

«В одну телегу впрячь не можно коня и трепетную лань»

(Ответ на статью S.N. Ghaemi «Аргументы за и против доказательной психиатрии»
[S.N. Ghaemi. The case for, and against, evidence-based psychiatry. Acta Psychiatr Scand. 2009 Apr;119(4):249-51]))

Зорин Н.А.¹

Столь выраженного и столь открытого неприятия значительным числом врачей нового направления – доказательной медицины (ДМ) - в истории медицины классической, пожалуй, еще не было. Фундаментальные науки и основанные на ней инструментальные методы диагностики и вмешательств она вобрала в себя достаточно легко и даже охотно. В этом смысле ДМ можно смело назвать медициной пост-классической. Что же произошло? Почему ДМ вызывает аффективно заряженные дискуссии? Она покусилась на святое – клинический метод.

Позвольте мне защитить следующие тезисы:

- Я полагаю невозможным гармонично объединить или примирить ДМ и гиппократовскую практику.
- Я также считаю, что вред, который ДМ способна нанести классической медицине, куда менее очевиден, чем вред, который уже наносят науке вообще, и медицине в частности, претензии клиницизма на научность.

S.N. Ghaemi не выступает против ДМ. Он лишь призывает нас не делать из нее идола, но при этом первенство, несмотря на отмеченные им недостатки, он все-таки оставляет за клиническим наблюдением. Если в начале статьи он говорит нам: *«Я думаю, что и нападения и защита ДМ, были ошибочны»*², то, подводя итог, он патетически восклицает: *«Нашей целью должно быть возрождение гиппократовского наследия о научном звучании клинического наблюдения, которое находится над и вне биологической теории, постмодернистского критического анализа, и индустриальной обработки числовой информации» (выделено мною НЗ)*. Как говорят в России: «Начал за здравие, а кончил за упокой».

«Мы нуждаемся во взвешенной критике ДМ – продолжает автор – не для того, чтобы разрушить, а скорее, чтобы улучшить ее, так как в противном случае она может быть неправильно понята, и даже стать предметом злоупотреблений».

Что касается злоупотреблений, то было бы странным, если бы их не было – они уже есть. Терминология ДМ давно стала для многих инструментом наукообразных и, в первую очередь, маркетинговых манипуляций. Но мы же не отказываемся от денег оттого, что существуют фальшивомонетки.

А возможность неправильного понимания? Согласно законам Мерфи, если что-то может быть неправильно понято, то оно непременно будет понято неправильно, и это подтверждает нам сам проф. S. N. Ghaemi. Дело в том, что ДМ никогда не провозглашала того, что ей приписывается в статье, где она выставлена как потенциальная Оксфордская тирания³. В этом смысле автор ломится в открытую дверь. Попытки объединить гиппократовскую клиническую практику и ДМ, «чтобы улучшить ее», едва ли ни с самого момента возникновения ДМ пытались сами творцы и апологеты ДМ: «Доказательная медицина – не медицина "поваренной книги". Поскольку она требует восходящего подхода, который объединяет лучшее внешнее обоснованное доказательство с индивидуальным клиническим профессионализмом и выбором пациента <.....> Внешнее обоснованное доказательство может осведомлять клинициста, но никогда не может заменить индивидуальный клинический профессионализм, и именно этот профессионализм необходим в решении вопроса о том, применимо ли внешнее

¹ Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, Факультет фундаментальной медицины; nzorin@inbox.ru

² Курсивом синего цвета напечатаны цитаты из текста разбираемой статьи.

³ Под оксфордской тиранией имеется в виду интеллектуальное влияние созданного в Оксфорде первого отделения Кокрановского сотрудничества, ставшего эпохальной вехой в становлении ДМ.

доказательство к индивидуальному пациенту, и если да, то как оно должно включаться в клиническое решение» [3].

На мой взгляд, подобные определения ДМ только размывают границу отличий ДМ от медицины классической (в том числе и научной, опирающейся на фундаментальные исследования). Я не отношусь к сторонникам соединения этих двух форм медицины, *точнее я считаю его невозможным*. Клиническая практика и доказательная медицина – две принципиально различные медицинские стратегии.

Но сначала о клиническом методе.

Против клинического наукообразия

Автор пишет: *«Существует, и всегда был, второй подход, намного более скромный и простой – идея о том, что клиническое наблюдение прежде всего должно предшествовать любой теории, то, что теориями нужно пожертвовать ради наблюдений, но не наоборот, что клинические факты являются более важными, чем какая-либо теория и что лечение должно также быть основано на наблюдениях, а не на идеях»*.

Идея столь же живучая, сколь древняя и также некритически воспринимается медицинским сообществом, как и теория гуморального равновесия Галена. Поистине, человеческая ментальность меняется со скоростью геологических процессов... О том, что наблюдения без теории «чисты», а теории только заслоняют «природную чистоту» проявлений болезни, после Гиппократов писали и медики XVII - XVIII веков («Все теории всегда замолкают или исчезают у постели больного», Corvisar, 1808 г [Цит. по 8]), и российские справочники по психиатрии, и объявившие себя «атеоретическими» классификации болезней DSM (III) и МКБ.

Как можно видеть, декларируемая «беспристрастность» превращает болезнь в кантовскую *das Ding an sich*, («вещь в себе»), существующую независимо от нашего сознания. Между тем большинство болезней в нынешнем виде существуют не иначе, как *теоретические конвенции*.

Надо специально отметить, что если наиболее одаренные психиатры ратуют за «атеоретичность» в силу охваченности идеями феноменологической школы (Гуссерль, Бретнатано и др.), другие – из идеологических соображений, где, как я думаю, «беспристрастность», якобы фиксирующая «природную чистоту фактов», избавляла их от моральной ответственности при постановке «непопулярных» диагнозов (А.В. Снежневский), то для подавляющего большинства врачей оно возникло *из самого факта неприятия теоретического мышления*. Можно сказать, что антагонизм теоретического мышления и практической смекалки архетипичен для человеческого мышления вообще. Правда, ранее я наивно полагал, что пристрастие к теориям приравнивается к безделью и противопоставляется добродетелям ремесленной клинической практики только в такой исторически крестьянской стране, как Россия.

Однако, независимо от мотивов провозглашения добродетелей «беспристрастного наблюдения», зададимся еще раз вопросом: возможно ли оно в принципе? Вопрос этот давно решен в философии (которую врачи не жалуют). В моих прежних статьях [5] я уже приводил аргументы и примеры *принципиальной невозможности беспристрастного наблюдения*. Поскольку прежде чем наблюдать, исследователь *должен решить, что именно он будет наблюдать* (философский тезис о теоретической «нагруженности» опыта). Австрийский методолог науки, Сэр Карл Поппер наглядно иллюстрировал это прямо на лекции (а автор настоящей статьи это неоднократно повторял со своими студентами), предлагая им взять карандаши, наблюдать и записывать. Тотчас же из аудитории обязательно раздавался вопрос: «А что именно надо наблюдать?»...

Еще один знаменитый методолог науки Имре Лакатос [6], говоря о психологии наблюдения и критикуя то, что К. Поппер называл натуралистической концепцией наблюдения, писал: «Для всех школ классического джастификационизма характерна особая *психотерапия*, посредством которой они приготавливают сознание к восприятию

блаженства доказанной истины через мистическое соприкосновение. Так, для классических эмпиристов правильное сознание есть *tabula rasa*, лишенная всякого первичного содержания, свободная от любых теоретических предрассудков... <.....>...причина в том, что нет и не может быть ощущений, не нагруженных ожиданиями, и, следовательно, *нет никакой естественной (то есть психологической) демаркации между предложениями наблюдения и теоретическими предложениями* (у И. Лакатоса здесь идет ссылка на Н. Бора). И еще: «Именно психология определяет, что такое «правильное», «нормальное», «здоровое», «неискаженное», «точное» или «научно значимое» состояние чувств – или даже состояние души как таковой – при котором возможно истинное наблюдение <...>. Например, Аристотель и стоики под правильным сознанием понимали сознание человека, здорового с медицинской точки зрения».

В России мне уже приходилось писать по этому поводу, что особенно странно слышать о каком-то «непредвзятом» или «объективном» наблюдении» от людей, по долгу службы ежедневно сталкивающихся именно с *обманами восприятия* той самой действительности, которую они числят объективной почему-то только в своем собственном восприятии, не говоря уже о том, что именно в их среде следует ожидать накопления лиц, имеющих склонность воспринимать реальность особым образом.... [5].

Клинический метод конечно *вне (beyond)*, но никак не *над (above)* биологическими теориями. Тем более что теории в медицине, и в психиатрии особенно, бывают не только биологическими. Медицинская практика (где цветет клинический метод) – *вообще не наука*, а ремесло, местами уже переросшее в управляемое рынком промышленное производство, которое науки снабжают технологиями. В ДМ применяется одна из таких технологий (основанная на математике и логике), кстати, совершенно не специфичная для медицины, так как позволяет взвешивать доказательства о влиянии любых форм вмешательств (пропаганды, молитвы и т.п.) [2]. К сожалению, в собственно клиническом наблюдении нет ничего научного. Это – форма донаучного знания, пригодного только для постановки гипотез. *Наука начинается там, где появляется теория* [5]⁴. Впрочем, S.N. Ghaemi сам невольно противопоставляет науку и клинику: но важно делать как клинические, так *и* научные выводы (выделено мною, НЗ). Медицина переполнена гиппократовскими ремесленниками, считающими, что они занимаются наукой. Апологеты рутинного клиницизма обычно заканчивают отрицанием математики, как научного инструмента: «...Критики называют доказательную медицину "все более модным направлением, исходящим от молодых, самоуверенных и крайне многочисленных медиков, стремящихся принизить работу опытных клиницистов путем сочетания эпидемиологического жаргона и манипуляций статистическими методами" [4]. А многие чисто клинические статьи по-прежнему имеют «средневековый» вид, e.g. классификация газоиспускания, которое «..... неофициально подразделяется на несколько типов соответственно наиболее характерным его проявлениям: «Шипучее», «Фукающее», «Пулеметное», «Взрывное».<.....> Запах не является характерным признаком».... [7].

Подтверждение объективности и непредвзятости клинического метода автор находит в сходстве древних и нынешних клинических наблюдений: «*Клиническое наблюдение и исследование, в отличие от этого, более устойчивы: в сегодняшней Большой депрессии можно узреть ту же самую, описанную Гиппократом меланхолию; та же самая мания, которую Аратеус Каппадокийский объяснил во втором столетии нашей эры, видна в сегодняшней мании (конечно социальные и культурные факторы играют роль, и эти представления, согласно мнению социальных толкователей в зависимости от эпохи несколько меняются)*». Это типичный пример доказательства *Idem per Idem*. «Почему мы так долго заблуждались?» - вопрошает автор по поводу теории гуморов Галена. Да потому, что это не вера в неправильную теорию, а *именно непредвзятое клиническое наблюдение* бесконечно «подтверждало» и, тем самым, воспроизводило одни и те же догмы изначально предвзятого, но неосознаваемого видения

⁴ Вопрос этот, несомненно, упрется в определение термина «наука». Я исхожу из того, что для науки, по меньшей мере, обязательны воспроизводимость и математический аппарат, позволяющий проверять выдвигаемые *теории*.

мира через призму первородной теории равновесия гуморов. Пока оно не сменилось новой догмой внезапно «прозревших» клиницистов. До сих пор клиницисты «видят» то, что видели их предшественники, так как они *читают те же книги*, которые задают им ожидания, и учатся друг у друга, и после этого они «подкрепляют» усвоенное, якобы «отказавшись от теоретических измышлений» все «новыми» и «новыми» наблюдениями. Именно *поэтому* так похожи болезни гиппократовской и нынешней эпох! Когда же дело доходит до очевидного абсурда, и дальше обманывать чувства становится невозможным, начинаются разговоры о «патоморфозе», который, дескать, радикально изменил «классические» формы болезней. Коррективы, которые вносит социальная жизнь в видение феномена, порой сводятся лишь к замене их названий на более «современные». Так, «вселившийся в больного дьявол» эпохи средневековья уступил место своему эвфемизму, «эндогенному процессу» (так в России до сих пор называют шизофренический процесс, подчеркивая его генетическое происхождение). Неизвестно еще что хуже, вселившийся в больного Дьявол или вселившийся в него «эндогенный процесс», так как последний, к сожалению, уже нельзя изгнать....

Медицинская практика всегда была и остается чрезвычайно мифологизированной. Она пронизана обоюдными, культурно-заданными ожиданиями врача и пациента, различного рода верованиями (во «Всемогущество медицинской науки», в особую «объективную клиническую реальность» [5] или в «народную медицину», «забытое и вновь обретенное знание», в «свой метод» и пр. и пр.). Более того, значительная часть медицины вообще и коммерческой медицинской практики в особенности, это *целенаправленное создание мифов о действии вмешательства*, ориентированное прежде всего на то, чтобы больной *остался доволен лечением*; это культивирование психологии в отношениях врач-больной. Порой это – «создание нового видения проблемы» и больным и, заодно, врачом.

— Ну, вылечил тебя твой психоаналитик от энуреза?

— Нет, энурез остался, но я научился им гордиться!

В отличие от классической клинической медицины, ДМ – демифологизирующая практика⁵. ДМ – *это развенчание мифов о действии вмешательства, это максимально возможное «устранение» психологии из процедуры проведения клинических испытаний и из оценки результатов вмешательств* путем «ослепления» и больного, и врача, и даже статистика, обрабатывающего материал («слепой» контроль, «слепая» рандомизация и пр.). Слово «устранение» стоит в кавычках, так как в строгом смысле устранить ее совсем – невозможно; это – перевод «психологии предвзятости» (например, предвзятого наблюдения или предвзятого отбора в группы сравнения) в «психологию случайных ошибок», поддающихся статистической оценке. С точки зрения ДМ, успешно лечить - это сделать так, чтобы *объективно* исчезли те или иные симптомы болезни, а не добиваться того, чтобы больной остался доволен. «Бездушная дисциплина!» – аргумент врачей вообще и психотерапевтов в особенности в споре о приятии/неприятии ДМ. Этой «бездушной» дисциплине действительно неинтересно мнение больного, как это не странно слышать.

Я далек от мысли предлагать отбросить клинический метод и полностью разделяю мнение классиков российской клинической медицины о том, что если больному после разговора с врачом не стало легче – это плохой врач. Однако все это имеет мало отношения к науке о болезнях.

Клиницистам давно надо перестать претендовать на лидерство в *научной* медицине и прекратить направлять фундаменталистов. Ученые, направляемые (а я сказал бы – вводимые в заблуждение) клиницистами, например, постоянно путают классификации с Природой и тем самым «ставят телегу впереди лошади». До сих пор, например, ученые ищут генетические причины психических болезней, e.g [1] у больных, отобранных для генетического анализа по ICD-10 или DSM-III – классификациям, из которых то и дело исчезают целые группы психических расстройств....

⁵ Конечно, ДМ также угрожает стать мифом, но миф способен поглотить любое явление.

«Главная проблема с ДМ, по моему мнению, состоит в том, что ее продукт проводится в промышленных масштабах, и доводится до совершенства в башне слоновой кости, что возвращает нас к высокомерию Галена». Я не вижу никакой проблемы с ДМ. По аналогии с биологией можно сказать, что ДМ, прежде всего, это стратегия выживания вида, а клиническая практика – стратегия выживания индивида. Болезни, с точки зрения биологии, являются всего лишь формами приспособления к условиям постоянно меняющейся среды путем отсева непригодных (смерть) или сохранения ущербных (серповидно-клеточная анемия) особей, что и обеспечивает не только выживание, но и приспособительное совершенствование человека как ВИДА. Биологии «наплевать» на погибших в этой борьбе или инвалидизированных индивидуумов. Она «озабочена» ВИДОМ Человека в целом.

Точно так же «непопулярным мерам» государственной политики, иногда ущемляющей права и свободы и даже жизнь отдельных граждан, противостоит институт правозащитников, занятых решением проблем единичного человека (case), и этим достигается равновесие, относительная гармония.

Эти две стратегии *невозможно примирить или объединить*. Такова апория! Кроме того, они не вытекают одна из другой и не образуют иерархии. Они всегда параллельны и взаимодополнительны, и надо лишь отдавать себе отчет в их предназначении и заботиться о том, чтобы одна из идеологических соображений не уничтожила другую.

ДМ несовершенна? Да! Но и демократия, как известно, всего лишь самое лучшее из существующих несовершенств.

Отличия классической медицины от ДМ

Классическая медицина	Доказательная медицина
• Мифологизация	• <i>Демифологизация</i>
• Понятие «хорошего лечения» как удовлетворение запросов больного; построение лечебного процесса на психологии отношений сторон.	• <i>Не зависит от мнения и желания больного или врача («бездушная дисциплина»). Построение лечебного процесса на основе научно-обоснованных фактов.</i>
• Опора на органы чувств; очевидность: «...а мы видим эффект!».	• <i>«Выключение» органов чувств. Понимание того, что человеку свойственно видеть то, что он хочет, и не видеть того, чего он видеть не желает.</i>
• Инструментальные методы; суррогатные исходы	• <i>Клинические исходы</i>
• Опора на фундаментальные науки (знание механизма; суррогатные критерии)	• <i>Клинические исходы, «черный ящик» – механизм не важен</i>
• Статистика	• <i>Да, но без систематических ошибок</i>
• Малые выборки	• <i>Эпидемиологический масштаб</i>
• Медицина «авторитетов»	• <i>Медицина научных доказательств</i>
• Стремление к «однозначной определенности» и абсолютным цифрам	• <i>Вероятностные категории</i>

Таким образом, я не вижу способа (да и особой надобности) примирения (или взаимоулучшения) этих двух стратегий, основанных на двух, почти антагонистических формах ментальности. Всегда будут существовать ученые, разрабатывающие современные технологии медицинских вмешательств и проверяющие их на эпидемиологическом по масштабам материале, которых интересует медицина и здравоохранение как ВИД, и ремесленники (или рабочие конвейера), в той или иной степени применяющие предложенные им технологии, но озабоченные, прежде всего нетленными гиппократовскими ценностями – сохранением душевного равновесия больного, его утешением, оставлением в неведении о грядущем (что, правда, ныне подорвано институтом информированного согласия, совсем не по-гиппократовски перекладывающим ответственность за решения на самого больного). Но это уже другая тема.

Источники

1. Hugh M. D. et al., Genetic Association and Brain Morphology Studies and the Chromosome 8p22 Pericentriolar Material 1 (*PCMI*) Gene in Susceptibility to Schizophrenia *Arch Gen Psychiatry* // *Arch Gen Psychiatry*. 2006 August; 63(8): 844–854.
2. Roberts L., Ahmed I., Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
3. Sackett D.L. et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't // *BMJ* 312 (7023), 13 January, 71-72.
3. Гринхалх Т. Основы доказательной медицины, М., Издательский дом "ГЭОТАР-МЕД", 2004. 240 с. (Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence-based medicine. *BMJ Books/Blackwell Pub.*, 2006)
4. Зорин Н.А. Что такое «клиническая реальность» и как ее понимают отечественные психиатры? // *ЛОГОС Философский журнал* 1'98:321-331.
5. Лакатос И. Методология исследовательских программ: — М.: ООО «Издательство АСТ» ЗАО НПП «Ермак» 2003, с. 22-23 (Lakatos I. The methodology of scientific research programmes. *Philosophical Papers*, Vol. I. Edited by J. Worrall, G. Currie. Cambridge UNIVERSITY PRESS, p.23)
6. Руководство по терапии в 2-х томах. М., Мир, 1997, т. I, с. 577 (The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, On-line version/ "Flatulence" URL http://www.merck.com/mmpe/sec02/ch008/ch008d.html#tb008_5)
7. Фуко М., Рождение клиники. М., Смысл, 1998, с.166 (Foucault M. *Naissance de la clinique*. Quadrige / Presses Universitaires de France, Paris, 1963)