

## «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.<sup>1</sup>

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»*<sup>2</sup>, 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 тирания<sup>3</sup>. 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

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

<sup>2</sup> Курсивом синего цвета напечатаны цитаты из текста разбираемой статьи.

<sup>3</sup> 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]<sup>4</sup>. 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

---

<sup>4</sup> 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 практика<sup>5</sup>. 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....

---

<sup>5</sup> 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

<b>Классическая медицина</b>	<b>Доказательная медицина</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мифологизация</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Демифологизация</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Понятие «хорошего лечения» как удовлетворение запросов больного; построение лечебного процесса на психологии отношений сторон.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Не зависит от мнения и желания больного или врача («бездушная дисциплина»). Построение лечебного процесса на основе научно-обоснованных фактов.</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опора на органы чувств; очевидность: «...а мы видим эффект!».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>«Выключение» органов чувств. Понимание того, что человеку свойственно видеть то, что он хочет, и не видеть того, чего он видеть не желает.</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инструментальные методы; суррогатные исходы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Клинические исходы</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Опора на фундаментальные науки (знание механизма; суррогатные критерии)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Клинические исходы, «черный ящик» – механизм не важен</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Статистика</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Да, но без систематических ошибок</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малые выборки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Эпидемиологический масштаб</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медицина «авторитетов»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Медицина научных доказательств</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стремление к «однозначной определенности» и абсолютным цифрам</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Вероятностные категории</i></li> </ul>

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](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)