Ural State University: for_anastazja@mail.ru.