

ЧТО ДАЁТ ПАЦИЕНТУ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ  
И ОБОСНОВАН ЛИ ТРЕНД НА УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА БОЛЕЗНЕЙ?\*

Владимир Давыдович Менделевич

Казанский государственный медицинский университет,  
420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: mend@tbit.ru

Реферат. Статья является ответом автора на дискуссию, посвящённую понятию «фейк-диагноз» в психиатрических классификациях.

Ключевые слова: фейк-диагноз, психопатология, поведенческие расстройства, классификация психических расстройств, психиатрический диагноз.

WHAT GIVES TO THE PATIENT THE PSYCHIATRIC  
DIAGNOSIS AND WHETHER THE TREND ON INCREASE  
IN NUMBER OF DISEASES IS REASONABLE?

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University,  
420012, Kazan, Butlerov St., 49, e-mail: mend@tbit.ru

The article is the answer of the author to the discussion devoted to the concept «fake diagnosis» of psychiatric classifications.

Key words: fake diagnosis, psychopathology, behavioural disorders, classification of mental disorders, psychiatric diagnosis.

Публикация дискуссионной статьи о психиатрических фейк-диагнозах в журнале «Неврологический вестник» [9], как и ожидалось, вызвала неоднозначную реакцию коллег. Многие не согласились с основным тезисом автора о том, что современные психиатрические классификации изобилуют псевдодиагнозами, поскольку нередко диагноз выставляется на основании произвольной интерпретации поведения человека как неадекватного, а не на основании обнаружения у него каких бы то ни было психопатологических симптомов. И что такие фейк-диагнозы способны разрушить основы психиатрических знаний и дискредитировать психиатрическую практику. Справедливости ради следует уточнить, что ещё раньше (в 2000 году) мы пытались привлечь внимание специалистов к теме того, чем является Международная классификация психических и поведенческих расстройств – собственно классификацией болезней или систематикой поведенческих девиаций [6].

Критика положений, изложенных в статье «Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях» [9], исходит из следующих оснований, выдвинутых уважаемыми оппонентами: 1) «раз-

ные формы девиаций и расстройств можно называть «фейком», но от этого они не исчезнут, и люди не перестанут от них страдать» [2]; 2) имеются общие нейробиологические и генетические механизмы формирования как химических, так и нехимических аддитивных расстройств, вследствие чего причисление гемблинга и Интернет-зависимости к фейк-диагнозам ошибочно [2]; 3) уровень современных знаний не позволяет применить в психиатрии принцип, присущий соматической медицине, а именно, то, что «суть нозологической формы должна раскрываться через биологические характеристики – этиологию, патогенез, патоморфологию» [4]; 4) недостаточное знание этиопатогенеза не препятствует присутствию в классификационных схемах диагностических рубрик, включая аффективные расстройства и шизофрению, а отсутствие эффективной медикаментозной терапии не мешает существованию диагноза умственной отсталости или болезни Альцгеймера [4].

Для того, чтобы предметно спорить о том, что является истинным психиатрическим диагнозом, а что фейком, необходимо вначале договориться о дефинициях. Известно, что диагноз – это *медицинское заключение* о состоянии здоровья обследуемого, *сущности болезни*, выраженное в принятой *медицинской терминологии* и основанное на всестороннем систематическом изучении состояния пациента (выделено нами – В.М.) [1]. Для психиатрической диагностики важно, чтобы диагноз отражал медицинское, а не психологическое заключение, чтобы он был основан на понимании «сущности болезни» (этиопатогенезе).

Психиатрическая как и любая иная диагностика заболеваний подчиняется строгим правилам и выстраивается по оси симптом – синдром –

\*Реплика на статьи А.Ю. Егорова «Нехимические зависимости – «фейк-диагнозы» или все-таки расстройства?» [2], М.Л. Зобина «Являются ли поведенческие расстройства фейк-диагнозами?» [4] и В.В. Кузнецова «Употребление ПАВ с вредными последствиями – фейк-диагноз» [5].

болезнь. Базовой единицей является понятие симптома. И, если в общей медицине проблем с квалификацией симптома обычно не возникает (кашель, насморк или парез не имеют «здоровых аналогов»), то в психиатрии основные диагностические сложности могут возникать уже на этапе признания того или иного психического феномена симптомом. Как правило, у каждого психопатологического симптома имеется «психологический двойник» [7].

В отличие от психиатрического специфика психологического диагноза состоит в том, что он отражает индивидуально-психологические особенности личности, а не сущность болезни, базируется на выявлении феноменов, а не симптомов. С нашей точки зрения, личностные и поведенческие расстройства в психиатрических классификациях констатируют как раз психологический, а не медицинский диагноз. И именно поэтому ряд авторов предлагает изъять их из МКБ и DSM [8, 10].

А.Ю. Егоров [2] как, впрочем, и некоторые другие коллеги-психиатры настаивает на том, что при нехимических аддикциях можно обнаружить нейробиологическую и генетическую базу данных расстройств. «Наибольшую важность представляют серотонин, – пишет А.Ю. Егоров, ссылаясь на исследования Potenza M.N. et al., – от которого зависит торможение поведения, и допамин, связанный с обучением, мотивацией и оценкой значимости стимулов». Автор настаивает на том, что нехимические зависимости связаны с нарушениями в дофаминергической нейромедиаторной системе. Такие выводы строятся на исследованиях лиц с уже диагностированным патологическим гемблингом и Интернет-зависимостью. Однако, исследователи не задаются вопросом о том, являются ли нейрохимические изменения причиной, результатом аддикций или артефактом? В литературе имеются и иные точки зрения на процесс формирования зависимостей, в частности, о том, что ответственными за развитие нехимических аддикций (например, гемблинга) являются личностные и социальные факторы [3].

И тут мы сталкиваемся с драматичным научным противостоянием в сфере нейронаук – между биологами и психологами, между «физиками» и «лириками». По мнению биологически ориентированных психиатров любой психопатологический синдром или поведенческий феномен имеет специфические нейрохимические (нейрофизиологические) основания. То есть даже поведенческие расстройства связываются не с индивидуально-личностными факторами, а с нейрохимическим

дисбалансом. Зададимся вопросом: а могут ли игровая или Интернет-зависимость быть обусловлены психологическими причинами? И ещё. Если, к примеру, игромания носит непатологический (донозологический) характер, то её развитие также следует связывать с нарушением баланса серотонина и дофамина?

Биологизаторство в сфере психиатрии привело к тому, что из психиатрических классификаций фактически исчез диагноз невротической (психогенной) депрессии, и любую депрессию сегодня предлагается лечить психофармакологически (антидепрессантами). Получается, что человеческие эмоции рассматриваются исключительно сквозь призму нейрхимии. Возможно, именно поэтому любовь всерьёз стали связывать не с чувством сердечной привязанности, а с синтезом фенилэтиламина [11].

Несомненно, мы согласны с мнением М.Л. Зобина [4] о том, что «уровень современных знаний не позволяет применить в психиатрии принцип, присущий соматической медицине, а именно, то, что «суть нозологической формы должна раскрываться через биологические характеристики – этиологию, патогенез, патоморфологию». Но считаем, что это должно являться препятствием на пути включения в психиатрические классификации всё новых и новых поведенческих расстройств.

Наиболее важным обоснованием наличия фейк-диагнозов в психиатрических классификациях мы считаем проблему сообразности психиатрического диагноза предлагаемым мерам медицинской помощи [8]. Принципиальным является вопрос о том, **что даёт пациенту психиатрический диагноз?** И, если ничего не даёт, то выполняет ли он свою основную функцию? Для сравнения – диагноз соматического заболевания позволяет больному претендовать на полный объем медицинской помощи – от патогенетического лечения до возможности получения больничного и оформления инвалидности. При многих психических расстройствах именно так и происходит: больные с шизофренией, биполярным и другими аффективными расстройствами, деменциями, умственной отсталостью, органическими, наркологическими, невротическими и соматоформными расстройствами имеют доступ к научно обоснованной психофармакотерапии. Чего нельзя сказать о пациентах с личностными, сексуальными и некоторыми иными поведенческими расстройствами [8].

Любая диагностическая процедура должна не просто констатировать, что конкретное психи-

ческое или поведенческое отклонение можно признать проявлением нездоровья, но и то, что его носитель из девианта или маргинала превращается в «полноценного» пациента, получая все «преимущества больного». Вместо социального отторжения (экслюзии) и дискриминации, он обретает статус «страдающего» и нуждающегося в медицинской помощи. А.Ю. Егоров [2], критикуя нашу позицию, указывает, что «можно называть «фейком» разные формы девиаций и расстройств, но от этого они не исчезнут, и люди не перестанут от них страдать». Но ведь речь не о том, чтобы страдание признать фейком... Просто «страдать», по нашему мнению, вовсе не означает «психически болеть». Возможно, все диагностические проблемы современной психиатрии связаны с отказом от термина «болезнь» и заменой его на термин «расстройство».

Какие же «выгоды» сулит псевдопациенту психиатрический диагноз, к примеру, личностного расстройства? Чего такого более качественного (хорошего, нужного, полезного) он может получить от психиатров по сравнению, например, с человеком с акцентуацией характера, получающего психологическую помощь? Ответ очевиден – от психиатров он получит не вполне адекватную психофармакотерапию и консультативное (почти диспансерное) наблюдение с фактическим ограничением его прав. Утверждения о том, что психофармакотерапия будет способствовать купированию или смягчению проявлений личностной патологии не имеет научной доказательности [12, 13]. Получается, что обращение к психиатрам обернётся для такого человека негативными, а не ожидаемо позитивными последствиями. То же можно предполагать в случаях с гемблингом, Интернет-зависимостью, хордингом, расстройствами половой идентификации и сексуального предпочтения.

Мировой психиатрический тренд на расширение круга психических заболеваний (расстройств) отражает процесс научно обоснованной экспансии психиатрии в обыденную жизнь, процесс медикализации человеческого страдания. Всё это удобряет почву для развития антипсихиатрии. Психиатры убеждены, что новыми диагнозами мы улучшаем доступность психиатрической помощи и делаем благо. Однако, во-первых, нас никто из страждущих об этом не просит, а, во-вторых, признано, что «благими намерениями вымощена дорога в ад...». Не забудем, что первый шаг к профессионализму – осознание границ собственной компетентности. Давайте же его наконец сделаем...

## ЛИТЕРАТУРА

1. Большой медицинский словарь. Диагноз клинический. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/15630>
2. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости – «фейк-диагнозы» или все-таки расстройства? // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 38–43.
3. Ениколопов С.Н., Умняшкина Д.А. Психологические проблемы влечения к азартным играм // Криминология: вчера, сегодня, завтра. 2008. №2. С. 43–63.
4. Зобин М.Л. Являются ли поведенческие расстройства фейк-диагнозом? // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 44–46.
5. Кузнецов В.В. Употребление ПАВ с вредными последствиями – фейк-диагноз // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 47–51.
6. Менделевич В.Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. №6. С. 166–168.
7. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец, 2016. 128 с.
8. Менделевич В.Д. Больничный по педофилии и инвалидность по наркомании // Неврологический вестник. 2017. №3. С. 5–9.
9. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях // Неврологический вестник. 2018. №4. С. 15–18.
10. Снедков Е.В. Страсти по психопатии // Неврологический вестник. 2017. №3. С. 92–98.
11. Irsfeld M., Spadafore M., Prü B.M.  $\beta$ -phenylethylamine, a small molecule with a large impact // Webmedcentral. 2013. Vol. 4 (9). P. 4409.
12. Lieb K., Vollm B., Rucker G. et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials // The British Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 196. P. 4–12.
13. Mazza M., Marano G., Janiri L. An update on pharmacotherapy for personality disorders // Expert opinion on pharmacotherapy. 2016. Vol. 17 (15). P. 1977–1979.

## REFERENCES

1. *Bol'shoi meditsinskii slovar'. Diagnostika klinicheskii*. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/15630> (in Russian)
2. Egorov A.Yu. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 38–43. (in Russian)
3. Enikolopov S.N., Umnyashkina D.A. *Kriminologiya: vchera, segodnya, zavtra*. 2008. №2. pp. 43–63. (in Russian)
4. Zobin M.L. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 44–46. (in Russian)
5. Kuznetsov V.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 47–51. (in Russian)
6. Mendelevich V.D. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2000. №6. pp. 166–168. (in Russian)
7. Mendelevich V.D. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoi diagnostiki v psikhiiatrii*. Moscow: Gorodets, 2016. 128 p. (in Russian)
8. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №3. pp. 5–9. (in Russian)
9. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2018. №4. pp. 15–18. (in Russian)
10. Snedkov E.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017. №3. pp. 92–98. (in Russian)

Поступила 12.01.19.