

МЕСТО ФЕЙК-ДИАГНОЗА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА
В ПСИХИАТРИИ (ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ДИСКУРС)

Геннадий Николаевич Носачев

Самарский государственный медицинский университет,
Клиники Самарского государственного медицинского университета,
443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89, e-mail: nosachev.g@mail.ru

Реферат. Статья является изложением мнения автора на дискуссию, развернувшуюся в журнале «Неврологический вестник» по статье В.Д. Менделевича «Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях».

Ключевые слова: фейк-диагноз, методология, психопатология, поведенческие расстройства, классификация психических расстройств, функциональный диагноз

PLACE OF FAKE-DIAGNOSIS AND FUNCTIONAL
DIAGNOSIS IN PSYCHIATRY (INSTITUTIONAL DISCOURSE)

Gennady N. Nosachev

Samara State Medical University,
Clinics of Samara State Medical University,
443099, Samara, Chapaevskaya street, 89,
e-mail: nosachev.g@mail.ru

The article is a statement of the author's opinion on discussion in the journal «Neurological Bulletin» on the article of V. Mendelevich «Fake diagnoses in psychiatric classifications».

Keywords: fake-diagnosis, methodology, psychopathology, behavioral disorders, classification of mental disorders, functional diagnosis.

После прочтения трёх дискуссионных публикаций [2, 3, 9] на статью В.Д. Менделевича «Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях» [11] и его оценки дискуссионных положений оппонентов [12] возникла необходимость в некоторых соображениях по проведенной дискуссии.

Во-первых, речь идет о действующей МКБ-10 [10] и вариантах будущей МКБ-11, преимущественно по вопросам наркологии (аддиктологии). В МКБ-10 понятия «патология», «болезнь», «дезадаптация» объединены термином «расстройство»¹, который обобщает синдромальный, нозологический, поведенческий, личностный, динамический подходы из разных международных классификаций, т.е. априори носит эклектический характер. Следовательно, отсутствует единая клиническая, но есть клиничко-статистическая классификация, так необходимая для отчетов ВОЗ. Как образно заметил В.А. Точилов, анализируя МКБ-10 [13], ее следовало бы назвать Международной классификацией расстройств (МКР). Помимо термина «расстройство» в МКБ-10 как дополнительные используются «дисфункции» и «повреждения».

Таким образом, термин (определение, понятие, дефиниция) «расстройство» объединяет составляющие философских диад «патология, болезнь», частично «дезадаптация, декомпенсация» (оппонент использует термин «нездоровье»). И делает спорным использование термина «медицинский диагноз болезни».

Исторически каждая последующая МКБ увеличивает число терминов, рубрик, категорий, отражая усредненные взгляды, подходы и принципы части стран членов ВОЗ, но последние МКБ тяготеют к американским классификациям в ущерб европейским и практически игнорируют отечественные. Не являются исключениями и варианты МКБ-11. Являясь, в первую очередь, статистическими, МКБ объединяют все причины обращения к психиатру с психическими, поведенческими, психологическими, личностными и социальными казусами (проблемами, случаями, эпизодами), должны быть зарегистрированы как обращение и внесены в рубрику. Отсюда появление в МКБ-10 раздела «Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Z00-Z99)», которые обсуждает один из дискурсантов [9].

Следует согласиться с В.И. Крыловым, что «возможность различной интерпретации ключевых психопатологических понятий дает основание говорить о существовании «терминологического хаоса», порождающего систематические ошибки при оценке психического состояния» [6], т.е. при диагностике психических и поведенческих расстройств.

Итак, МКБ является междисциплинарной классификацией (расстройств, казусов, состояний, проблем), а, следовательно, использует термины разных наук,

¹Во всей классификации [класс F] используется термин «расстройство», поскольку термины «болезнь», «заболевание» вызывают при их использовании еще большие сложности. «Расстройство» не является точным термином, но здесь под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностных дисфункций не должны включаться в группу психических расстройств [10, с.10]. Понятия «поведение» и «личность» не раскрываются.

особенно в разделе «психические и поведенческие расстройства». Диагностика (диагноз) является специфической формой познания, представляющей процесс распознавания [13] болезни с опорой на предмет и методы исследования² в данной медицинской дисциплине (субнауке). По мнению В.И. Крылова, «диагностика в клинической медицине основывается на тесно связанных между собой компонентах. Технический компонент диагностики включают в себя общие и специальные, лабораторные и инструментальные методы выявления признаков болезни. Семиотическая диагностика связана с оценкой диагностического и прогностического значения симптомов и синдромов болезни. Наконец, логический компонент диагностического процесса отражает специфические особенности клинического мышления в процессе познания болезни» [6]. Можно во многом согласиться с В.Д. Менделевичем, что «все диагностические проблемы современной психиатрии связаны с отказом от термина «болезнь» и заменой его на термин «расстройство» [12]. Кроме того, когда речь идет о клиническом диагнозе в психиатрии, то, на наш взгляд целесообразно исходить из функционального диагноза. Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства (заболевания) является единство трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологический, психологический и социальный, т.е. три диагноза – биологический диагноз (соматический, «органный» диагноз, «болезнь мозга», психопатологический), психологический диагноз и социальный диагноз – вместе составляют функциональный диагноз [7, 8]. В нём учитываются как индивидуальные особенности организма и органа (мозга), так и индивидуальность психики субъекта деятельности и личности пациента и особенности его микро- и макросоциума. Наибольшие проблемы вызывает у дискурсантов [2, 3, 9, 11, 12] именно биологический диагноз в функциональном диагнозе, который строится не на собственно морфологических («органных», неврологических, соматических), а на психопатологических синдромах (относительное исключение составляют рубрики F00–F09).

Базовые биологические характеристики биологического диагноза включают в себя генетические, органические, иммунно-эндокринные (т.е. лабораторные) и параклинические исследования. Из них формируются клинико-соматический (неврологический) и клинико-психопатологический синдромальные (нозологические) диагнозы, в диапазоне от непсихотических до психотических, от позитивных до негативных, последние, – собственно при прогрессивном течении отдельных болезней, которые иногда приводят даже к развитию синдрома деменции (органической, токсической, эндогенной). Но биологический диагноз не включает в себя клинико-психологический метод с использованием клинической психодиагностики и не выстраивается на нём. И хотя клиническая (нейро- и

патопсихология) психология формально отнесена к клиническим нейронаукам, она является самостоятельным междисциплинарным разделом прикладной и практической психологии, частично – медицины, преимущественно психиатрии, и не может быть отнесена в состав биологического диагноза (несмотря на исследовательскую «моду» в соматической медицине, включая неврологию, да и врачи-психиатры стали проводить даже в психиатрии нейропсихологические исследования вместо классического патопсихологического).

Психологический диагноз, по мнению А.П. Коцюбинского, – это «результат исследования аспектов структуры личности пациента и особенности его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клинико-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления» [7], а также активного участия во вторичной и третичной профилактике, в формировании копинг-стратегии поведения в борьбе с дезадаптацией и декомпенсацией проявлений болезни и повышении качества жизни в болезни и ремиссии.

В психологический диагноз само понятие «диагноз» пришло из медицины, что до сих пор создает разночтения у исследователя и потребителя («носителя») диагноза (в клинической психологии – у врача и пациента (его родственников)). Понятие «диагноз» включает в себя такие интерпретации, как «междущезнание», «знание», «знание, отличное от другого» и т.д. и т.п., что, в конечном счете, является познанием в конкретной области, направленным не только на понимание происходящего (с человеком, машиной, природой), но, в ряде случаев, отражающим и организирующим практическую деятельность.

Как в медицине, так и в психологии используется два понятия: «диагноз» и «диагностика». Последний термин употребляется (что, на наш взгляд, правильно) как обозначение процесса формирования знания. В медицине определение «диагноз» является более широким понятием: название болезни (расстройства), синдрома, нозологической формы и вытекающей из них практической деятельности. В современной психологии, особенно в клинической психологии термин «диагноз» обозначает некое мнение (заключение) или исключение какой-то психической деятельности. Ясно одно: без диагностического процесса (психодиагностики, диагностики) не будет и диагноза (заключения, мнения, решения и т.д.). Только в отдельных случаях

²Предмет науки – референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, т.е. это то, что она изучает [4]. Предмет психиатрии – патология психической деятельности как функции головного мозга, метод – клинико-психопатологический. Предмет клинической психологии (прикладной и практической медицинской психологии) – высшие корковые (локальные) функции (нейропсихология) и высшая психическая деятельность (патопсихология), метод исследования – клинико-психологический (клинико-психодиагностический).

комплексная и повторная психодиагностика становится основанием к поиску биологического диагноза.

Психологический диагноз – прерогатива только клинического психолога, хотя конкретные диагностические задачи ставятся врачами, на разных этапах диагностики от предварительного до заключительного в виде синдромального – нейропсихологического или патопсихологического, а не клинического диагноза. Социальный диагноз включает в себя социальные характеристики личности (поведения) (социальный статус и межличностные конфликты), социальные компетенции и внешние социальные ресурсы (семья и внесемейные окружения и отношения).

Как уже указывалось, в МКБ-10 приводятся феномены (симптомы, синдромы, состояния, режы – нозология), которые не могут оцениваться как функциональный (клинический) диагноз болезни (идеальная структура: этиология, патогенез, клиника, течение, исход). Междисциплинарный подход в функциональном диагнозе в психиатрии не только не исключает принцип демаркации клинических наук как по предмету науки (субнауки), так и по методам исследования составляющих функционального диагноза, но и является обязательным.

Обратим внимание, что дискуссия идет преимущественно вокруг аддиктологии³ как новой парадигмы или раздела психиатрии, в частности о нехимических зависимостях. Позволим некоторые обобщения. В.А. Жмуров выделяет зависимость в статистике, в социальной психологии, болезненную зависимость, дальнейшие её варианты сопровождаются прилагательными (игровая, лекарственная и т.д.). В.А. Дереча выделяет три варианта зависимости: 1) зависимость как пристрастие и страсть; 2) зависимость как генерализованное состояние; 3) зависимость как телесное (физическое) состояние [1].

В.Д. Менделевич в многочисленных статьях, монографиях и руководстве по аддиктологии обсуждает аддикцию как нормальное и патологическое влечение, как психологическое, патофизиологическое и психопатологическое состояние, преимущественно аддиктивное поведение и аддиктивную личность. При этом не факт, что это психиатрический диагноз. Отнесение нехимических зависимостей к наркологии не оправдано ни с клинической, ни с прогностической, ни тем более с организационно-правовой позиций. Нет методологического смысла выделения аддиктологии как раздела психиатрии, так как нет ни самостоятельного предмета, ни метода исследования. Есть только языковая игра без логики и здравого смысла (утрируя, на место зависимости можно поставить «зависть», «агрессия» и т.п.). Но есть и реальность в виде конкретных синдромов, например, аноректический синдром при целом ряде психических заболеваний. Текущий выход, на наш взгляд, в функциональном диагнозе с его тремя

составляющими, каждый из которых возникает на том или ином этапе жизни человека при холистическом, антропологическом, биопсихосоциальном подходах. Тогда аддиктология предстает как междисциплинарное изучение проблемы при ведущих принципах демаркации и относительности.

Следует полностью согласиться с В.Д. Менделевичем в оценке мнения А.Ю. Егорова в возможности диагностической интерпретации, «что нехимические зависимости связаны с нарушениями в дофаминергической нейромедиаторной системе» [2]. Механический перенос биохимических и иммунологических данных зарубежных авторов без понимания методологии и философии диагноза может привести к ошибочным выводам. Отечественный философ В.А. Канке оценивает XX век как комплекс философий: марксизм, утилитаризм, бихевиоризм, прагматизм [5].

Оценке аддикции может помочь функциональный диагноз, но он еще не получил права гражданства даже в психиатрии, хотя невольно используется на этапах реабилитации. Да и доступен он только полипрофессиональной бригаде.

Соотношение в наркологии, да и во всей психиатрии поведения и личности, личности и поведения остаётся недостаточно изученным ни теоретически, ни практически. С позиции здравого смысла и в результате анализа этапов реабилитации можно говорить, что личность может управлять поведением. А при патологических зависимостях (навязчивой, сверхценной, компульсивной, импульсивной, бредовой и др.) поведение управляет личностью.

Еще раз сошлемся на В.А. Канке по поводу бихевиоризма, как усеченного варианта прагматизма: «Смысл усечения является отказом от специального анализа сферы ментальности». И, в конечном счете, является «игнорированием концептуального содержания научных знаний» [5].

Зададимся вопросом, пользоваться ли понятием «фейк-диагноз»? С позиций образа знака ярко, привлекательно. С позиций семантики противоречиво. Но главное другое, что собственно автором [11, 12] практически доказана обязанность следовать специальности, компетентности, ответственности за диагноз (биологический, психологический, социальный и др.) и дальнейшую деятельность.

³Обсуждать философию и методологию аддиктологии в данной статье не будем. Наши взгляды частично отражены в статьях: Методологический анархизм в наркологии. Дискурс 1. Феноменология и синдромология аддикции // Вопросы наркологии. 2015. №6. С. 63–73; Методологический анархизм в наркологии. Дискурс 2. Кризис психодиагностики аддиктивного влечения // Вопросы наркологии. 2016. №1. С. 95–104; Психиатрия и наркология в период постмодернизма: методология теории и практики // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII, вып. 4. С. 61–65; Отечественная наркология в зеркале постмодерна в начале XXI века // Наркология. 2017. Т. 16, № 8. С. 94–101.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дереча В.А. Человек в поисках острых ощущений. О видах и механизмах личностных зависимостей. Оренбург, 2001. 120 с.
2. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости – «фейк-диагнозы» или все-таки расстройства? // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 38-433.
3. Зобин М.Л. Являются ли поведенческие расстройства «фейк-диагнозом»? // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 44-46.
4. Канке В.А. Философия науки. Краткий энциклопедический словарь. М.: Омега-Л, 2008. 329 с.
5. Канке В.А. Взлеты и падения гениев науки: практикум по методологии науки. М.: ИНФРА-М, 2017. 190 с.
6. Крылов В.И. Клиническая диагностика психических и поведенческих расстройств: семиотический и логический аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия. №3. С. 22–25.
7. Коцюбинский А.П. Холистический подход при диагностике психических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2015. №4. С. 22–30.
8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. и др. Функциональный диагноз в психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2011. № 1. С. 4–8
9. Кузнецов В.В. Употребление ПАВ с вредными последствиями – фейк-диагноз? // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 47–51.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на рус. язык под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. СПб: АДДИС, 1994. 300 с.
11. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях // Неврологический вестник. 2018. № 4. С. 15–18.
12. Менделевич В.Д. Что дает пациенту психиатрический диагноз и обоснован ли тренд на увеличение числа болезней? // Неврологический вестник. 2019. №1. С. 52–56.
13. Психиатрия: национальное руководство: под ред. Т.В. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанов, В.Я. Семке, А.С. Тиганов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
14. Тарасов К.В., Беликов В.К., Фролов А.М. Логика и семиология диагноза. М., 1989. 156 с.

REFERENCES

1. Derecha V.A. *Chelovek v poiskakh ostrykh oshchushchenii. O vidakh i mekhanizmax lichnostnykh zavisimostei*. Orenburg, 2001. 120 p. (in Russian)
2. Egorov A.Yu. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 38-433. (in Russian)
3. Zobin M.L. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 44-46. (in Russian)
4. Kanke V.A. *Filosofiya nauki. Kratkii entsiklopedicheskii slovar'*. Moscow: Omega-L, 2008. 329 p. (in Russian)
5. Kanke V.A. *Vzlety i padeniya geniev nauki: praktikum po metodologii nauki*. Moscow: INFRA-M, 2017. 190 p. (in Russian)
6. Krylov V.I. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. №3. pp. 22–25. (in Russian)
7. Kotsyubinskii A.P. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2015. №4. pp. 22–30. (in Russian)
8. Kotsyubinskii A.P., Sheinina N.S., Aristova T.A. et al. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2011. № 1. pp. 4–8. (in Russian)
9. Kuznetsov V.V. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 47–51. (in Russian)
10. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike*. Per. na rus. yazyk pod red. Yu.L. Nullera i S.Yu. Tsirkina. St.Petersburg: ADDIS, 1994. 300 p. (in Russian)
11. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2018. № 4. pp. 15–18. (in Russian)
12. Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 2019. №1. pp. 52–56. (in Russian)
13. *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo: pod red. T.V. Dmitrievoi, V.N. Krasnova, N.G. Neznanov, V.Ya. Semke, A.S. Tiganov*. Moscow: GEOTAR-Media, 2009. 1000 p. (in Russian)
14. Tarasov K.V., Belikov V.K., Frolov A.M. *Logika i semiologiya diagnoza*. Moscow, 1989. 156 p. (in Russian)

Поступила 25.03.19.