

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ФЕЙК-ДИАГНОЗОМ?*

*Михаил Леонидович Зобин**Центр трансформационной терапии аддикций,
Доброта 85330, г. Котор, Черногория, e-mail: dr.zobin@yandex.ru*

Реферат. Приводятся аргументы в пользу клинической реальности разнообразных поведенческих отклонений, включая нехимические аддикции. Одновременно, поддерживается точка зрения об опасности расширительной диагностики отклоняющихся форм поведения в качестве психиатрического диагноза.

Ключевые слова: фейк-диагноз, поведенческие расстройства, нехимические аддикции.

ARE BEHAVIORAL DISORDERS A FAKE DIAGNOSIS?

Mikhail L. Zobin

Centre of transformational therapy of addictions,
Dobrota 85330, Kotor, Montenegro,
e-mail: dr.zobin@yandex.ru

The arguments in favor of the clinical reality of various behavioral abnormalities, including non-chemical addictions, are presented. At the same time, the viewpoint related to the apprehension of hyperdiagnosis of deviant behavior as a psychiatric diagnosis is maintained.

Key words: fake diagnosis, behavioral disorders, non-chemical addictions.

Статья является очередной публикацией, отражающей неутомимую борьбу автора за чистоту психиатрического научного знания, свободного от конъюнктурных влияний. Смена психиатрических классификаций (уже случившаяся DSM-5 и ожидаемая МКБ-11), обострила дискуссию относительно обоснованности рассмотрения отдельных поведенческих отклонений в качестве диагностических признаков психического расстройства. Невозможно отрицать, что психиатрическая экспансия в область социальных отношений и личных свобод, может подрывать научные основы медицинской специальности. Сам автор неоднократно высказывался против психопатологических интерпретаций поведенческих феноменов. Эта его позиция имеет немалое число сторонников и в его ближайшем окружении и среди авторитетных представителей международного профессионального сообщества. Однако, рыцарский поход против диагностической инфляции иногда выглядит сражением с ветряными мельницами.

В начале статьи Владимир Давыдович солидаризируется с мнением своих коллег о том, что суть нозологической формы в психиатрии должна раскрываться через биологические характеристики – этиологию, патогенез, патоморфологию, и сетует на то, что современная психиатрическая классификация отошла от этих принципов. Однако, такой подход является лишь идеальной таксономической моделью, присущей в большей степени соматической медицине. Уровень современных знаний не позволяет последовательно применить этот принцип в психиатрии, поэтому ни в одной классификации он не реализован в полном объеме. Хрестоматийное высказывание В. Гринингера полуторавековой давности о том, что психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает приблизительно, а механизма совсем не знает, остается актуальным для значительного количества диагностических категорий и в XXI веке.

Представляется совершенно справедливым указание автора на то, что специфика психологического диагноза заключается в отражении сущности индивидуально-психологических особенностей личности, а не сущности болезни. Проблема взаимоотношений личности и болезни выходит далеко за рамки темы нашей дискуссии, однако нельзя согласиться с утверждением о том, что поведенческие отклонения в принципе не являются проявлением психического расстройства. Трудно представить, чтобы церебральные нарушения, проявляясь расстройствами памяти, мышления и восприятия, не могли манифестировать поведенческими симптомами. Примерами являются инициальный деликт, гебоидные дебюты шизофренического процесса, гипоманиакальные поведенческие отклонения, начальные проявления прогрессивного паралича, нару-

*Комментарий к статье В.Д. Менделевича «Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях» [1].

шения поведения при органических поражениях лобной доли, поведенческие изменения при клинически стертых форм измененного сознания и пр. Конечно, нарушения поведения как ранний симптом различных психиатрических нозологий в последующем дополняются другими психопатологическими расстройствами, что в конечном счете и определяет диагноз. Однако, здесь важен концептуальный подход, признающий возможность психопатологической природы поведенческой аномалии.

В своем нежелании рассматривать поведенческие расстройства в одном ряду с психиатрическими симптомами, автор обычно ссылается на слабость доказательной базы выделения личностного расстройства, диагноз которого представляет широкое поле для различных толкований, спекуляций и злоупотреблений. Профессор В.Д. Менделевич отмечает, что «такой психиатрический диагноз становится фейком, поскольку не отражает медицинской сути процесса, не опирается на этиопатогенез и не предусматривает эффективной медикаментозной терапии». В самом деле «нельзя же вылечить то, что болезнью не является», подытоживает автор. Разделяя, в целом, озабоченность Владимира Давыдовича по поводу опасности расширительной диагностики поведенческих отклонений в качестве болезненного расстройства, остаются сомнения в неопровержимой убедительности его аргументов для исключения рубрики личностного расстройства из психиатрических классификаций. Недостаточное знание этиопатогенеза не препятствует присутствию в классификационных схемах целых диагностических рубрик, включая аффективные расстройства и шизофрению, а отсутствие эффективной медикаментозной терапии не мешает существованию диагноза умственной отсталости или болезни Альцгеймера.

Наиболее ярким примером фейк-диагноза в наркологии автор считает «пагубное употребление ПАВ», которое можно диагностировать не на основании специфичных аддиктивных феноменов, а на базе соматоневрологических симптомов и даже социальных последствий приема ПАВ. Здесь необходимо внести некоторые уточнения. Негативные социальные последствия в качестве критерия диагноза злоупотребления ПАВ существовали в DSM-IV (в действующем DSM-5 диагноза злоупотребления нет). В МКБ-10 диагноз пагубного употребления связан только с медицинскими последствиями употребления.

Более того, в документе ВОЗ, на который ссылается автор, указывается: «факт того, что способ употребления или определенное психоактивное вещество вызывают неодобрение со стороны другого лица или общества или могут приводить к социально негативным последствиям, таким как арест или супружеские ссоры, сам по себе он не является свидетельством употребления с вредными последствиями». А то что ВОЗ указывает на недопустимость диагностирования «употребления с вредными последствиями» при наличии синдрома зависимости или иной формы расстройства, связанного с употреблением ПАВ, обусловлено не критикой самого диагноза, а отсутствием необходимости в нем при переходе на стадию более тяжелых расстройств. В ожидаемой МКБ-11 диагноз пагубного употребления тоже отсутствует и, по аналогии с DSM-5, заменен на «расстройство связанное с употреблением ПАВ». Следует отметить, что легитимность такого расширенного диагноза оспаривается частью экспертов, разделяющих позицию В.Д. Менделевича и опасющихся стигматизации лиц с проблемным употреблением не имеющих клинических признаков зависимости.

Далее в статье утверждается, что признаком наркологического расстройства всегда считалось «появление синдрома отмены и зависимости»¹. С этим трудно согласиться, поскольку правомерность диагноза формально определяется наличием трех из шести критериев, среди которых синдрома отмены может не быть (т.н. зависимость без физических симптомов или 1-я стадия зависимости в отечественной наркологии). Однако верным представляется критическое замечание автора о том, что основной целью терапии «пагубного употребления ПАВ...» в Федеральных клинических рекомендациях называется «подавление синдрома патологического влечения», которое отсутствует в критериях диагностики указанного феномена. Здесь можно добавить, что само это «патологическое влечение» (*craving*) в отечественной наркологии принято считать стержневой характеристикой зависимости. Следствием этой догмы является утверждение, что без патологического влечения нет аддиктивного расстройства. Парадокс однако в том, что влечение

¹Здесь некоторая терминологическая путаница. Синдром отмены и зависимость это разноуровневые понятия. Синдром отмены и повышение толерантности являются признаками физической зависимости, психическая зависимость не сопровождается указанными признаками.

может быть, а клинических проявлений расстройства может не быть (например, в ремиссии). С другой стороны, компульсивная потребность сама по себе может реализоваться без осознанного влечения как утрата контроля над импульсом. И одновременно аддиктивное влечение является реальным психическим феноменом, точнее неким эпифеноменом, поскольку все другие симптомы отражают расстройство или вытекают из него, крэйвинг единственный симптом, который предшествует основным клиническим проявлениям. Отсюда разногласия по поводу диагностической ценности феномена, часть экспертов считает, что поведенческие предпочтения не могут выступать в качестве симптома последующего расстройства.

В обсуждаемой статье под сомнение ставится и легитимность включения в современные классификации нехимических аддикций, в отношении которых, к тому же, предлагается небезопасная терапия (антипсихотики и ЭСТ). Автор высказывается даже более категорично: «учитывая тот факт, что участие нейробиологических факторов в развитии патологической игровой зависимости, включая интернет-аддикцию, не доказано, эти категории следует признать фейк-диагнозами». Обеспокоенность автора проявлениями терапевтического экстремизма, когда вмешательство становится опаснее самой болезни, представляется вполне обоснованным. Однако, именно доказательства схожести нейробиологических механизмов химических и нехимических аддикций (наряду с характеристиками коморбидности и реакцией на терапию) стали ключевым аргументом для включения этой поведенческой девиации в разряд диагностических категорий.

Любое поведение которое дает сравнимый опыт и активизирует системы вознаграждения будь то употребление ПАВ, гемблинг или видеоигры, обладает аддиктивным потенциалом. При этом оно может и не становиться клиническим расстройством. Диагностические оценки здесь, вероятно, лежат не в категориальной, а в дименсиональной плоскости. Сторонники включения поведенческих пристрастий в классификационные схемы полагают, что лица с клиническими проявлениями зависимого поведения наиболее адекватную помощь и защиту могут получить в рамках системы здравоохранения.

В заключении хотелось бы отметить, что, несмотря на дискуссионный характер выдвигаемых автором аргументов, поддержки заслуживает сам дух статьи. Не беспочвенной представляется и озабоченность автора по поводу рисков дискредитации психиатрии со стороны самих психиатров из-за гипердиагностики отклоняющихся форм поведения в качестве психического расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях // Неврологический вестник. 2018. № 4. С. 15–18.

REFERENCES

1. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2018. № 4. pp. 15–18. (in Russian)

Поступила 31.01.19.