

недостаточности социального интеллекта испытуемого.

Таким образом, на основании результатов проведенного аналитического исследования можно сделать следующее заключение. Шкала L MMPI содержит утверждения, обладающие только повышенным и высоким уровнем трудности. Это обуславливает сниженную вероятность предоставления ключевого ответа на данные утверждения большинством испытуемых. Тем самым объясняется довольно невысокая распространенность установки на социальную желательность среди испытуемых при исследовании с помощью MMPI. Шкала L явно нуждается в усилении другими утверждениями с более низким уровнем трудности. Однако отдадим должное этой шкале, поскольку, если уж она «срабатывает» в профиле, то речь идет о действительно выраженной установке на социально благоприятное самовосприятие и связанную с этим ограниченность понимания условного характера социальных стандартов. С практической точки зрения, особенно актуальны утверждения 60, 135, 150, 165. Ответ «нет» на эти пункты свидетельствует о максимальной выраженности оцениваемой характеристики. Учитывая высокую трудность утверждений, здесь мы видим не просто тенденцию к социально позитивной самопрезентации, а устойчивый (стилевой) паттерн социального взаимодействия. Клиническая оценка лиц, набравших высокие значения по шкале L, показала наличие у них истерического механизма психологической защиты, с одной стороны, и ананкастность в решении социально-профессиональных задач, с другой. Нередки высокие значения по шкале L у таких профессиональных групп, как юристы и педагоги.

## **КАТЕГОРИИ И ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИИ**

**Ассанович М.А., Ассанович М.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Беларусь

Эффективная диагностика является важной составной частью качественной помощи в медицине в целом, и в психиатрии в частности. Критериями эффективности диагностического процесса выступают такие характеристики, как точность, полнота и экономичность. Вместе с тем, достижение приемлемого уровня эффективности в психиатрической диагностике встречает ряд трудностей. Главным образом это обусловлено тем, что диагностические решения выносятся преимущественно на основе субъективной оценки специалистом полученной информации. (Речь идет об отечественной психиатрии). Использование субъективных способов диагностики автоматически обуславливает высокую вероятность возникновения различных диагностических ошибок. Причинами таких ошибок могут быть

недостаточная коммуникативная и психологическая компетентность психиатров (к сожалению, в отечественной психиатрии это скорее частое, чем редкое явление), недостаток времени, отсутствие навыков использования дополнительных шкальных методик клинической оценки, практически полное отсутствие стандартизированного интервьюирования и применительно к задачам настоящей работы низкая компетентность в области доказательной медицинской диагностики. Положение усугубляется теоретическими проблемами нозологической классификации в психиатрии, практическим следствием которых является условность и размытость диагностических критериев психических расстройств.

Целью настоящей статьи является прояснение некоторых важных, с точки зрения качества диагностики, понятий и категорий, которые могут быть как минимум отрефлексированы специалистом при осуществлении диагностических действий в психиатрии. Учитывая, что базовым методом получения клинической информации в сфере психического здоровья является диагностическая беседа, именно применительно к ней мы и рассмотрим категории и принципы эффективной диагностики. Сразу оговоримся, что в данной работе мы не будем затрагивать личностно-зависимые аспекты взаимодействия специалиста, оказывающего помощь, и пациента. Речь пойдет об аспектах, имеющих отношение сугубо к качеству диагностической информации.

В ходе диагностической беседы психиатр (клинический психолог или психотерапевт) задает различные вопросы, направленные на выяснение переживаний пациента, выявление симптомов, динамики расстройства, личностных особенностей, жизненной ситуации и т.д. Вопросы ставятся самые разные. Одни из них составляют шаблонный набор диагностических вопросов, которыми владеет каждый специалист. Другие носят индивидуальный характер, обусловленный профессиональным опытом данного конкретного специалиста. Как ни странно, и те и другие должны удовлетворять одним и тем же критериям диагностической эффективности. О том, насколько эффективны поставленные вопросы, редко задумываются практикующие специалисты. Обычно, расспрашивая пациента, психиатр (психотерапевт) руководствуется клинической интуицией, которая включает весь усвоенный опыт профессиональной деятельности. Однако профессиональный опыт может быть ограничен, что, в свою очередь, накладывает ограничения и на интуитивно ведомый диагностический процесс. Между тем, существуют определенные понятия и вытекающие из них рекомендации, понимание и использование которых могло бы обогатить клинициста осознанными приемами эффективного сбора диагностической информации. Рассмотрим эти понятия более подробно.

**1. Вероятностный характер диагностики.** Точная постановка диагноза всегда имеет вероятностный характер. В зависимости от условий диагностического процесса, задаваемых вопросов, отношений

и других факторов правильный диагноз может быть поставлен лишь с определенной степенью вероятности. Здесь могут значительно расходиться субъективные представления специалиста о собственной правоте и уровне профессионализма с реальным положением дел.

**Рекомендация.** Всегда примерно оценивать вероятность постановки правильного диагноза на основании полученной информации.

**2. Классическими понятиями диагностического раздела доказательной медицины являются «чувствительность (сенситивность)» и «специфичность».** Чувствительность (сенситивность) диагностического теста определяется как доля пациентов с уже ранее установленным диагнозом, у которых данный тест правильно определил этот диагноз. Чем выше чувствительность, тем с большей степенью вероятности отрицательный результат теста будет свидетельствовать об отсутствии выявляемого расстройства. Это обусловлено тем, что увеличение доли пациентов с выявленным расстройством автоматически уменьшает долю пациентов с ложноотрицательным результатом. Поэтому отрицательный результат теста будет с большей степенью вероятности исключать индивида из группы пациентов с данным диагнозом. Однако чувствительность теста никак не оценивает вероятность ложной диагностики. Для контроля доли лиц с ложноположительным результатом введена категория специфичности. Специфичность диагностического теста соответствует доле лиц, заведомо не имеющих диагностируемого расстройства, у которых тест показал отрицательный результат, т.е. доле лиц с истинно отрицательным результатом. Чем выше специфичность теста, тем меньше доля лиц с ложноположительным результатом. Следовательно, имеется высокая вероятность того, что лица с положительным результатом будут относиться к группе пациентов с диагностируемым состоянием. Другими словами, специфичность обуславливает высокую прогностическую ценность положительного результата теста.

В контексте диагностической беседы рассмотренные выше категории относятся к задаваемым пациенту вопросам и ответам на них. Например, вопрос «Снижено ли у вас настроение в последнее время?» отличается высокой чувствительностью по отношению к депрессии, поскольку практически все депрессивные пациенты отвечают позитивно на этот вопрос. В то же самое время с достаточно большой частотой ответ «да» могут давать и люди, не страдающие депрессией. Поэтому, несмотря на высокую чувствительность к депрессии, положительный ответ на вопрос «Снижено ли у вас настроение в последнее время?» может давать большую долю ложно позитивных ответов. С точки зрения диагностической эффективности, интересен ответ «нет» на данный вопрос. В случае отрицательного ответа, при условии отсутствия защитной установки, с большой степенью вероятности индивид не будет относиться к группе депрессивных. Таким образом, приведенный выше в качестве примера вопрос о сниженном настроении имеет высокую диагностическую ценность только в связи с высокой специфичностью

ответа «нет».

**Рекомендация.** В ходе диагностической беседы субъективно оценивать, насколько чувствительны и специфичны к тому или иному психическому расстройству задаваемые вопросы и ответы пациента на них.

**4. Еще один фактор, влияющий на эффективность диагностики, относится в распространенности психических расстройств и состояний, наличие которых у пациента оценивает специалист.** Общая закономерность состоит в том, что, чем выше распространенность расстройства или состояния, тем более высокую прогностическую ценность будут иметь диагностические вопросы, причем даже имеющие посредственные значения специфичности и чувствительности. Недооценка распространенности часто значительно снижает валидность различных шкал экспресс-диагностики. (Поясним, что валидность – психометрическая характеристика диагностического метода, показывающая, насколько эффективно данный метод оценивает то состояние, для оценки которого он предназначен, т.е. валидность синонимична диагностической эффективности). Если распространенность состояния в популяции примерно ниже 25-30%, то ожидается невысокая **прогностическая ценность результатов** диагностики. Она может быть повышена только за счет высоких значений чувствительности или специфичности. В доказательной медицине **прогностическая ценность** определяется как вероятность наличия диагностируемого состояния у данного конкретного пациента с еще неизвестным состоянием при тех или иных результатах диагностики. Наряду с уже рассмотренными специфичностью и чувствительностью, прогностическая ценность также является характеристикой теста. Однако между этими характеристиками есть принципиальное различие. Значения чувствительности и специфичности оценивают, насколько хорош диагностический метод в выявлении лиц с уже известным диагнозом. В отличие от них прогностическая ценность показывает вероятность правильного диагноза у индивида с неизвестным диагнозом. В зависимости от результатов различают прогностическую ценность положительного и отрицательного результатов. Прогностическая ценность рассчитывается по специальным формулам, учитывающим распространенность расстройства и уже рассмотренные выше характеристики диагностической эффективности. При заданной распространенности прогностическая ценность информации в пользу диагноза тем выше, чем выше специфичность диагностического вопроса. Прогностическая ценность отрицательного ответа зависит от чувствительности задаваемого вопроса. Например, вопрос «*Бывают ли у вас периоды, когда вы находитесь в тревожном состоянии?*» обладает высокой чувствительностью, но низкой специфичностью в плане диагностики генерализованного тревожного расстройства (ГТР). В связи с этим, прогностическая ценность положительного ответа на этот вопрос будет низкой, учитывая низкую специфичность вопроса и невысокую распространенность данного расстройства. Действительно, какова

вероятность, что человек, испытывающий периодически тревожное состояние, будет обязательно страдать ГТР? Вместе с тем, практически все больные ГТР дадут положительный ответ на указанный вопрос. Если же пациент даст отрицательный ответ о периодах тревожного состояния, то, скорее всего, данный субъект не страдает ГТР. Другими словами, прогностическая ценность отрицательного ответа здесь будет выше, чем ценность положительного результата в связи с высокой чувствительностью вопроса. Это соответствует здравому смыслу, поскольку вряд ли больной ГТР будет отрицать наличие у себя периодов тревожного состояния.

**Рекомендация:** в ходе диагностической беседы примерно определять прогностическую ценность положительных и отрицательных ответов пациента, исходя из чувствительности и специфичности задаваемых вопросов.

Еще один момент, связанный с прогностической ценностью, относится к **вариативной распространенности психических расстройств**. Например, совершенно очевидно, что среди бойцов спецназа распространенность тревожных расстройств будет значительно ниже, чем среди пациентов отделения пограничных состояний. Поэтому одни и те же методы диагностики тревожных расстройств будут обладать низкой прогностической ценностью в первом случае (предоставляя, к примеру, ложнопозитивные результаты) и удовлетворительной во втором. Более практически ориентированный пример может относиться к различной распространенности тех или иных состояний среди стационарных и амбулаторных пациентов.

**Рекомендация:** учитывать распространенность диагностируемого расстройства в популяции, представителем которой является данный пациент.

5. В зарубежной психодиагностике и педагогике в последние десятилетия активно используются новые технологии анализа заданий психологических и педагогических тестов. Одной из таких технологий является **IRT (item response theory)-подход**. Применительно к клинической диагностике в психиатрии в данном подходе полагается, что если пациент реагирует на задаваемый вопрос (при условии его валидности), то у него присутствует в той или иной степени оцениваемое состояние. Т.е. все люди, включая пациентов и «непациентов», располагаются на одной бесконечной шкале, которая представляет диагностируемое состояние. Естественно, что пациенты будут находиться в той части шкалы, где оцениваемое состояние будет иметь клиническое выражение. С практической точки зрения интересен тот факт, что и каждый диагностический вопрос также располагается на этой же шкале. Одни диагностические вопросы способны выявлять легкие формы, а другие – тяжелые степени выраженности диагностируемого состояния. Задумываются ли практикующие специалисты, насколько трудны диагностические вопросы, которые они задают своим пациентам, исходя из их принадлежности к той или иной популяции? В клиническом смысле трудность вопроса тождественна способности пациента его понять. В этом плане показательны клинические наблюдения одного из авторов

данной статьи. Было замечено, что в профессиональной популяции с невысокой психиатрической осведомленностью испытуемые затрудняются ответить на первое утверждение шкалы оценки депрессии Зунга. («Я чувствую подавленность и тоску»). Испытуемые мотивировали свои затруднения тем, что подавленность и тоска представляют собой разные состояния, не имеющие ничего общего между собой. В отношении этого утверждения интересен тот факт, что в оригинальном англоязычном варианте слово «тоска» вообще отсутствует. Т.е. вольный перевод данного утверждения вызвал затруднения в понимании этого утверждения испытуемыми не из психиатрической выборки. К слову, психиатрические пациенты отождествляют «подавленность» и «тоску», поэтому у них данное утверждение не вызывает проблем. Таким образом, можно сделать вывод, что первое утверждение шкалы Зунга локализуется на том участке шкалы оцениваемого состояния, который соответствует достаточно выраженной депрессии. В приведенном примере обращают на себя внимание два момента. Первый: авторы адаптации зарубежных методик допускают вольности в переводе стимульного материала, что в результате снижает валидность и диагностическую эффективность методики. Второй момент: и авторы адаптации, и разработчики новых методик крайне недостаточно применяют (если вообще не применяют) современные технологии анализа диагностической эффективности пунктов и утверждений тех методик, которые они предлагают. Тем самым порождается огромное количество диагностических методов, которые вообще нельзя использовать в клинике для принятия диагностических решений с точки зрения доказательной медицины и здравого смысла.

**Рекомендация:** оценивать трудность задаваемых вопросов с точки зрения понимания их представителями различных популяционных групп (профессиональных, возрастных, нозологических и т.д.).

6. Наряду с трудностью в IRT- подходе предлагается оценивать **дискриминативность задания (вопроса)**. Дискриминативность подразумевает способность диагностического вопроса различать пациентов, которые находятся по обеим сторонам того участка шкалы выраженности диагностируемого состояния, на котором находится данный вопрос. В более простом определении дискриминативность – это способность вопроса различать пациентов с разной степенью выраженности расстройства. Это важный и проблемный момент диагностики, поскольку диагноз можно выставить на основе сопоставления клинических симптомов с известными диагностическими критериями. А вот выраженность обнаруженного расстройства определяется уже на основании своих собственных субъективных оценок. Конечно же, в этом случае имеется высокая вероятность ошибочной трактовки тяжести особенно тех расстройств, где степени тяжести носят неявный характер. За рубежом в ряде методик проблема дискриминативности решена простым и эффективным способом. Градации тяжести состояния привязаны к известным мерам длительности, частоты симптомов и влияния расстройства на повседневную

деятельность. Например, в опроснике SR-16 для диагностики депрессии выраженность чувства грусти оценивается по ее длительности в течение недели: менее половины времени, более половины времени или все время.

**Рекомендация:** в ходе диагностической беседы оценивать тяжесть состояния пациента с помощью вопросов, имеющих событийно-предметный характер с использованием объективных мер длительности, частоты и затруднений в выполнении тех или иных повседневных дел.

Таким образом, общий краткий вывод из всего вышеизложенного состоит в том, что с целью повышения эффективности и качества клиническая диагностика в психиатрии нуждается во введении объективных категорий оценки и анализа как методов диагностики в целом, так и всех утверждений, вопросов, пунктов, которые составляют диагностические методы.

## **ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ПРОВЕДЕНИЮ СТРЕССОГЕННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР**

**Байгот С.И., Гук Г.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»  
г. Гродно, Беларусь

Хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у детей остаются актуальной и не до конца решенной проблемой педиатрии, несмотря на достигнутые успехи в изучении их этиологии, патогенеза и разработку новых методов диагностики и терапии.

В генезе заболеваний органов пищеварения у детей важное значение имеют такие факторы, как неблагоприятная обстановка в семье, сложные отношения между родителями, между родителями и ребенком, отягощенные акушерский анамнез и перинатальный фон, функциональные расстройства центральной нервной системы и вегетативной нервной системы, минимальная мозговая дисфункция, внутричерепная гипертензия, отрицательные эмоции и стресс [1, 4]. Хронический воспалительный процесс, развивающийся в системе целостного организма, вызывает нарушения со стороны нервной системы. В связи с этим, детям с заболеваниями органов пищеварения присущи расстройства нервно-психического плана. Данное обстоятельство позволяет отнести патологию органов пищеварения к психосоматической [1, 2]. Звеном, связывающим психические и висцеральные проявления в рамках психосоматической патологии, является вегетативная нервная система [3]. В связи с этим детям с