

Существует множество различных наименований типов когнитивных ошибок, но, как правило, все они делятся на 2 группы: ошибочная оценка претестовой вероятности и неспособность серьезно учесть все соответствующие возможности.

ОШИБКА НАЛИЧИЯ

Когнитивная ошибка представляет собой явление, при котором **лечащие врачи выбирают первое, что приходит им в голову**. В этом случае фактическая претестовая вероятность заболевания часто недооценивается, поскольку недавний или хорошо запомнившийся опыт придает данному диагнозу более «доступный» статус, приходящий на ум.

Опыт часто приводит к переоценке вероятности, если в памяти есть информация о случае либо драматическом, либо касавшемся пациента с плохими результатами лечения, либо связанном с судебным иском. К примеру, врач не поставил диагноз «биполярное расстройство», пропустив критерии МКБ-10,11 или не собрав анамнез о гипомании/мании при опросе данных у пациента, выражающего на данный момент жалобы на депрессивную симптоматику, поставил первый, казалось бы, наиболее очевидный диагноз «депрессивный эпизод», назначил лечение антидепрессантами, получил на выходе утяжеление клинической картины (актуализация гипомании/мании, смешанные включения), вследствие чего пациент набрал кредитов, уволился с работы, попытался подать в суд на больницу за ошибку в постановке диагноза с целью получения денежной выплаты за моральный ущерб (допустим). В последующем, запомнив данный случай как «неудачный», врач начинает переоценивать биполярное расстройство, игнорируя дифф.диагноз с пограничным расстройством личности, с шизоаффективным расстройством, не учитывает статистику, возраста начала заболевания и тд, становясь все более склонным именно к этому диагнозу.

Опыт также может привести к недооценке. Например, врач попросту мало сталкивался с таким явлением как СДВГ или РАС, ГТР, ПРЛ, риск того, что при встрече с данными заболеваниями у пациентов он не «увидит» их, может быть велик, особенно, если не обучен «видеть» данные расстройства.

ОШИБКА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Ошибка представления заключается в том, что лечащие **врачи обращают внимание на наличие или отсутствие классических проявлений заболевания**, не принимая во внимание **распространенность заболевания**. К примеру, депрессия является одним из ведущих распространенных заболеваний, к врачу поступает молодой человек лет 20 – молчалив, пассивен, мимика однообразна, с трудом раскрывается, односложные ответы, смотрит в пол, из анамнеза удается узнать о том, что бросил обучение в вузе, общается только с одним другом и в общении с ним чувствует себя немного легче, также сообщает о том, что недавно где-то 1-2 раза слышал какой-то стук в окно, который пугал и из-за которого не мог заснуть, а при оценке суицидального риска выясняется, что он высокий. Врач первым делом расценивает данное состояние как негативные симптомы шизофрении, ставит параноидную шизофрению и назначает лечение антипсихотиками, игнорируя данные о распространенности депрессии, и что в данном случае наиболее вероятный диагноз «депрессивный эпизод», который может и не быть тяжелым, поскольку уже известно, что в структуре умеренной тяжести могут быть психотические включения в том числе, как и суицидальный риск.

Ошибка представления также наблюдается, когда врачи не признают, что положительные результаты теста (для любого теста со специфичностью менее 100%) в популяции, где

исследуемое заболевание встречается редко, является скорее всего ложноположительным, а не истинно положительным.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ЗАКРЫТИЕ

Преждевременное закрытие – это **поспешные выводы**. Это является одной из наиболее распространенных ошибок; лечащие врачи быстро ставят диагноз (часто на основании распознавания паттерна), не учитывают другие возможные диагнозы, а также преждевременно прекращают сбор данных. Предполагаемый диагноз часто даже не подтверждается необходимыми методами обследования.

Ошибки преждевременного закрытия могут возникать в любом случае, но особенно часто, когда у пациентов наблюдается обострение известных расстройств—например, пациент ранее наблюдался с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство, на данный момент родственники замечают, что у пациента «ухудшение» - перестал справляться с учебой, стал замкнут, отгорожен, молчалив, врач сразу делает вывод о том, что данное ухудшение связано ни с чем иным, как с рецидивом СДР, прекращает сбор анамнеза, назначает антидепрессанты и упускает другие причины (расстройство личности или может быть нет никакого расстройства вообще, а человек получает образование по просьбе и наставлению родителей, от чего существенно страдает самооценка и формируется чувство вины, возможно он подвергается физическому насилию и если его раздеть – видны будут множественные следы побоев). Вариант преждевременного закрытия наблюдается, когда последующие врачи (например, прием пациента из стационара на участок с уже выставленным диагнозом) беспрекословно принимают предыдущий рабочий диагноз без независимого сбора и анализа соответствующих данных.

«ЯКОРНЫЕ ОШИБКИ»

«Якорные ошибки» - когда врачи **упорно цепляются за первое впечатление, даже если накапливаются несовместимые и противоречивые данные**. К примеру, известно о том, что СДВГ сохраняется во взрослом возрасте, может отсутствовать ярко-выраженный компонент в виде моторной гиперактивности, но сохраняется существенный дефицит исполнительных функций (внимание, память, самоорганизация, организация жизнедеятельности), который на данный момент значимо влияет на успеваемость в ВУЗе. Ранее в детстве СДВГ был подтвержден и выставлен, пациент во взрослом возрасте уже обращался к врачу по этому поводу и им был выставлен депрессивный эпизод, поскольку дефицит исполнительных функций рассматривался как компонент депрессии (что вполне могло быть, депрессия не исключает СДВГ, они могут быть коморбидны), из документации и со слов пациента известно, что при лечении антидепрессантами восстанавливалось настроение, уровень активности, удовольствие от жизни, но НЕ исполнительные функции, существенного успеха в коррекции данных нарушений достигнуто не было, но врач убежден, что никакого СДВГ не существует, пациент «врёт, накручивает, да он просто ленивый, сейчас никто не хочет учиться в ВУЗе» и таким образом совершает «якорную ошибку». Клиницисты должны рассматривать противоречивые данные в качестве доказательства необходимости продолжать искать истинный диагноз (СДВГ?), **вместо того чтобы не принимать во внимание аномалии** (почему на фоне лечения антидепрессантами прошло все, кроме дефицита исполнительных функций?). В некоторых случаях совершения «якорных ошибок» (т.е., в случае установления ошибочного диагноза), подтверждающие доказательства могут отсутствовать.

ПРЕДВЗЯТОСТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

Склонность к подтверждению своей точки зрения представляет собой «снятие сливок», что означает то, что лечащие врачи **избирательно принимают клинические данные, подтверждающие желаемую гипотезу, и игнорируют данные, которые этого не делают.**

Предвзятость подтверждения часто смыкается с «якорной ошибкой», когда клиницист использует подтверждающие данные в поддержку «якорной» гипотезы даже тогда, когда имеются явно противоречивые доказательства. Пример привести можно все тот же, про СДВГ. Точно также можно вспомнить про то, что ставят шизофрению, шизотипическое расстройство, просто потому что считают, что не существует никакого БАР, РАС, комплексного ПТСР и тд и тп.

ОШИБКИ АТРИБУЦИИ

Ошибки атрибуции включают в себя принятие решений **на основании негативными стереотипов, которые могут заставить лечащих врачей игнорировать или свести к минимуму возможность серьезного заболевания.** К примеру, врачи могут предположить, что пациент в бессознательном состоянии с запахом алкоголя «просто еще один пьяница», и пропустить гипогликемию, кетоз или внутричерепные травмы, или они могли бы предположить, что явный наркоман с болями в спине просто ищет наркотики, и пропустить эпидуральный абсцесс. Психические больные, у которых развиваются физические расстройства, особенно часто подвергаются ошибкам атрибуции, потому что они не только могут стать жертвой негативных стереотипов, но они часто описывают свои симптомы неясным, противоречивым или вводящим в заблуждение образом, что заставляет неосторожных клиницистов предположить, что их жалобы по своей природе функциональны.

АФФЕКТИВНАЯ ОШИБКА

Аффективная ошибка подразумевает, что личные чувства (положительные или отрицательные) в отношении пациента влияют на решения. Например, избегать неприятных, но необходимых тестов или обследований из-за привязанности или сочувствия к пациенту.

Внутренние и внешние факторы могут увеличивать риск когнитивной ошибки.

К внутренним факторам относятся

1. Медицинские знания, обучение и опыт
2. Утомительность/депривация сна
3. Баланс между принятием и неприятием рисков

К внешним факторам относятся

1. Нагрузка
2. Отвлечение внимания
3. Управление командными ресурсами и давление сверстников, авторитетов