

ФЕЙК-ДИАГНОЗЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КЛАССИФИКАЦИЯХ

Владимир Давыдович Менделевич

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

Реферат. В статье анализируется проблема систематики и классификации психических расстройств. Обсуждается научная необоснованность включения в МКБ и DSM поведенческих девиаций. Особый упор делается на оценке таких диагнозов как «пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ», гемблинг, Интернет-зависимость, хординг. Делается вывод о существовании в психиатрических классификациях фейк-диагнозов. Отмечается, что в психиатрии в отличие от иных медицинских специальностей отсутствует консенсус учёных по вопросу понятия психического расстройства и диагностических критериев психопатологических симптомов. Резюмируется, что прежде чем договариваться о психиатрической классификации, необходимо договориться о симптомах и их отличиях от психологических феноменов.

Ключевые слова: психиатрия, классификация, МКБ, DSM, антипсихиатрия, фейк-диагноз, «пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ», гемблинг, Интернет-зависимость, хординг.

FAKE-DIAGNOSES IN PSYCHIATRIC CLASSIFICATIONS

Vladimir D. Mendeleovich

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

In the article the problem of creation of psychiatric classifications is analyzed. Scientific groundlessness of including in ICD and DSM of various behavioural deviations is discussed. Special emphasis is placed on assessment by it of such diagnoses as "harmful use", gambling, Internet dependence, hording. The conclusion about existence in psychiatric classifications a fake diagnoses is drawn. It becomes perceptible that in psychiatry unlike other medical specialties there is no consensus of scientists concerning a concept of the deviating and diagnostic criteria of psychopathologic symptoms. It is summarized that before agreeing about psychiatric classification, it is necessary to agree about symptoms and their differences from psychological phenomena.

Key words: psychiatry, classification, ICD, DSM, anti-psychiatry, a fake diagnosis, «harmful use», gambling, Internet addiction, hording.

Критическое осмысление классификационных систем в психиатрии (МКБ и DSM) ведётся с различных методологических позиций [7–9, 11, 13, 22, 25, 28, 29]. Кардинальная проблема видится в том, что классификация не выдерживает единого принципа, выделяя несопоставимые рубрики. Фактически сравниваются зелёное, тяжёлое и горячее. С одной стороны, используется этиологический подход (органические психические расстройства, вызванные употреблением ПАВ расстройства), с другой, синдромальный (тревожные или обсессивно-компульсивные расстройства), с третьей, – возрастной (поведенческие расстройства детского и подросткового возраста,

нарушения психического развития). Это приводит к смешению понятий и «диагностической путанице», которая начинается уже с названия - «психиатрическая рубрика» в МКБ и DSM единственная среди всех медицинских не имеющая в своём наименовании термина «болезнь».

В соответствии с дефиницией «диагноз – это медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, сущности болезни, выраженное в общепринятой медицинской терминологии». Подразумевается, что болезнь должна иметь греческое или латинское наименование [20] и не должна описывать то, что может являться разновидностью нормального функционирования. Признается, что суть нозологической формы в психиатрии должна раскрываться через биологические характеристики – этиологию, патогенез, патоморфологию [2]. Современная психиатрическая классификация отошла от данных принципов и включила в себя диагнозы расстройств, названия которых исчерпываются общежитейскими, а не научными понятиями – «паническое расстройство», «речь взахлёб» и пр.

Но главным методологическим парадоксом психиатрических классификаций признаётся включение в них поведенческих расстройств без указания на их различия с психическими расстройствами. До сих пор остаётся непонятным представляют ли они две разные сущности или одни являются частью других [8, 9]. Расширение числа поведенческих расстройств в новых версиях МКБ и DSM критикуется из-за использования гипердиагностической парадигмы, «медиализации обыденной жизни», при которых причисление крайних вариантов нормативного поведения (девиаций) к кругу патологических не основывается на убедительных научных фактах и даже на здравом смысле [13, 14, 22, 28, 29].

В связи с этим, важно понять являются ли психиатрические разделы МКБ и DSM перечнями только медицинских или еще и психологических диагнозов. Специфика психологического диагноза состоит в том, что он отражает сущность индивидуально-психологических особенностей личности, а не сущность болезни. Личностные и поведенческие расстройства как раз и констатируют психологический, а не психиатрический диагноз. Непонятно почему в таком случае они сохраняются в списках болезней и находятся в ведении психиатров, а не психологов.

В период внедрения классификационных психиатрических систем утверждалось, что они разрабо-

таны исключительно со статистической целью – для оценки эпидемиологической ситуации. На практике же человек, у которого с помощью МКБ или DSM диагностирован любой из официальных диагнозов, становится полноценным пациентом со всеми вытекающими из этого негативными социально-психологическими последствиями. Несмотря на то, что основополагающей целью психиатрической диагностики признается организация доступа пациента к процессу лечения и специализированного медицинского обслуживания на деле далеко не каждый пациент может получить медицинские льготы – лист нетрудоспособности или инвалидность, даже, если критерии их получения у него имеются [10]. То есть диагнозы не выполняют основного своего назначения и самопроизвольно разделились на «настоящие» и «не очень».

Приходится констатировать, что МКБ и DSM включает не только «настоящие», но и т.н. **фейк-диагнозы**. И их число растёт. *Фейк-диагноз* в психиатрии – это псевдодиагностическая категория, описывающая поведение индивида не на основании обнаружения каких бы то ни было психопатологических симптомов, а на произвольной интерпретации поведения, признаваемого неадекватным. Такой психиатрический диагноз становится фейком, поскольку не отражает медицинской сути процесса, не опирается на этиопатогенез и не предусматривает эффективной медикаментозной терапии.

Многие фейк-диагнозы сохранились в МКБ и DSM как дань исторической традиции, другие – как результат неоднозначного толкования понятия «психическое расстройство». Некоторые диагнозы (гомосексуализм, транссексуализм) перестали быть психиатрическими. До сих пор диагностика психических расстройств продолжает в ряде случаев строиться на принципе «от противного» – «это – патология, поскольку не норма» и использует в качестве критериев диагностики такие параметры как «чрезмерность, избыточность, гротескность» поведения.

Примером фейк-диагноза могут служить личностные расстройства (психопатии), демонстрирующего процесс психопатологизации страстей и нравственных изъянов [8, 9, 18]. С позиции сегодняшнего уровня знаний высказывание П.Б. Ганнушкина [3] о том, что «психопаты обычно отличаются недостаточной способностью приспособляться к окружающей их среде и легко вступают в конфликты с обществом» не доказывает что это – психопатологическая категория.

Нет оснований игнорировать тот факт, что мир изменился не только технологически, но и «по-человечески». Кардинально трансформировались представления об этических, эстетических и иных нормативах поведения. Всё это поставило психиатрию перед выбором: либо признавать в качестве закономерных изменения общественных взглядов на норму и менять диагностические критерии психопатологии, либо упорствовать и продолжать отстаивать непогрешимость ортодоксального психиатрического подхода.

В настоящее время классификация психических расстройств и тенденции её «совершенствования» вошли в противоречие с постмодернистской реальностью. Основным дискуссионным пунктом стало понятие «адекватности/неадекватности поведения человека». Психиатрия прямо или косвенно практически всегда апеллировала к данному феномену, используя его в качестве диагностического критерия. В период постмодернизма отношение к феномену адекватности кардинально поменялось, и «границы дозволенного» существенно расширились.

Другим основанием считать, что некоторые расстройства в МКБ и DSM являются фейковыми диагнозами оказывается факт практически нулевой эффективности их психофармакотерапии и крайне низкой результативности психотерапии. Ранее это касалось гомосексуализма, транссексуализма, сегодня личностных и некоторых поведенческих расстройств. Провозглашением фейк-диагнозов психиатры фактически вводят людей в заблуждение. Ведь признавая их больными, включая в круг медицинского обслуживания, они дают надежду на выздоровление, чего от фейк-диагнозов достичь невозможно – *нельзя же вылечить то, что болезнью не является*.

Наиболее ярким примером фейк-диагноза в наркологии следует признать *«пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ»* (F1x.1). Эта рубрика позволяет диагностировать психическое расстройство не на основании специфичных аддитивных феноменов, а на базе соматоневрологических симптомов и даже социальных последствий приёма ПАВ. Одним из критериев данного расстройства по МКБ считается то, что «употребление вещества критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями» для конкретного человека и его окружения [35]. При использовании данного фейк-диагноза расширяется возможность признавать патологическими практически любые формы употребления ПАВ, поскольку понятие вреда не относится к категории объективных и верифицируемых.

В МКБ-9 помимо алкоголизма, наркоманий и токсикоманий имелась рубрика «злоупотребление ПАВ без признаков алкоголизма (наркоманий)». В неё были включены случаи «пьянства БДУ» и даже «привычка напиваться». Уже в этой версии МКБ присутствовало указание на такой диагностический критерий как злоупотребление «в ущерб здоровью или социальному функционированию» [1, 5, 17].

Появление диагноза – «пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ» в МКБ-10 и DSM-IV привело к драматическому учащению его диагностики. По данным официальной статистики в Российской Федерации за 2015 год первичная заболеваемость по пагубному употреблению алкоголем практически сравнялась с показателем заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя (60,4 и 70,8 на 100 тысяч населения соответственно). По заболеваемости наркоманией обнаружилось трёхкратное превышение данного показателя (40,6 и 14,1 соответственно)

[6]. Таким образом, среди контингента наблюдаемых наркологами пациентов большую часть стали занимать лица, у которых наркологическое расстройство носит донозологический характер. При этом на данных пациентов в отечественных условиях накладывается обязательство наблюдаться в наркологических учреждениях, проходить лечение под динамическим контролем употребления ПАВ. Такие пациенты поражаются в правах – ограничивается их право на вождение автомобиля, учёбу и трудоустройство.

Понятие аддиктивного спектра – от нормы через донозологические формы к алкогольной и наркотической зависимостям – описано в научной литературе задолго до появления фейк-диагноза «пагубное употребление ПАВ с вредными последствиями» [1, 11, 27, 32]. Но ранее данный феномен однозначно относился к предболезненным формам употребления ПАВ, а признаком наркологического расстройства считалось появление синдрома отмены и зависимости. Парадокс заключается в том, что основной целью терапии «пагубного употребления ПАВ...» в Федеральных клинических рекомендациях называется «подавление синдрома патологического влечения», несмотря на отсутствие в критериях диагностики указания на феномен зависимости [19]. ВОЗ же недвусмысленно указывает на недопустимость диагностирования «употребления с вредными последствиями» при наличии синдрома зависимости, психотического расстройства или какой-либо другой конкретной формы расстройства, связанного с употреблением ПАВ.

Особый интерес представляют включённые в современные классификации психических и поведенческих расстройств *нехимические аддикции*, полемика об обоснованности причисления которых к кругу болезненных патологий продолжается [4, 15, 21, 26, 30]. Опасность кроется в том, что появляются рекомендации купирования таких девиаций с использованием антипсихотиков и даже электросудорожной терапии [12, 24]. То есть, еще непонятно являются ли эти девиации психопатологией, а небезопасная терапия уже активно внедряется.

Наиболее спорным оказалось внедрение нового диагноза – *Интернет игровой зависимости*, названной в DSM-5 «Расстройством, связанным с использованием интернета, зависимостью от интернета или зависимостью от компьютерных игр», а в МКБ-11 – «Игровым расстройством». На страницах ведущих научных журналов развернулась острая дискуссия, в рамках которой данная диагностическая категория критикуется по причине лишённости научной ценности и верифицированности диагностических критериев [21, 33]. Сходная дискуссия продолжается по теме «*патологического гемблинга*», вошедшего в МКБ и DSM более четверти века назад [23, 34]. Учитывая тот факт, что участие нейробиологических факторов в развитии патологической игровой зависимости, включая интернет-аддикцию, не доказано, эти категории следует признать фейк-диагнозами.

Близким по форме к нехимическим аддикциям считается включённый в МКБ-11 и DSM-5 диагноз

«*патологического накопительства*» (*хординг*)). Одним из аргументов выделения нового диагноза стал «низкий риск патологизации нормального поведения (т.е. нормального накопительства)» [31]. Как и в случаях с аддиктивными расстройствами упор в диагностике делается на потенциальном и неизмеряемом вреде, который может нанести данное поведение, а не на верифицируемых клинических психопатологических феноменах.

В связи с темой фейк-диагнозов необходимо признать, что тренд на медиализацию и расширение границ психиатрических классификаций за счёт включения всё новых поведенческих и аддиктивных расстройств способен разрушить основы психиатрических знаний и дискредитировать психиатрическую практику. Именно этот процесс называется современной «научной антипсихиатрией». Следует согласиться с мнением Ю.С. Савенко [16], что «для психиатрии намного опаснее неявные, косвенные, скрытые формы антипсихиатрии, которые исходят от самих психиатров, [поскольку] они... вернее реализуют негативную программу антипсихиатрии».

Известно, что классификация психических расстройств является предметом консенсуса экспертов. С таким подходом можно было бы согласиться, если бы в психиатрии не существовало более проблемной темы – отсутствие консенсуса специалистов по вопросу понятия самого психического расстройства и диагностических критериев психопатологических симптомов. Профессиональное сообщество продолжает спорить о том, есть симптом в каждом конкретном клиническом случае или его нет. В этом отношении психиатрия – уникальная медицинская специальность. Ни в одной другой вопрос о семиотике и симптоматологии не оказывается столь туманным. Получается, что прежде чем договариваться о психиатрической классификации, необходимо договориться о сути и границах симптомов и их отличиях от нормативных психологических и поведенческих феноменов. Иного пути сделать психиатрию научной специальностью не существует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Рипол Классик, 1986. 272 с.
2. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. Изд. 3-е, перераб., доп. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. 416 с.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933. 143 с.
4. Егоров А.Ю. Современные подходы к терапии игровой зависимости // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №5 (2). С. 46–52.
5. Зальмунин К.Ю., Менделевич В.Д. Химические и нехимические аддикции в аспекте сравнительной аддиктологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №5 (2). С. 3–8.
6. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах: Статистический сборник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. 183 с.
7. Макушкин Е.В., Осколкова С.Н., Фастовцев Г.А. Психиатрия будущего: многоаспектность проблем современной

психиатрии и разработка новых классификационных систем // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. №8. С. 118–123.

8. Менделевич В.Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. №6. С. 166–168.

9. Менделевич В.Д. Классификация психических расстройств vs. систематика поведенческих девиаций: медиализация как тренд // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2016. №1. С. 10–16.

10. Менделевич В.Д. Больничный по педофилии и инвалидность по наркомании // Неврологический вестник. 2017. №3. С. 5–9.

11. Менделевич В.Д. Спектры психических расстройств и проблема терапевтического релятивизма // Неврологический вестник. 2017. №4. С. 11–20.

12. Останков С.Б. Случай успешного купирования синдрома патологического влечения к азартным играм электросудорожной терапией / В Сборнике трудов 73-й научной конференции КГМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН. В 3 томах. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. Т.1. С. 79–84.

13. Павличенко А.В. Слишком мало или слишком много? Реакция на решение экспертов DSM-V сохранить или удалить из классификации различные типы расстройств личности (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. №2. С. 54–56.

14. Прохоров А.О., Валиуллина М.Е., Габдреева В.Ш., Гарифуллина М.М., Менделевич В.Д. Психология состояний / Учебное пособие под ред. А.О. Прохорова. М., 2011. 624 с.

15. Рыбалтович Д.Г., Зайцев В.В. Интернет-зависимость: реальная патология или норма развития информационного человечества? // Вестник психотерапии. 2011. №40 (45). С. 23–34.

16. Савенко Ю.С. Латентные формы антипсихиатрии как главная опасность // Независимый психиатрический журнал. 2010. №4. С. 13–17.

17. Сиволоп Ю.П. Расстройства употребления алкоголя: критерии диагностики и возможности терапии // Вопросы наркологии. 2016. №5–6. С. 111–112.

18. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 1 // Неврологический вестник. 2016. №4. С. 47–57.

19. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению пагубного употребления психоактивных веществ. М., 2014. 34 с.

20. Щукин Ю.В., Бекишева Е.В., Князькина Л.Е. Греко-латинская терминология внутренних болезней (пропедевтика). Самара, 2006. 100 с.

21. Aarseth E., Bean A.M., Boonen H. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal // Journal of Behavioral Addictions. 2017. Vol.6 (3). P. 267–270.

22. Bolton D. Overdiagnosis problems in the DSM-IV and the New DSM-5: Can they be resolved by the Distress – Impairment Criterion? // The Canadian Journal of Psychiatry. 2013. Vol. 58 (11). P. 612–617.

23. Calado F., Griffiths M. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015) // J Behav Addict. 2016. Vol. 5 (4). P. 592–613.

24. China bans electric shock treatment used to 'cure' young internet addicts. <https://www.theguardian.com/world/2009/jul/14/china-electric-shock-internet-addiction>.

25. Craddock N., Mynors-Wallis L. Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important // The British Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 204. P. 93–95.

26. Earp B.D., Wudarczyk O., Foddy B., Savulescu J. Addicted to love: what is love and when should it be treated? // Philos Psychiatr Psychol. 2017. Vol. 24 (1). P. 77–92.

27. Fraser S., Pienaar K., Dilkes-Frayne E. et al. Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis // Int J Drug Policy. 2017. Vol. 44. P. 192–201.

28. Gitlin M., Miklowitz D. Psychiatric diagnosis in ICD-11: Lessons learned (or not) from the mood disorders section in DSM-5 // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2014. Vol. 48 (1). P. 89–90.

29. Gornall J. DSM-5: a fatal diagnosis? // BMJ. 2013. Vol. 346. P. f3256

30. Granero R., Fernandez-Aranda F., Steward T., Mestre-Bach G. Compulsive buying behavior: characteristic of comorbidity with gambling disorder // Frontiers in Psychology. 2016. Vol. 7. P. 625.

31. Mataix-Cols D., Fernandez de la Cruz L. Hoarding disorder has finally arrived, but many challenges lie ahead // World Psychiatry. 2018. Vol. 17 (2). P. 224–225.

32. Nutt D.J. Addiction: lifestyle choice or medical diagnosis? // J Eval Clin Pract. 2013. V.19 (3). Pp. 493–496.

33. Petry N.M., O'Brien C.P. Internet gaming disorder and the DSM-5. // Addiction. 2013. Vol. 108. P.1186–1187.

34. Raylu N., Oei T.P.S. Pathological gambling: A comprehensive review // Clinical Psychology Review. 2002. Vol. 22 (7). P. 1009–1061.

35. WHO. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/ru/

REFERENCES

1. Bekhtel' E.H. *Donozologicheskie formy zloupotrebleniya alkogolem*. Moscow: Ripol Klassik. 1986. 272 p. (in Russian)

2. Buhanovskij A.O., Kutuyavin Yu.A., Litvak M.E. *Obshchaya psihopatologiya*. Izdanie 3-e, pererab., dop. Rostov-on-Don: Feniks. 2003. 416 p. (in Russian)

3. Gannushkin P.B. *Klinika psihopatij. Ih statika, dinamika, sistematika*. Moscow: Sever, 1933. 143 p. (in Russian)

4. Egorov A.Yu. *Zhurnal neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014. №5 (2). pp. 46–52. (in Russian)

5. Zal'munin K.YU., Mendelevich V.D. *Zhurnal neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014. №5 (2). pp. 3–8. (in Russian)

6. Kirzhanova V.V., Grigороva N.I., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. *Osnovnye pokazateli deyatel'nosti narkologicheskoy sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2015-2016 godah: Statisticheskij sbornik*. Moscow: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii, 2017. 183 p. (in Russian)

7. Makushkin E.V., Oskolkova S.N., Fastovcev G.A. *Zhurnal neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017. №8. pp. 118–123. (in Russian)

8. Mendelevich V.D. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2000. №6. pp. 166–168. (in Russian)

9. Mendelevich V.D. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii*. 2016. №1. pp. 10–16. (in Russian)

10. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskij vestnik*. 2017. №3. pp. 5–9. (in Russian)

11. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskij vestnik*. 2017. №4. pp. 11–20. (in Russian)

12. Ostanokov S.B. *Sluchaj uspehnogo kupirovaniya sindroma patologicheskogo vlecheniya k azartnym igram ehlektrosudorozhnoj terapij*. In: *Proceedings of the 73rd scientific conference of KSMU and the session of the Central Black Earth Science Center of the Russian Academy of Medical Sciences. In 3 volumes*. Kursk: GOU VPO KGMU Roszdrava, 2008. Vol.1. pp. 79–84. (in Russian)

13. Pavlichenko A.V. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2013. №2. pp. 54–56. (in Russian)

14. Prohorov A.O., Valiullina M.E., Gabdrееva V.Sh., Garifullina M.M., Mendelevich V.D. *Psihologiya sostoyanij. / Uchebnoe posobie pod redakciej A.O. Prohorova*. Moscow, 2011. 624 p. (in Russian)

15. Rybaltovich D.G., Zajcev V.V. *Vestnik psihoterapii*. 2011. №40 (45). pp. 23–34. (in Russian)

16. Savenko YU.S. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal*. 2010. №4. pp. 13–17. (in Russian)

17. Sivolap Yu.P. *Voprosy narkologii*. 2016. №5–6. pp. 111–112. (in Russian)

18. Snedkov E.V. *Nevrologicheskij vestnik*. 2016. №4. pp. 47–57. (in Russian)

19. *Federal'nye klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu pagubnogo upotrebleniya psihoaktivnyh veshchestv*. Moscow, 2014. 34 p. (in Russian)

20. Shchukin YU.V., Bekisheva E.V., Knyaz'kina L.E. *Greko-latinskaya terminologiya vnutrennih boleznej (propedevtika)*. Samara, 2006. 100 p. (in Russian)

Поступила 15.11.18