

УДК: 616.89-008.1

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb160308>

## Гипердиагностика шизофрении как когнитивное искажение процесса познания клинической реальности

В.Д. Менделевич

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

### **АННОТАЦИЯ**

Статья посвящена анализу причин гипердиагностики и ошибочной диагностики шизофрении с позиции когнитивных искажений процесса познания клинической реальности. На примере диагноза «вялотекущей шизофрении» сделан вывод о том, что гипердиагностика основана на эффекте ложного консенсуса. В психиатрии этот консенсус отражает солидаризацию диагноста с позицией научной школы, к которой он принадлежит, и с невозможностью противостоять давлению авторитетов. Приведён клинический пример ошибочной диагностики у пациента Г. 30 лет. В заключение констатируется, что гипердиагностика шизофрении и необоснованное назначение пациентам антипсихотической терапии приводит к дискредитации психиатрии и стигматизации психически больных. Данная тенденция должна быть пересмотрена, и диагностику шизофрении следует проводить исключительно с опорой на очевидные, а не косвенные клинические феномены, с развёрнутой системой доказательств наличия психического расстройства.

**Ключевые слова:** *шизофрения, гипердиагностика, ошибочная диагностика, вялотекущая шизофрения, Снежневский.*

### **Для цитирования:**

Менделевич В.Д. Гипердиагностика шизофрении как когнитивное искажение процесса познания клинической реальности // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 1. С. 5–14. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb160308>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb160308>

## Overdiagnosis of schizophrenia as a cognitive distortion of the process of knowledge of clinical reality

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

### **ABSTRACT**

The article is devoted to the analysis of the causes of overdiagnosis and misdiagnosis of schizophrenia from the standpoint of cognitive distortions in the process of cognition of clinical reality. Using the diagnosis of “sluggish schizophrenia” as an example, it is concluded that overdiagnosis is based on the false consensus effect, which in psychiatry reflects the diagnostician’s solidarity with the position of the scientific school to which he belongs, and with the inability to resist the pressure of authorities. A clinical example of an erroneous diagnosis is given. In conclusion, it is stated that the overdiagnosis of schizophrenia and the unjustified prescription of antipsychotic therapy to patients leads to the discrediting of psychiatry and the stigmatization of the mentally ill. This trend should be reconsidered and the diagnosis of schizophrenia should be made solely on the basis of obvious, and not indirect, clinical phenomena.

**Keywords:** *schizophrenia, overdiagnosis, misdiagnosis, sluggish schizophrenia, Snezhnevsky.*

### **For citation:**

Mendelevich VD. Overdiagnosis of schizophrenia as a cognitive distortion of the process of knowledge of clinical reality. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(1):5–14. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb160308>.

Диагностика шизофрении не только относится к сложной задаче распознавания и идентификации специфичных (патогномичных) симптомов конкретного психического расстройства, но и включает оценку психологического влияния выставленного диагноза на пациента. Считают, что любой медицинский диагноз должен способствовать позитивному настрою пациента на активное сотрудничество с врачом, на обнадёживание пациента, формирование комплаентности и приверженности терапии. Надежда — это конструкция, включающая позитивную перспективу, энергию, планирование и действия, направленные на достижение цели. Чтобы сохранить обнадёживающий подход клиницисты должны лучше понимать, что людей с шизофренией интересует как процесс выздоровления и купирования симптомов, так и контроль над собственной жизнью и избавление от безысходности [1]. При этом к числу диагнозов, оцениваемых населением как неизлечимые и бесперспективные, относится диагноз шизофрении, что повышает требования его к точной диагностике.

Не вызывает сомнений тот факт, что диагноз шизофрении, в отличие от, например, диагноза биполярного аффективного расстройства, сам по себе может становиться психотравмирующим фактором, блокирующим стремление пациента сотрудничать с врачом и выполнять его назначения. У пациентов вследствие стигматизирующего влияния диагноза может возрастать риск неадекватных реакций и суицида [2]. Именно поэтому ошибочная диагностика шизофрении может быть признана значимым фактором в социальном функционировании пациентов, и этот диагноз не следует выставлять в диагностически неоднозначных случаях.

Точная диагностика расстройств шизофренического спектра опирается на выявление явных стержневых психопатологических симптомов и синдромов в соответствии с классификацией психических и поведенческих расстройств (Международная классификация болезней или DSM, от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам). Однако, по мнению многих психиатров (особенно отечественных), формализация процесса диагностики шизофрении с использованием классификационных систем не является адекватным инструментом познания клинической реальности.

В результате специального исследования 48% психиатров сообщили, что «невозможно или вряд ли возможно создать точный и удобный перечень диагностических критериев шизофрении», а ещё 44% опрошенных утверждали, что «это сделать можно, но необходимо совершенствовать перечни критериев диагностики» [3]. Результаты данного исследования отразили скепсис специалистов по поводу точности собственных диагностических заключений, но это не отразилось на продолжении практики диагностики шизофрении даже в случаях неопределённости диагноза. Психиатры по-прежнему нередко выставляют шизофрению вместо иных психотических расстройств, считая, что это может способствовать эффективности ранних терапевтических интервенций.

По мнению С. R. Lake [4], психотическим пациентам часто неправильно диагностируют заболевание, называемое шизофренией, когда они страдают психотическим расстройством настроения. В другом исследовании с громким названием «Объясняет ли ошибочный диагноз эпидемию шизофрении среди иммигрантов из развивающихся стран в Западную Европу?» [5] дискутируется тема связи роста частоты шизофрении с ошибочной диагностикой культурных представлений, острых психотических реакций или неаффективных ремиттирующих психозов с хорошим прогнозом.

По данным исследования G. Ayano и соавт. [6], более трети пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами были поставлены ошибочные диагнозы (39,16%), среди которых ошибочная диагностика шизофрении составляла 23,71%. В другом исследовании отмечено, что шизофрения стала «триггерным диагнозом», и ретроактивный анализ пациентов, направленных в консультационную психиатрическую клинику с первоначальным диагнозом шизофрении, показал, что около половины всех таких диагнозов при дальнейшем рассмотрении оказались неточными [7]. Известно, что шизофрения с большей вероятностью диагностируется у афроамериканцев, чем у белых американцев, а расстройства настроения — с меньшей вероятностью [8]. Данный феномен был назван «феноменом неявной предвзятости» и отражал установки диагностов.

По мнению ряда авторов [9], одной из причин диагностических трудностей в психиатрии следует признать недостаточное внимание психиатров к изучению нейрофизиологии и её интеграции с психиатрией. В связи с этим отмечают

такие факторы, как определённый консерватизм опытных врачей в восприятии нового, предпочтение «психологизирования» нейробиологическому подходу, впечатление о статичности методов терапии, скептицизм в отношении целесообразности исследований, сосредоточенных на нейровизуализации.

В диагностическом процессе шизофрении выделяют *ошибочную диагностику (misdiagnosis)* и *гипердиагностику (overdiagnosis)*, причём в базе данных pubmed первой теме посвящено значительное количество научных публикаций, а второй — единичные исследования. Принято считать, что под ошибочной диагностикой подразумевают выставление диагноза шизофрении вместо другого психотического расстройства (например, шизофреноподобные синдромы в рамках биполярного аффективного расстройства или связанные с употреблением психоактивных веществ, органическим поражением головного мозга, нейроинфекциями и пр.), а под гипердиагностикой понимают диагностику шизофрении у людей, у которых нет психозов, а присутствуют личностные расстройства или, к примеру, обсессивно-компульсивное, соматоформное либо ипохондрическое расстройство [10, 11].

Типичным примером гипердиагностики шизофрении следует признать выставление диагноза так называемой «вялотекущей шизофрении» или использование научного эвфемизма в виде «шизотипического расстройства». Нередко данный диагноз выставляют пациентам с расстройствами личности (чаще пограничными), а также лицам с гендерной дисфорией (транссексуализмом) [12].

Концепция «вялотекущей шизофрении» возникла в советской психиатрии в 70–80-х годах прошлого века. Она опиралась на представление о том, что шизофрения может проявлять себя в форме «бедной симптомами», латентной, «шизофрении без шизофрении». А.В. Снежневский считал, что «вялотекущая шизофрения» — это разновидность шизофрении, при которой болезнь прогрессирует слабо, отсутствует свойственная для шизофренических психозов продуктивная симптоматика, наблюдаются чаще всего только *косвенные клинические проявления* (неврозоподобные, психопатоподобные, аффективные, сверхценные, ипохондрические и т.п.) и неглубокие личностные изменения [13, 14]. Обращает на себя внимание упор в диагностике на «косвенные клинические проявления», объектив-

ность оценки которых существенно затруднена невозможностью подтвердить их наличие.

Сама по себе концепция «вялотекущей шизофрении» как любая иная концепция, несомненно, имеет право на существование. Проблема заключается в расширительном толковании симптомов данной формы заболевания и бездоказательном отнесении к ней психопатологических симптомов, которые можно трактовать как проявление личностной патологии. Неприятие вызывает отсутствие чётких верифицируемых симптомов «вялотекущей шизофрении», стигматизирующий характер и негативное влияние на судьбу пациента, а также избыточная частота диагностики данного расстройства. По мнению отечественных учёных, среди больных шизофренией частота возникновения вялотекущей формы составляет от 16,9 до 20,4% [15–17], что нельзя признать соответствующим клинической реальности, научно обоснованным и этически корректным.

Международное психиатрическое сообщество категорически отвергало советский подход и широкое распространение диагностики «вялотекущей шизофрении» в СССР, указывая на то, что «концепция вялотекущей шизофрении является психиатрическим преступлением против человечности... Её следует признать неприемлемой по причине значительного расширения понятия шизофрении» [18, 19].

Вследствие распространённости гипердиагностической установки психиатров, названной диагностическим релятивизмом [20], на процесс научного и объективного распознавания шизофрении могут влиять субъективные факторы, связанные с предубеждениями врачей, традициями той или иной психиатрической школы, к которой они принадлежат, общественное давление и пр. Факторами, способствующими гипердиагностике шизофрении, можно считать недостаточную квалификацию специалиста, опасение «пропустить шизофрению», предвзятость, общественное давление на психиатров в части критериев диагностики и так называемые *когнитивные искажения*.

Под когнитивными искажениями понимают «систематические ошибки в мышлении или шаблонные отклонения, возникающие на основе дисфункциональных убеждений, внедрённых в когнитивные схемы, и легко обнаруживающиеся при анализе автоматических мыслей» [21]. В таких случаях речь идёт не о случайных ошибках, а только о тех, которые предсказуемо возникают в одних и тех же обстоятельствах.

Немаловажен тот факт, что когнитивные искажения проявляют себя, как правило, в ситуациях неопределённости, когда необходимо провести анализ ситуации и принять правильное решение [22]. В этом отношении диагностический процесс в психиатрии следует отнести к деятельности в ситуации неопределённости в сочетании с лимитом времени [23].

Д. Каннеман рассматривал несколько видов когнитивных ошибок: ошибка «поспешного вывода», ошибки в суждениях, совершаемые под влиянием эмоций (персонализация, дихотомическое мышление, выборочное абстрагирование, произвольные умозаключения, сверхгенерализация, катастрофизация), социально обусловленные искажения (эффект большинства, отрицание вероятности, эффект ложного консенсуса) [21, 22].

Персонализация — склонность человека интерпретировать события в аспекте личных значений. Дихотомическое мышление — склонность человека мыслить крайностями в ситуациях, задевающих его чувства при опасности. Выборочное абстрагирование — склонность игнорировать другую информацию, когда выводы строятся на недостаточных основаниях. Произвольные умозаключения — умозаключения, которые являются бездоказательными или противоречащими фактам. Сверхгенерализация — неоправданное обобщение на основе единичного случая. Катастрофизация — преувеличение негативных последствий какого-либо события.

Эффект большинства отражает особенности мышления, связанные с опорой на групповое мышление. Эффект ложного консенсуса базируется на бессознательной склонности полагать, что другие мыслят точно так же, что большинство окружающих разделяют наши убеждения. Каждое из перечисленных когнитивных искажений может иметь отношение к процессу психиатрической диагностики.

Однако наиболее значимым представляется эффект ложного консенсуса, который в психиатрии отражает, во-первых, солидаризацию с позицией научной школы, к которой принадлежит диагност, и с диагностическими принципами, которым он считает себя обязанным следовать, во-вторых, невозможность противоречить этим принципам в связи с «вертикальной системой отношений» в рамках психиатрических школ, когда диагностический вывод вышестоящего не может подвергаться критике и принимается как единственно верный.

По мнению Н.А. Корнетова [24], жёсткое следование традициям диагностики, принятым в той или иной психиатрической школе, способствует созданию так называемых «ассимилятивных» психиатрических диагнозов, при которых диагностические суждения осуществляются на основе привычных фиксированных установок, предубеждений, ссылок на интуицию и авторитетные мнения. Опора на авторитет — наиболее привычный в бывшем Советском союзе способ отстаивания «научных» взглядов, поскольку она нередко оценивается в качестве истины в последней инстанции [24].

J. Morgenstern [25] выделил специфические для процесса диагностики различных заболеваний когнитивные искажения: импульс диагноза (после того как диагностический ярлык уже «навешен» пациенту другим врачом, диагноз трудно пересмотреть и интерпретировать симптомы «свежим взглядом») и эффект предвзятости (мышление диагноста сформировано предшествующими ожиданиями, и он видит то, что ожидает увидеть, например у бездомного пациента, в прошлом употреблявшего наркотики, обнаруженного без сознания, с большей вероятностью будут предполагать передозировку, чем тяжёлую гипогликемию).

*Когнитивные диагностические искажения* — это систематические ошибки диагностики, источником которых становится использование дисфункциональных принципов познания клинической реальности. То есть следует признать, что гипердиагностика шизофрении, как правило, базируется не столько на намеренном расширительном толковании критериев диагностики данного расстройства (заболевания), сколько на неосознаваемых диагностами ошибочных представлениях о толковании поведенческих стереотипов, сформированных в рамках психиатрических школ (например, советской), и использовании ненаучных принципов диагностики.

Как было указано выше, до настоящего времени последователи учения А.В. Снежневского продолжают выставлять пациентам несуществующий в международных классификациях диагноз «вялотекущей шизофрении» на основании косвенных клинических проявлений с опорой не на научные доказательства, а на интуицию.

В 1941 г. голландским психиатром Henricus Cornelius Rümke введено понятие «чувства шизофрении» («Praesox gefühl»), с помощью которого было предложено выставлять данный

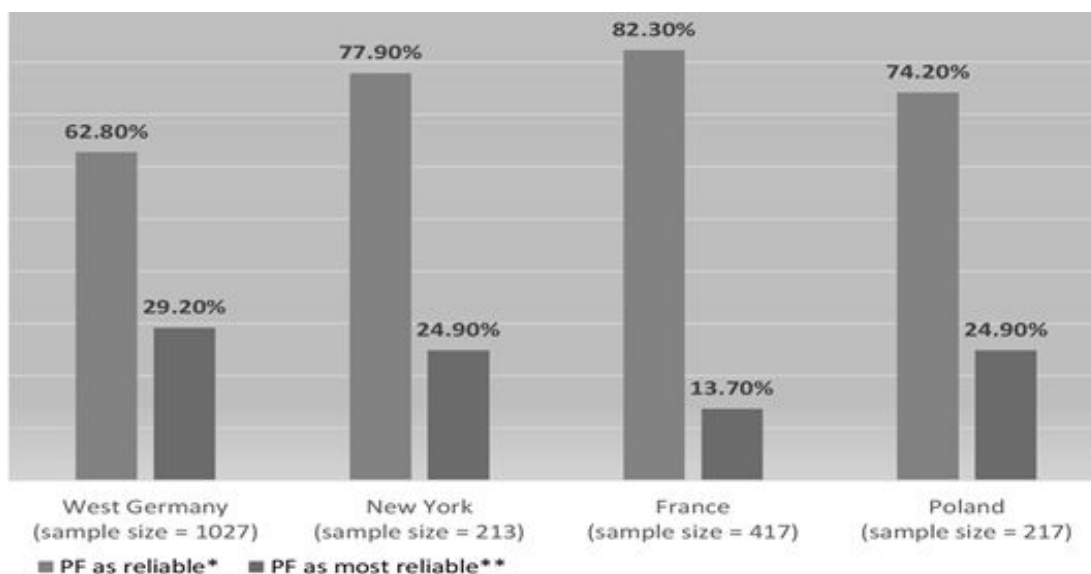


Рис. 1. Оценка «чувства шизофрении» как надёжного способа диагностики [28]

диагноз. «Путь к диагнозу шизофрении часто достигается через пассивную и неопишуемую интуицию. Взятые по отдельности странности в позе, выражении лица, тоне голоса, двигательном поведении незначительны, но в целом они представляют пациента как «определённо непонятного». «Чувство шизофрении» можно объяснить фундаментальной недоступностью пациента с шизофренией для эмпатического понимания», писал Henricus Cornelius Rümke [26]. Данный подход, несмотря на очевидную антинаучность, до настоящего времени негласно определяет диагностический процесс распознавания шизофрении [27].

Современные исследования подтверждают [28], что чувства психиатров по отношению к пациентам с шизофренией продолжают рассматриваться врачами диагностически значимыми и с их точки зрения требуют более глубокого изучения природы и диагностического значения этих чувств. Причём данную позицию отстаивают психиатры из разных стран мира (рис. 1). Результаты опроса показали, что «чувство шизофрении» относят к надёжным способам диагностики шизофрении от 62 до 92% психиатров, а к наиболее надёжным — от 13 до 29% [28].

В качестве примера гипердиагностики шизофрении приведём клинический случай Михаила Г. 30 лет, без определённого места жительства.

В приёмное отделение психиатрической больницы пациент был доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «острое полиморфное психическое расстройство с симптомами шизо-

френии» (F23.11). Медики были вызваны на территорию продуктового магазина, где Михаилу «стало плохо, почувствовал резкий упадок сил», что заставило его сесть на пол торгового зала магазина.

Своим поведением и высказываниями он намеренно привлёк внимание проходившего мимо него полицейского, задав ему вопрос о том, «сколько лет дают за совершение особо тяжкого преступления?». На вопрос полицейского о причине такой заинтересованности пациент ответил, что несколько лет назад отрезал голову знакомому и избежал наказания.

При поступлении в психиатрический стационар предъявлял жалобы на отсутствие сил, лень, которую считал неизлечимой болезнью, отсутствие воли («нет духа во мне...будто бездушное тело»). Внешне был неряшлив, источал запах невымытого тела. Волосы были сальными, растрёпанными. Часто нелепо улыбался, без причины хихикал, бормотал что-то под нос. Утверждал, что историю с отрезанием головы придумал нарочно, так как «боялся остаться на улице» по причине отсутствия постоянного места работы и жилья.

В отделении психиатрической больницы ничем себя не проявлял. За внешним видом не следил, часто ходил с приспущенными штанами и полузаправленной футболкой. Выражение лица носило гипомимичный характер. Круг интересов был крайне ограничен. Ничем не интересовался, был малозаметен и бесконфликтен. Большую часть дня проводил в кровати, вставал только

для приёма пищи и походов в туалет. К общению с другими пациентами не стремился, держался обособлено.

В связи с выставленным диагнозом «Шизофрения, параноидная с эмоционально-волевым дефектом» были назначены: галоперидол (до 15 мг/сут), хлорпромазин (до 100 мг/сут), кветиапин (до 600 мг/сут). Через 1 мес был поставлен вопрос о смене терапии с назначением атипичных антипсихотиков «в связи с преобладанием негативных расстройств».

Через 3 мес, после того как пациенту было сказано о необходимости выписки из стационара, Михаил сообщил о себе новые сведения. В частности, он отметил, что в нём сидит «подселенец» — «он иногда кашляет, иногда путает мысли», «жить не мешает, но просто сидит во мне... и иногда я его чувствую его». «Подселенец» появился несколько лет назад во время просмотра телепередачи о паранормальных явлениях. В этот момент «в грудной клетке возникли неприятные ощущения», и Михаил понял, что в него «вселился дьявол». Обращался в церковь за помощью, но батюшка сказал, что ему необходим экзорцист. Лечащим врачом был выставлен диагноз «шизотипическое расстройство личности (в варианте фершробен)».

*Психический статус.* Внешне выглядит грузным, с избыточной массой тела. Садясь на стул, вздыхает и тяжело дышит. Одет неряшливо. В беседу вступает охотно, отвечая на вопросы, проявляет заинтересованность и эмоциональную вовлечённость. Не стесняется большого количества врачей в аудитории в момент клинического обследования. На вопрос о том, что после нескольких месяцев нахождения в психиатрическом стационаре стоит думать о выписке, отвечает спокойно, соглашаясь на выписку. Однако просит отложить выписку до весны, чтобы на улице стало теплее.

Жалоб на состояние здоровья не предъявляет, считает, что проведённая терапия никак не улучшила, но и не ухудшила его психическое состояние. Повторяет то, что рассказывал о себе лечащему врачу.

Мышление последовательное, речь грамотная. Более заинтересованным становится при обсуждении темы появления в нём «подселенца». Убеждён, что подобное возможно, поскольку многие люди в его окружении в детстве рассказывали о таких возможностях. Относится к «подселенцу» нейтрально, как к факту жизни. Объясняет,

что никогда «подселенец» не делал ему ничего плохого, но и не способствовал тому, чтобы ему сопутствовала удача.

В беседе с очевидным интересом рассказывает о паранормальных явлениях, информацию о которых читал в газетах и видел по телевизору. Несмотря на то обстоятельство, что в его жизни были случаи необычных переживаний, себя неординарным не считает. Так, сообщив, что у него было два эпизода, когда открывался «третий глаз», позволявший «проникать в мысли, читать их телепатически, видеть скрытые желания матери, бабушки, брата», не настаивал на том, что это что-то из ряда вон выходящее. О «третьем глазе» узнал из телепередачи про экстрасенсов, в котором сообщалось, что «он был открыт у Ванги, Вольфа Мессинга, Нострадамуса», а у него он открылся на короткое время (на 5–6 дней) именно после просмотра телепередачи — «видел всё иначе, зелёные биополя, ходил как слепой». Об этом никому не рассказывал. В беседе синтонен, настроение ровное.

Приведённое клиническое наблюдение представляет собой сложный диагностический случай, поскольку психопатологическая симптоматика, обнаруживавшаяся у Михаила, совпадала с традиционными верованиями людей, в частности в возможность появления внутри человека «подселенца». Несмотря на это, лечащими врачами был выставлен диагноз шизофрении с эмоционально-волевым дефектом, потом диагноз шизотипического расстройства личности, были назначены антипсихотики. Барьером на пути адекватной диагностики стал факт объективно трудной жизненной ситуации Михаила — отсутствие у него средств к существованию и места жительства. Сам пациент неоднократно высказывался о том, что многие из жалоб он предъявлял, чтобы решить свои бытовые проблемы — получить кров и еду.

Из психопатологических симптомов, на которых была построена диагностика шизофрении у Михаила, выделялись пассивность, астения, апатия, погружённость в мир собственных переживаний, идеи о том, что в него периодически вселяется «подселенец». Делался упор на том, что при этом расстройстве с подросткового возраста обычно происходит изменение поведения в виде нарастания психической дефицитарности, снижения инициативности, психической активности в сочетании с нарушением адаптации, снижением успеваемости в школе и даже полным отказом от учёбы.

По мнению психиатров, наблюдавших Михаила за несколько лет до настоящего обследования, в клинической картине его заболевания проявлялись негативные симптомы в виде чужаковости, странности внешнего облика, прямолинейности, эмоциональной холодности, отрешённости от родственников и знакомых, парадоксальности чувств, что проявлялось во вражде и агрессивности по отношению к брату. Высказывания Михаила о «подселенце» были расценены психиатрами как признаки бреда.

Дальнейший анализ психического состояния пациента показал, что перечисленные симптомы в виде астено-апатического синдрома могли быть обусловлены выраженными соматическими расстройствами — ожирением 3-й степени. В таком случае психопатологическую симптоматику следовало трактовать не как апатический синдром, а как анергию. Под анергией в психиатрии традиционно понимают снижение психической, речевой и двигательной активности. Одним из главных факторов, вызывающих анергию, бывают эндокринные заболевания.

В процессе клинико-психопатологического обследования Михаила нами у него не было обнаружено снижения уровня эмоционального реагирования, апатии и других симптомов, которые определяют диагностику эмоционально-волевого дефекта. Он был синтонен при описании событий своей жизни, расстраивался, когда вставал вопрос о необходимости выписки и психиатрического стационара.

Анализ «патологических идей и ложных убеждений» Михаила по поводу того, что в него периодически вселялся «подселенец», что у него 2 раза в жизни «открывался третий глаз», позволивший психиатрам выставить ему диагноз параноидной шизофрении, был расценен нами как проявление традиционных верований. Известно, что в разных этнических и культуральных группах существует устойчивое убеждение о том, что «бесплотные сущности (подселенцы) легко внедряются в биополе человека и паразитируют на его энергетике». К наиболее известным из «подселенцев» относятся бесы, покойники и лярвы<sup>1</sup>.

Высказывания Михаила о наличии у него «подселенца» не могли трактоваться как проявление бредовых идей, поскольку, во-первых, они не выходили за рамки культуральных традиций микросоциума, в котором рос Михаил, во-вторых, потому что они не характеризовались непоколебимой убеждёностью в том, что это реальность, а в-третьих, в том, что критика к ним не носила

устойчивого характера (Михаил утверждал, что придумал это для того, чтобы найти на время кров и еду). Помимо этого, пациент указал на то обстоятельство, что подобные идеи пришли к нему после просмотра телепередач о паранормальных явлениях.

Основными в клинической картине психического расстройства Михаила были социальная дезадаптация и невозможность адаптироваться к реальному миру. Также отмечены не вполне адекватные способы решения создавшейся вокруг пациента трудной жизненной ситуации — вымысел о том, что он мог убить человека и избежать наказания, демонстративное падение в коридоре стационара с криками о том, что это «дьявол извивается» после того, как ему было сообщено о необходимости выписки из больницы.

Таким образом, анализ случая позволяет констатировать, что в клинической картине психического расстройства Михаила отсутствовали основные диагностические критерии, характерные для шизофрении. Не было обнаружено никаких психотических симптомов, не было бреда, галлюцинаций и других проявлений. Ни клинически, ни патопсихологически не было обнаружено «шизофренических расстройств мышления» (аморфности, разноплановости, разорванности). Кроме того, не регистрировались и признаки органического поражения головного мозга.

С высокой вероятностью можно было предполагать, что случай Михаила соответствует критериям смешанного личностного расстройства с доминированием истерических и эмоционально-лабильных черт, значит, данный клинический случай следует трактовать как гипердиагностику шизофрении.

Проведённый анализ феномена гипердиагностики шизофрении позволяет утверждать, что его широкое распространение обусловлено когнитивными диагностическими искажениями процесса познания клинической реальности, связанными с установками врачей, отражающими «псевдонаучные традиции». С нашей точки зрения, гипердиагностика шизофрении и необоснованное назначение пациентам антипсихотической терапии приводят к дискредитации психиатрии и стигматизации психически больных. Данная тенденция должна быть пересмотрена, и диагностику шизофрении следует проводить исключи-

<sup>1</sup>Великая Е. <https://vk.com/@elenagreatch-podselencyv-cheloveke-lyarvy-besy-pokoiniki>.



тельно с опорой на очевидные, а не косвенные клинические феномены.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Bressan R.A., Grohs G.E.M., Matos G., Shergill S. Hope or hype in the treatment of schizophrenia — what's the role of the physician? // *Br. J. Psychiatry*. 2018. Vol. 212. N. 1. P. 1–3. DOI: 10.1192/bjp.2017.13.
2. Oexle N., Waldmann T., Staiger T. et al. Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018. Vol. 27. P. 169–175. DOI: 10.1017/S2045796016000949.
3. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика шизофрении в России: результаты онлайн-опроса врачей-психиатров Часть 1. Использование МКБ-10 // *Современная терапия психических расстройств*. 2019. Т. 1. С. 2–19. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.24.24.001.
4. Lake C.R. Schizophrenia is a misdiagnosis: Implications for the DSM-5 and the ICD-11. 2013. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4614-1870-2> (access date: 19.11.2022). DOI: 10.1007/978-1-4614-1870-2.
5. Selten J.P., Hoek H.W. Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology // The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. 2008. Vol. 43. N. 12. P. 937–939. DOI: 10.1007/s00127-008-0390-5.
6. Ayano G., Demelash S., Yohannes Z. et al. Misdiagnosis, detection rate, and associated factors of severe psychiatric disorders in specialized psychiatry centers in Ethiopia // *Annals of General Psychiatry*. 2021. Vol. 20. P. 10. DOI: 10.1186/s12991-021-00333-7.
7. Coulter Ch., Baker K.K., Margolis R.L. Specialized consultation for suspected recent-onset schizophrenia: diagnostic clarity and the distorting impact of anxiety and reported auditory hallucinations // *Journal of Psychiatric Practice*. 2019. Vol. 25. N. 2. P. 76–81. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000363.
8. Ogbebor A. The impact of implicit bias on the overdiagnosis of schizophrenia. *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. 2022. p. 1524. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1524> (access date: 19.11.2022).
9. Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В. Психиатрия как клиническая нейронаука: настоящее и будущее // *Неврологический вестник*. 2020. Т. 4. С. 12–19. DOI: 10.17816/nb52656.
10. Hall H. Dissociation and misdiagnosis of schizophrenia in populations experiencing chronic discrimination and social defeat // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2022. Vol. 5. P. 1–15. DOI: 10.1080/15299732.2022.2120154.
11. Мучник П.Ю., Снедков Е.В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. 2013. Т. 2. С. 32–36.
12. Дьяченко А.В., Бухановская О.А., Солдаткин В.А., Перехов А.А. Кто обращается к психиатру с запросом на изменение пола: результаты 30-летнего исследования // *Психиатрия*. 2020. Т. 18. №3. С. 32–41. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The author declare no conflicts of interests.

13. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009. Т. 109. №11. С. 4–15.
14. Smulevich A.B. Sluggish schizophrenia in the modern classification of mental illness // *Schizophr. Bull.* 1989. Vol. 15. N. 4. P. 533–539. DOI: 10.1093/schbul/15.4.533.
15. Сенько Е.В. Особенности клинической картины поздно диагностируемой вялотекущей шизофрении в зависимости от возраста начала заболевания // *Сибирский медицинский журнал*. 2009. Т. 7. С. 125–127.
16. Финк Г.Ф. Вялотекущая неврозоподобная шизофрения (клинико-системноаналитическое исследование). Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Смоленск; 2001. 26 с.
17. Стась С.Ю. Обсессии контрастного содержания при вялотекущей шизофрении (клиника, типология, терапия). Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2008. 24 с.
18. Гаррабе Ж. История шизофрении. СПб.: СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева; 2000. 303 с.
19. Zajicek B. Soviet psychiatry and the origins of the sluggish schizophrenia concept, 1912–1936 // *History of the Human Sciences*. 2018. Vol. 31. N. 2. P. 88–105. DOI: 10.1177/0952695117746057.
20. Mendelevich V. Towards diagnostic and therapeutic relativism in psychiatry and addiction medicine // *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*. 2019. Vol. 21. N. 5. P. 9–14.
21. Боброва Л.А. Когнитивные искажения (обзор) // *Отечественная и зарубежная литература. Серия 3. Философия*. 2021. Т. 2. С. 69–79. DOI: 10.31249/rphil/2021.02.04.
22. Каннеман Д. *Думай медленно... решай быстро*. М.: АСТ; 2016. 653 с.
23. Менделевич В.Д. *Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии*. М.: Городец; 2016. 128 с.
24. Корнетов Н.А. МКБ-10 без адаптации — краугольный камень реформы отечественной психиатрии // *Вісник Асоціації Психіатрів України*. 1998. Т. 3. С. 39–54.
25. Morgenstern J. Cognitive theory in medicine: A brief overview. *First10EM*. September 14, 2015. <https://doi.org/10.51684/FIRS.736> (access date: 19.01.2022).
26. Grube M. Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'Praecox Feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results // *Psychopathology*. 2006. Vol. 39. N. 5. P. 209–217. DOI: 10.1159/000093921.
27. Moskalewicz M., Gozé T. Clinical judgment of schizophrenia: Praecox feeling and the bizarreness of contact-open controversies. In: *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*. Springer; 2022. с. 135–149.
28. Moskalewicz M., Kordel P., Brejwo A. et al. Psychiatrists report praecox feeling and find it reliable. A cross-cultural comparison // *Front. Psychiatry*. 2021. Vol. 12. P. 642322. DOI: 10.3389/fpsy.2021.642322.

## REFERENCES

- Bressan RA, Grohs GEM, Matos G, Shergill S. Hope or hype in the treatment of schizophrenia — what's the role of the physician? *Br J Psychiatry*. 2018;212(1):1–3. DOI: 10.1192/bjp.2017.13.
- Oexle N, Waldmann T, Staiger T et al. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;27:169–175. DOI: 10.1017/S2045796016000949.
- Neznanov NG, Martynihin IA, Mosolov SN. Diagnostika shizofrenii v Rossii: rezul'taty onlajn-oprosa vrachej-psihiatrov Chast' 1. Ispol'zovanie MKB-10. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rassstrojstv*. 2019;1:2–19. (In Russ.) DOI: 10.21265/PSYPH.2019.24.24.001.
- Lake CR. *Schizophrenia is a misdiagnosis: Implications for the DSM-5 and the ICD-11*. 2013. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4614-1870-2> (access date: 19.11.2022). DOI: 10.1007/978-1-4614-1870-2.
- Selten JP, Hoek HW. Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. 2008;43(12):937–939. DOI: 10.1007/s00127-008-0390-5.
- Ayano G, Demelash S, Yohannes Z et al. Misdiagnosis, detection rate, and associated factors of severe psychiatric disorders in specialized psychiatry centers in Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*. 2021;20:10. DOI: 10.1186/s12991-021-00333-7.
- Coulter Ch, Baker KK, Margolis RL. Specialized consultation for suspected recent-onset schizophrenia: Diagnostic clarity and the distorting impact of anxiety and reported auditory hallucinations. *Journal of Psychiatric Practice*. 2019;25(2):76–81. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000363.
- Ogbebor A. The impact of implicit bias on the overdiagnosis of schizophrenia. *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. 2022. p. 1524. <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/1524> (access date: 19.11.2022).
- Petrova NN, Dorofejkova MV. Psihiatriya kak klinicheskaya nejronauka: Nastoyashchee i budushchee. *Nevrologicheskij vestnik*. 2020;4:12–19. (In Russ.) DOI: 10.17816/nb52656.
- Hall H. Dissociation and misdiagnosis of schizophrenia in populations experiencing chronic discrimination and social defeat. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2022;5:1–15. DOI: 10.1080/15299732.2022.2120154.
- Muchnik PYu, Snedkov EV. Tipichnye vrachebnye oshibki v differencial'noj diagnostike endogennyh psihozov. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii*. 2013;2:32–36. (In Russ.)
- D'yachenko AV, Buhanovskaya OA, Soldatkin VA, Perekhov AY. Kto obrashchaetsya k psichiatru s zaprosom na izmenenie pola: rezul'taty 30-letnego issledovaniya. *Psihiatriya*. 2020;18(3):32–41. (In Russ.) DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-32-41.
- Smulevich AB. K psihopatologicheskoy karakteristike vyalotekushchej shizofrenii. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. SS Korsakova*. 2009;109(11):4–15. (In Russ.)
- Smulevich AB. Sluggish schizophrenia in the modern classification of mental illness. *Schizophr Bull*. 1989;15(4):533–539. DOI: 10.1093/schbul/15.4.533.
- Sen'ko EV. Osobennosti klinicheskoy kartiny pozdno diagnostiruemoj vyalotekushchej shizofrenii v zavisimosti ot vozrasta nachala zabolevaniya. *Sibirskij medicinskij zhurnal*. 2009;7:125–127. (In Russ.)
- Fink GF. *Vyalotekushchaya nevrozopodobnaya shizofreniya (kliniko-sistemnoanaliticheskoe issledovanie)*. Avtoreferat diss. ... kand. med. nauk. Smolensk; 2001. 26 p. (In Russ.)
- Stas' S.Yu. *Obsessii kontrastnogo sodержaniya pri vyalotekushchej shizofrenii (klinika, tipologiya, terapiya)*. Avtoreferat diss. ... kand. med. nauk. M.; 2008. 24 p. (In Russ.)
- Garrabe ZH. *Istoriya shizofrenii*. SPb.: SPbNIPI im. VM Bekhtereva; 2000. 303 p. (In Russ.)
- Zajicek B. Soviet psychiatry and the origins of the sluggish schizophrenia concept, 1912–1936. *History of the Human Sciences*. 2018;31(2):88–105. DOI: 10.1177/0952695117746057.
- Mendelevich V. Towards diagnostic and therapeutic relativism in psychiatry and addiction medicine. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*. 2019;21(5):9–14.
- Bobrova LA. Kognitivnye iskazheniya (obzor). *Otechestvennaya i zarubezhnaya literatura. Seriya 3. Filosofiya*. 2021;2:69–79. (In Russ.) DOI: 10.31249/rphil/2021.02.04.
- Kanneman D. Dumaj medlenno... reshaj bystro. M.: AST; 2016. 653 p. (In Russ.)
- Mendelevich VD. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoy diagnostiki v psichiatrii*. M.: Gorodec; 2016. 128 p. (In Russ.)
- Kornetov NA. MKB-10 bez adaptacii — kraeugol'nyj kamen' reformy otechestvennoj psichiatrii. *Visnik Associacii Psihiatriv Ukraini*. 1998;3:39–54. (In Russ.)
- Morgenstern J. *Cognitive theory in medicine: A brief overview*. First10EM. September 14, 2015. <https://doi.org/10.51684/FIRS.736> (access date: 19.01.2022).
- Grube M. Towards an empirically based validation of intuitive diagnostic: Rümke's 'Praecox Feeling' across the schizophrenia spectrum: preliminary results. *Psychopathology*. 2006;39(5):209–217. DOI: 10.1159/000093921.
- Moskalewicz M, Gozé T. Clinical judgment of schizophrenia: Praecox feeling and the bizarreness of contact-open controversies. In: *The Clinician in the Psychiatric Diagnostic Process*. Springer; 2022. c. 135–149.
- Moskalewicz M, Kordel P, Brejwo A et al. Psychiatrists report praecox feeling and find it reliable. A cross-cultural comparison. *Front Psychiatry*. 2021;12:642322. DOI: 10.3389/fpsy.2021.642322.

## ОБ АВТОРЕ

**Менделевич Владимир Давыдович**, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>; eLibrary SPIN: 2302-2590; e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

## AUTHOR'S INFO

**Vladimir D. Mendelevich**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>; eLibrary SPIN: 2302-2590; e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru