

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДИНАМИКЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Ассанович М. В.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Существующие современные dimensionальные модели шизофрении и близкое появление МКБ-11 ставят специалистов в области психиатрии перед необходимостью количественного оценивания выраженности психопатологических конструктов у каждого пациента, страдающего данным расстройством. С этой целью перспективно использование адаптированных современных шкал SAPS, SANS, PSYRATS, DSR, BAVQ-R, представляющих собой инструменты оценки изменения состояния пациента в динамике терапевтического процесса.

Оценка клинического эффекта в процессе фармакотерапии включает в себя как минимум два обследования пациента с помощью одной и той же клинико-метрической шкалы. Первое обследование производится в начале терапии, повторное обследование - через определенный промежуток времени. В обоих случаях в качестве оценочного критерия используется общая суммарная оценка по шкале. Далее оценивается величина различий между первичной и повторной оценками. Однако, основной вопрос, на который следует ответить в процессе оценивания, заключается в том, связана ли разница между оценками с реальными изменениями или она обусловлена случайной ошибкой измерения. К сожалению, на сегодняшний день ни одна клиническая шкала оценки выраженности симптомов шизофрении, используемая в Республике Беларусь, не обладает измерительными характеристиками, которые позволили бы определить, с чем связаны различия в суммарных баллах при повторных исследованиях. Многие пользователи клинических шкал вообще не подозревают о том, насколько неточные или ложные результаты они могут получить, игнорируя измерительные правила использования клинικοметрических шкал в

психиатрии. Многие воспринимают клинические шкалы как медицинские диагностические инструменты, забывая о том, что оценка выраженности психопатологических симптомов построена на совсем иных принципах измерения по сравнению с медицинской инструментальной или лабораторной диагностикой. Главное отличие состоит в том, что оценка выраженности психопатологических симптомов подчиняется законам психометрического исследования. Это означает, что суммарная оценка по шкале не имеет прямой эквивалентной связи с тем уровнем выраженности психопатологии, который по идее должен соответствовать данной оценке. В эту связь всегда вмешивается ошибка измерения. Отсюда интерпретация полученной шкальной оценки должна проводиться с учетом ошибки измерения. В психометрике в качестве переменной, описывающей величину ошибки измерения, используется стандартная ошибка измерения (SEM). Данная переменная связана с дисперсией оценки по шкале и надежностью шкалы: $SEM = SD\sqrt{1-r}$, где SD – среднее квадратичное отклонение суммарной оценки, r – надежность шкалы. Таким образом, для того чтобы оценить меру ошибки измерения в оценке выраженности психопатологической симптоматики, следует знать величину надежности шкалы и параметры распределения оценок в популяции. Возникает вопрос: владеет ли подобной информацией кто-либо из пользователей рейтинговых шкал оценки выраженности психопатологической симптоматики? Многие пользователи даже не подозревают о том, что такая информация вообще существует или должна быть указана в руководстве к методике. Вместе с тем, именно величина ошибки измерения показывает, насколько мы можем доверять полученным оценкам и баллам. Особую значимость данный вопрос имеет для оценки выраженности симптомов в динамике терапии. Повторные исследования проводятся в иных временных, а зачастую и пространственных условиях, что предъявляет особые требования к точности получаемых результатов.

В последние десятилетия в клинической психометрике разработан показатель, который дает возможность оценить реалистичность разницы в оценках при повторных использованиях клинических шкал для измерения выраженности психопатологических симптомов. Данный индекс получил название «Индекс надежности изменений» (RCI). Он был разработан американскими исследователями Jacobson и Truax в 1991 году в ходе исследования эффективности психотерапии. RCI по сути представляет собой величину разницы между повторной и первичной оценками, стандартизованную по стандартной ошибке этой разницы. Математически данный индекс можно представить следующим образом: $RCI = \frac{\Delta X}{SEM_{dif}}$, где ΔX – величина разницы между оценками, SEM_{dif} – стандартная ошибка измерения разницы.

Как интерпретируется RCI? Для ответа на этот вопрос следует понять сущность этого индекса. По сути, он показывает, сколько стандартных ошибок измерения находится в величине разницы между оценками. Совершенно очевидно, что если величина SEM_{dif} будет превышать величину различий между первичной и повторной оценками, то это означает, что величина различий меньше ошибки измерения этих различий. Естественно, в этом случае, ни о каких изменениях в выраженности симптоматики речи не идет, поскольку наблюдаемые различия объясняются ошибкой измерения. В связи с этим возникает вопрос: существуют ли точные критерии оценки величины индекса RCI, которые бы достоверно могли говорить о том, реальны различия или случайны?

К сожалению, однозначных критериев нет, поскольку оценка различий в выраженности психопатологической симптоматики подчиняется законам измерения латентных переменных. Измерение латентных переменных носит вероятностный характер. Поэтому для интерпретации значения RCI можно предложить только вероятностные критерии, которые показывают, с какой долей вероятности можно интерпретировать значение этого индекса как

показателя реальных различий в оценках. Для того, чтобы выделить эти вероятностные критерии, следует принять допущение классической теории измерений о нормальном распределении ошибок измерения. В этом случае значение индекса RCI аппроксимируется z-распределением. Как известно, в медицинских и клинических исследованиях принято доверять данным, имеющим вероятность воспроизведения не менее 95%. При аппроксимации к z-распределению 95%-ой вероятности соответствует значение z-оценки, равной 1.96. Отсюда следует, что если принять в качестве вероятностного порога реалистичности изменений порог, равный 95%, то пороговым значением индекса RCI будет значение, равное 1.96. Обращаясь к сути данного индекса можно сказать, что если величина разницы между оценками будет превышать стандартную ошибку этой разницы в 1.96 раза и более, то с 95%-ой вероятностью можно утверждать, что различия в состоянии пациента носят реалистичный характер и, скорее всего, связаны с действительным изменением выраженности психопатологической симптоматики.

В заключение отметим, что индекс RCI представляет собой перспективный показатель научно-обоснованной оценки клинических изменений в динамике психофармакотерапии. Отсюда вытекает необходимость расчета данного индекса для каждой клинко-психометрической шкалы оценки выраженности симптомов. В таком случае клиницист всегда сможет с достаточно высокой степенью точности оценить реалистичность наблюдаемых клинических изменений.