

УДК: 616.89-008-79.4

Абрамов В.А

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В ПСИХИАТРИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психиатрия, диагностика, дилеммы

Диагностика – это процесс распознавания болезни и отнесения ее к соответствующей диагностической категории на основании имеющихся симптомов. Диагностика не открывает новых законов, не описывает новые болезни, не открывает способ объяснения тех или иных симптомов, а распознает уже известные науке заболевания.

Психиатрическая диагностика исходит из трех разделов диагноза, принятых в клинической медицине – диагностическая техника, семиология диагноза и диагностическое познание [1]. Однако при диагностике психического расстройства в большей мере приходится опираться не столько на технику исследования (в отличие от интернистов), сколько на особенности аналитической мыслительной деятельности, определяемой выявленными симптомами [2]. При этом от того, насколько правильно будут определены признаки расстройства, зависит характер диагностических выводов клинициста. Другими словами, адекватность диагностических заключений определяется соответствием выявленных симптомов реально существующим болезненным переживаниям (психическому опыту) пациента.

Объективность оценки этого опыта (психического состояния) находится в соответствии с принципом Курта Шнайдера (принцип доказательства наличия психического расстройства):

- психопатологическим симптомом (расстройством) признается лишь то, что может быть таковым доказано;

- в психопатологии существует только один способ объективного доказательства – доказательство с помощью законов логики (правильного клинического мышления); при этом используются: а) оценка логики поведения и объяснения этого поведения пациентом и б) логика доказательств: например: тезис – обследуемый психически болен; аргументы

– «его мышление алогично, имеется бред»; форма доказательства – доказывается, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания пациента можно расценивать как бредовые и т.д.

Любой диагностический процесс – это разновидность познания (выявления паттернов по Д. Голдбергу [3]) объектов реально существующей действительности. Как известно, процесс распознавания этих объектов включает три этапа:

1. Чувственное (непосредственное) восприятие объекта.

2. Рациональное познание или интерпретация, истолкование полученных данных.

3. Обозначение, типологизация симптомов.

Чувственное (эмпирическое) познание (знание – объективная реальность, существующая в сознании человека) – получение знаний о предметах и явлениях при помощи своих органов чувств; вне чувственного представления у врача-психиатра нет никакого реального диагностического знания.

Рациональное познание - познавательный процесс, присущий только человеку, и осуществляемый посредством различных форм мыслительной деятельности (понятия, суждения, умозаключения, гипотезы). Обусловлено точкой зрения субъекта познавательной деятельности. Характеризуется: а) направленностью на отражение общих свойств предмета познания; б) опосредованностью познаваемой реальности. Осуществляется на основе чувственных данных. Рационально распознается только то, что является теоретическим знанием и может быть объективизировано.

Следует отметить, что законы познания действительности распространяются только на объективно существующую действительность, материальный мир. В этой связи возникает вопрос о возможности непосред-

ственного познания психики как внутреннего, субъективного мира человека. Познаваем ли этот мир с помощью объективных законов познания?

Психика – субъективный, внутренний интрапсихический мир (субъективная психическая реальность, субъективное жизненное пространство личности) человека с его чувствами, мыслями, желаниями, идеалами, системой ценностей, смыслов, убеждений, целей, мотивов; это совокупность взаимосвязанных психических переживаний, проявляющихся в виде психических феноменов, особой внутренней психической деятельности, обеспечивающей душевное равновесие, осмысленность и другие проявления индивидуальной жизни.

Субъективный интрапсихический мир другого человека **непосредственно** воспринимать невозможно, психическое не может существовать в пространстве наших представлений как другие внешние предметы. Чужое психическое можно воспринимать только **опосредованно**. Непосредственно можно вос-

принимать только собственное психическое, свой собственный мир.

Объективно можно изучать только внешне наблюдаемое, а не субъективное; субъективная сфера пациента (психика) не может быть объективно изучена из-за отсутствия (за исключением поведенческих нарушений) непосредственных объективных (чувственно-воспринимаемых, внешне наблюдаемых) критериев – признаков большинства субъективных переживаний и невозможности целостной объективной оценки психического состояния. Субъективное недоступно чувственному познанию, не может быть воспринято, ненаблюдаемо. Поэтому в сознании врача-психиатра в процессе клинко-психопатологического исследования в принципе не могут сформироваться адекватные представления о содержании реальных, подлинных переживаний пациента, его актуальном психическом состоянии. В связи с этим утверждение о возможности оценки психического статуса пациента в ходе клинического исследования противоречит

Таблица 1

Соотношение критериев объективности оценки психического состояния и уровня их реализации в клинической практике

Критерии объективности оценки психического состояния	Уровень реализации в клинической практике
1. Возможность установления реального клинического факта (научного знания, объективной диагностической истины)	Психиатрический диагноз, установленный традиционным способом, не является клиническим фактом
2. Использование результатов чувственно-го познания объекта исследования	Непосредственное восприятие специалистом чужого психического невозможно в принципе
3. Отсутствие влияния на оценку актуального психического состояния пациента субъективных качеств и впечатлений исследователя	Существенное влияние качеств интерпретатора
4. Наличие в структуре выявленных симптомов объективных признаков, соотносящихся с переживаниями пациента	Принципиальная невозможность выявления объективных признаков в структуре субъективного феномена
5. Возможность соотнесения (эквивалентность) выявленных симптомов с идентифицируемыми субъективными переживаниями пациента, их настоящей природой	Содержание переживания соотносится с соответствующим ему симптомом, как реальный объект с мультипликационным изображением

законам познания субъективной психической реальности.

Приведенные данные позволяют проанализировать диагностическую (познавательную) ценность психопатологических симптомов, которые, как считается, отражают клиническую реальность пациента. При этом мы исходим из утверждения, что психопатологический симптом – это субъективное проявление патологического состояния, описыва-

емое больным (Глоссарий. Психологические термины и определения DSM-5), или один из очевидных для самого больного субъективных признаков какого-либо заболевания, которые заставляют больного обратиться за помощью к врачу (Оксфордский справочник по клинической медицине). Объективным симптом может быть только в том случае, если он выявлен с помощью объективных методов исследования (под объективным

методом понимается такой метод, который ведет к познанию объективной истины – выявлению клинических фактов – эмпирически подтвержденных знаний).

Соотношение критериев объективности оценки психического состояния и уровня их реализации в клинической практике показано в табл. 1.

С учетом невозможности непосредственно восприятия психопатологических переживаний (феноменов), можно констатировать, что **психопатологический симптом** не имеет ни чувственной, ни логически-смысловой связи с субъективными болезненными переживаниями; непосредственно не связан и не отражает содержания подлинных болезненных переживаний пациента; не является объективно существующим клиническим фактом (клинической реальностью); не является формой существования, проявления и способом клинической идентификации психопатологических переживаний.

Психопатологический симптом – это:

- знак того, что недоступно прямому восприятию;

- результат произвольной символической (умозрительной, иррациональной) интерпретации врачом-психиатром реально существующих субъективных переживаний пациента;

- признак, существующий только в сознании врача, и имеющий статус виртуальной, но практически единственной и «самодостаточной» реальности.

Ничем не доказано и в принципе не может быть доказано, какие именно переживания лежат в основе того или иного клинического симптома, который по определению должен соотноситься с идентифицируемым переживанием.

В этой связи, не являются чем-то неординарным встречающиеся в литературе следующие определения психопатологического симптома:

...- признак, который не может быть познан (распознан) методом простого созерцания или чувственного познания;

... психопатологический признак, не являющийся теоретическим знанием и не отражающий реальных (подлинных) переживаний пациента;

... признак, широко используемый в клинической практике, который не может быть распознан рациональным путем и не может быть объективизирован;

... признак, приобретающий автономный смысл и не соотносящийся с реальностью – имманентными (подлинными) переживаниями пациента;

... признак – результат произвольной символической интерпретации реально существующих субъективных переживаний, недоступных чувственно-рациональному познанию;

... признак, не имеющий логически-смысловой связи с субъективными болезненными переживаниями, которым он по определению должен соответствовать;

... априорное (умозрительное) знание, не основанное на чувственном опыте, выражающееся в символической форме и имеющее статус виртуальной, но практически единственной и самодостаточной реальности;

... признак, существующий только в сознании врача-психиатра, и не отражающий содержание, и характер идентифицируемого переживания, и являющийся результатом его субъективной интерпретации;

... интерпретационный конструкт нечто, непосредственно не связанный с переживаниями, испытываемыми пациентом;

... признак, существующий в отрыве от базисных критериев психического здоровья и не отражающий интегративных свойств психики

Соответствие психопатологических симптомов реальным психическим переживаниям показано на рис. 1.

Таким образом, психопатологический симптом рассматривается как символ, имеющий многозначную или двусмысленную трактовку, обозначающий относительно неизвестное фактическое состояние (неизвестную сущность) психики, наличие которого признается. Психопатологический симптом – символически опосредованная необъективируемая, **произвольная интерпретация** субъективных переживаний больного; отражение действительности, не идентифицируемое с подлинной психопатологической реальностью. Это символически опосредованная **логическая** (с использованием диагностических алгоритмов) интерпретация субъективных переживаний больного, идентифицируемых врачом как **условно объективируемых** – единственный относительно объективный метод оценки психического состояния в рамках традиционных диагностических подходов.

Психопатологическим симптомом обозначается нечто реальное, но объективно не существующее. Это искусственная виртуаль-

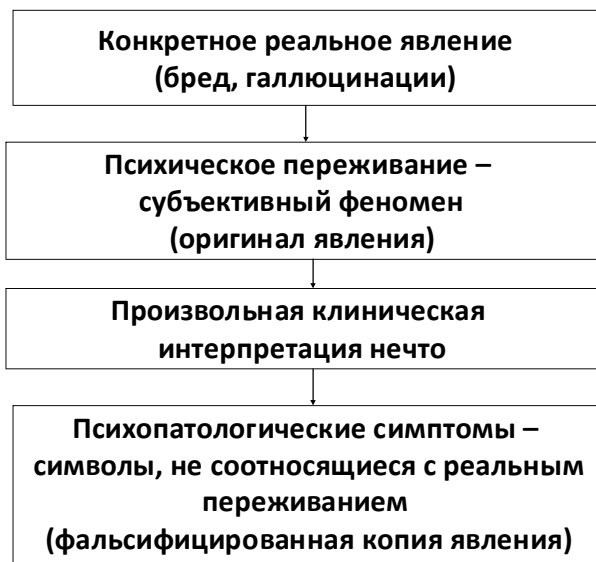


Рис. 1. Соответствие психопатологических симптомов реальным психическим переживаниям

ная конструкция, которая на символическом (знаковом) уровне отражает действительность и не идентифицируется с подлинными субъективными психическими переживаниями.

Виртуальная диагностическая реальность или символическое отражение действительности – это когда реальные субъективные переживания пациента подменяются произвольными толкованиями и интерпретациями (семиозис), а подлинная, настоящая реальность заменяется знаками реальности – симулякрами (пересказ реальной истории своими словами, имитация подлинности). Психопатологические симптомы (знаки реальности, симулякры) – это символические понятия, приобретающие автономный смысл, не конгруэнтный переживаниям, а процесс диагностики превращается в виртуальный процесс.

Базовым методом исследования психического состояния пациента является клиничко-психопатологический метод, направленный на исследование психических процессов. В реальной клинической практике клиничко-психопатологический диагностический метод традиционно считается самодостаточным методом, основанном на выявлении клинических фактов (симптомов, якобы соответствующих болезненным переживаниям) и объективной оценке психического состояния пациента. А на самом деле, как следует из вышеприведенных данных, в основе этого метода выявления признаков психического расстройства лежат не процессы чувственного и рационального познания, а

или иррациональное познание – интуитивная форма непосредственного знания, не опирающаяся на возможности чувственного и рационального познания, или формализованное (формальное) диагностическое познание – символическое опосредование реальности – отображение клинической информации в символическом виде, который изначально (по определению) означает нечто недоступное рациональному познанию и невозможность объективизации.

Система диагностики психических расстройств не имеет теоретического обоснования и характеризуется произвольной направленностью различных ее этапов. Традиционное клиническое исследование больных, как правило, не выходит за рамки субъективной интерпретации врачом-психиатром клиничко-анамнестических данных на основе собственного клинического опыта и профессиональной квалификации, и не носит четко структурированного характера. Отсутствует опыт разработки и использования специальных диагностических опросников и шкал, которые широко внедрялись в клиническую практику западными психиатрами. Глубина психопатологического исследования определяется опытом клиничиста и местными традициями: создавали свои схемы клинического исследования, свои системы формализации признаков психических расстройств, свои методические рекомендации по изучению психического состояния пациента. Это способствовало тому, что разные психиатры при проведении клинического исследования

не только извлекали неодинаковый объем информации, но и по-разному интерпретировали полученные сведения.

В качестве атрибутов современной диагностической технологии закрепились такие приемы, как традиции отечественной школы, здравый смысл, интуиция, диагноз по первому впечатлению или от «анамнеза», врачебные догадки и даже диагноз «наугад». Эти механизмы нередко лежат в основе т.н. стихийной (эмпирической) логики, диагностической предубежденности, неоднозначных диагностических толкований, освобождающих мышление врача от таких важных свойств как самоконтроль и самокоррекция. Такая неструктурированная диагностика носит произвольный или вероятный характер и сопровождается большим риском допустить ошибку.

В отечественной психиатрической практике в качестве эталона клинического исследования обычно ссылаются на метод объективного наблюдения П.Б. Ганнушкина. Описывая этот метод, Я.П. Фрумкин [4] обращал внимание на тщательную регистрацию всех деталей двигательного поведения больного: «П.Б. Ганнушкин воспринимал ряд сигналов, идущих от внешней манеры больного держаться, осваиваться с новой обстановкой, оценивать ее, сигналов, отражающих внутреннее содержание психики. Это не было пассивным наблюдением за больным, а творческой работой, за которой следовал этап выслушивания. Больному предоставлялась возможность свободно высказываться. Затем следовал разговор с больным. П.Б. Ганнушкин ставил также вопросы, которые приходились как нельзя кстати, раскрывал перед всеми содержание психической жизни больного, открывал «шлюзы» основного потока психических проявлений, обнажая то, что является ведущим, главным, характерным в этом больном, и что подчеркивает его диагностическую индивидуальность». По мнению Я.П. Фрумкина, это было исследование, «лишенное шаблонов и штампов, в процессе которого психиатр умеет примениться к своеобразию больного, умеет подчеркнуть отточенным вопросом, или обдуманым замечанием или взвешенной репликой то, что составляет основное в структуре исследуемой психики». Такой метод Я.П. Фрумкин определил, как «метод внесимптоматической диагностики», считал его важным аспектом оценки психического состояния пациента.

Сам П.Б. Ганнушкин в статье «Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание» [5] писал: «Главным методом по-прежнему остается беседа с душевнобольным... научиться этому и овладеть этим можно, если молодой психиатр будет с достаточной вдумчивостью и вниманием относиться к душевнобольному, если он будет правдив и как можно более прост в общении с больным; лицемерия, слащавости, тем более прямой неправды душевнобольной не забудет и не простит, и в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента. Лучшие психиатры Крепелин, Маньян, Корсаков ... подходили к больному по-своему, у каждого из них были достоинства и недостатки, каждый отражал в этой беседе самого себя со всеми своими душевными качествами. Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пылкость; Крепелин был резок и даже грубоват; Маньян - насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем больше всего любить психически больного человека - больные это понимали и охотно беседовали с ними».

Приведенная цитата выдающегося клинициста в основном относится к нравственно-деонтологической стороне клинического исследования и, по существу, не затрагивает его информационно-познавательной составляющей. Нисколько не умаляя диагностических способностей выдающегося психиатра-клинициста, следует, однако, обратить внимание на то, что уникальный профессиональный опыт отдельных специалистов без должного научного обоснования не должен использоваться в качестве общеметодологического подхода к диагностике психических расстройств. С другой стороны, метод внесимптоматической диагностики не опирается при этом на конкретные признаки или симптомы заболевания. Выставленный на этой основе диагноз является следствием интуиции опытного клинициста, а не результатом целенаправленного и объективного клинического исследования, выходящего за рамки субъективных (а, следовательно, не безошибочных) впечатлений.

Субъективизация процесса выявления психических расстройств нашла отражение и в многочисленных работах современных исследователей. Так, в руководстве по психиатрии под редакцией А.В. Снежневского [6] распознавание психической болезни представлено

как творческий акт. Основным приемом клинического психиатрического обследования является расспрос, успешность которого зависит не только от профессиональных знаний и общей эрудиции врача, но и от умения расспрашивать. Каждый психиатр должен разговаривать с больным «по-своему», нестандартно. От умения просто и сочувственно разговаривать с любым пациентом, учитывая его индивидуальные особенности, в значительной мере зависит успех диагностического обследования.

Комментируя приведенные рекомендации, следует отметить, что едва ли «простоту и сочувствие» (при всей важности эмпатического компонента в диагностике) можно считать надежными приемами клинко-психопатологического исследования, а элемент «по-своему» вносит в процесс диагностического познания много произвольного и существенно ограничивает возможность объективного выявления и адекватной интерпретации симптомов заболевания.

Отсутствие унификации и стандартизации клинического исследования способствовало субъективизму в оценке психического со-

стояния пациентов, что нашло убедительное подтверждение на популярных в СССР в 70-80-е годы диагностических семинарах и в конечном счете привело к скандальным случаям гипердиагностики шизофрении и злоупотреблениям психиатрией.

В качестве иллюстрации «достоверной» диагностики психических заболеваний можно привести данные о «разбросе» диагностических заключений 35 профессоров-психиатров в СССР, которым были предложены 11 историй болезней, полученных из Скандинавских стран (Материалы диагностического семинара по психиатрии. Ленинград, 1968): от 4 до 17 (!) вариантов диагностических шифров МКБ.

Значительная и очевидная вероятность недостоверных диагностических заключений в психиатрии (диагностических ошибок), помимо методологических причин, связана также с отсутствием четкой содержательной дифференциации психопатологических симптомов и синонимичных понятий, используемых в обыденной жизни (табл. 2).

«...иметь не одно значение – значит не

Таблица 2

Синонимическое представление психопатологических симптомов и понятий из обыденной жизни

Симптомы	Синонимы из обыденной жизни
Аутизм	Необщительность, эгоцентризм, некоммуникабельность, интроверсия
Бред	Заблуждение
Амбивалентность	Неоднозначность, двойственность, эмоциональная неопределенность, нерешительность
Резонерство	Демагогия
Враждебность	Неприязнь
Патологическая детализация	Уточнение, конкретизация
Сверхценные идеи	Доминирующие идеи
Чувственная тупость	Безразличие, равнодушие, пофигизм
Апатия	Холодность отношений, безучастность
Социальная отгороженность	Замкнутость

иметь ни одного значения».
Аристотель

Таким образом, **клинко-психопатологический метод** – не является методом объективной идентификации психопатологических переживаний пациента и подлинной оценки его актуального психического состояния. **«Если бы мы ограничивались, как психиатрия, клиническим методом, то считали бы, что**

кит – рыба, а не животное» [7]. Правильнее говорить о нем (традиционном и стандартизованном вариантах) как о методе вероятностной диагностики и низкой диагностической значимости. В свою очередь, диагностика психического расстройства с использованием клинко-психопатологического метода – это процесс умозрительных виртуальных клинических построений, основанных не на объективной оценке субъективных пережива-

ний пациента, а на их произвольной (вероятностной) интерпретации (семиозисе), подмене подлинной реальности знаками реальности – необъективизируемыми знаниями, а **психиатрический категориальный диагноз** – это не логика клинических фактов, отражающих целостное актуальное психическое состояние пациента, а отражение искусственной, виртуальной реальности с подменой подлинной реальности умозрительными знаками реальности (логика симулякров).

В этой связи актуальным представляется мнение известных российских психиатров [8]: «Приоритет клинического метода, подчиненное положение инструментальных методик дают повод для обвинений в субъективизме диагностики в психиатрии. Отрицание возможности объективного диагноза в психиатрии ведет к отрицанию существования психических болезней вообще и самой психиатрии как науки».

В качестве иллюстрации психодиагностических возможностей клинко-психопатологического метода проанализируем, является ли этот метод адекватным для исследования дисфункциональных личностных состояний. Ответ на этот вопрос очевиден и лежит в плоскости понимания симптома как характерного признака конкретного заболевания, имеющего определенные морфо-анатомические и функциональные характеристики, этиологию и патогенез. Невозможность рассмотрения личностной дисфункции в контексте медико-биологических подходов, делает также невозможным использование понятий «симптом» и «синдром» для квалификации тех или иных личностных характеристик. Это нашло отражение в определении понятия «психическое расстройство» в МКБ-10, разграничивающим составляющие его признаки на симптомы и личностные дисфункции. Другими словами, проявления личностных дисфункций не рассматриваются как симптомы. Эти нарушения в соответствующих главах классификации определяются как признаки, критерии, характеристики. Из этого следует, что клинко-психопатологический метод, нацеленный на выявление симптомов расстройства, не является адекватным методом выявления личностных дисфункций, отражающих сущность психического расстройства. Таким методом может быть только патопсихологическое исследование личности, а его диагностическими мишенями – уровни системной

организации и функционирования личности.

Декларирование принадлежности психиатрии к естественным наукам (к медицине) не подтверждается многими обстоятельствами. В частности, отнесение психиатрии к спектру медицинских наук предполагает установленную и научно доказанную взаимосвязь психических расстройств с соматическим здоровьем, отражающим состояние органов и систем человеческого организма. Действительно, такая связь просматривается, не только при органических (симптоматических) психических расстройствах, которые рассматриваются как одно из проявлений основного (интра- или экстракраниального) заболевания. В этих случаях оправдано использование общемедицинских терминов и терминов, отражающих патологию того или иного органа.

При остальных психических расстройствах основные категории современной медицины (патология, болезни, гомеостазис, симптом, орган, организм и др.) или не находят применения, или отличаются своеобразным (не медицинским) содержанием и толкованием. Так, определения (ВОЗ) исходных медицинских понятий «здоровье» и «психическое здоровье» существенно различаются. Здоровье – это интегральная оценка благополучия человека (в т.ч., как биологического объекта), а психическое здоровье – это позитивная характеристика различных составляющих личностного потенциала как психологических категорий, отражающих степень целостности и зрелости личности (кстати, разведение Всемирного дня здоровья – 7 апреля и Всемирного дня психического здоровья – 10 октября – косвенное подтверждение различий между этими видами здоровья). Из этого следует, что нарушение психического здоровья также должно истолковываться не в медицинском (как болезнь организма), а в психологическом (психопатологическом) ракурсе, как психопатологическое расстройство. А с учетом личностного спектра как конституирующей основы психического здоровья, понятие «психическое расстройство» может быть идентифицировано с понятием «личностная дисфункция» с неспособностью человека полноценно функционировать в основных социальных ролях, что также не соответствует концептуальному (организменному) аппарату научной медицины.

Определение психического расстройства

в МКБ-10 также не содержит ни одного признака, характерного для тех или иных сфер медицины. Все составляющие психического расстройства (нарушения психических процессов – симптомы, страдания, личностные дисфункции) – это все психологические категории (терминологический аппарат психологической науки), не отражающие специфики органичной патологии (заболевания организма), характерной для соматической медицины. Отсутствие (недоказанность) соматогенеза психических расстройств и квалификация психических нарушений в терминах психологической науки делают недостаточно обоснованным отнесение психиатрии к спектру медицинских наук.

В то же время стремление не упустить из виду «человеческое» в психопатологии повлекло за собой внимание к экзистенциальным проблемам, в том числе к разрушающим экзистенцию импульсам [9]. Одним из таких импульсов является официально принятая международная классификация психических расстройств, исключающая возможность апеллировать к содержательным элементам, скрытым в глубинах психической субстанции личности, а также возможность их экзистенциального понимания.

Законодательством предусматривается, что диагностика психических расстройств осуществляется врачом-психиатром исключительно на основе диагностических критериев и диагностических указаний МКБ. При этом «клиницисты должны сами выбирать адекватный диагноз». Такую диагностику составители МКБ-10 считают возможным рассматривать как «достоверную», несмотря на то, что при отсутствии теоретического смысла диагностические критерии «представляют собой просто группы симптомов и комментарии, относительно которых большее число советников и консультантов во многих странах мира договорились как о приемлемой основе определения границ категорий в классификации психических расстройств».

Соответствует ли то, что в МКБ-10 называется диагностическими критериями, психической реальности, подлинным переживанием пациента, его внутреннему миру, которые эти критерии по определению должны отражать? В энциклопедическом словаре Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона критерии – это признаки для оценки истинности или ложности суждения или факта. Исходя из этого можно предпо-

ложить, что диагностический критерий – это истинное суждение, непосредственно отражающее психическую реальность пациента, в том числе ее высший ценностно-смысловой уровень. Так ли это?

Основным принципом диагностики психического расстройства в контексте МКБ-10 – это необходимость соответствия диагностического заключения фиксированным клиническим критерием. То есть психиатрический диагноз, который идентифицирует психические состояния пациента, устанавливается только на основании диагностических критериев. Наличие тех или иных критериев строго детерминируют постановку определенного диагноза, несмотря на неопределенность представлений о сущностной характеристике психических расстройств.

Это требование можно считать более чем сомнительным в силу многих причин и, прежде всего, потому, что психопатологические симптомы не только не отражают непосредственных переживаний пациента (недоступны чувственному восприятию), но сами по себе не являются клиническим фактом. Кроме того, принятые МКБ-10 клинические диагностические критерии являются статичными, характеризующими лишь один из этапов формирования психопатологического синдрома или течения болезни (обычно развитое их состояние или представленные преимущественно в классическом варианте), отчего ранняя диагностика делается весьма проблематичной. Из этого следует, что клинические диагностические критерии (так как они представлены в МКБ-10) не могут быть надежными индикаторами того или иного психического расстройства, не могут рассматриваться как детерминанты психиатрического диагноза в силу возникающей при этом абсолютной и предсказуемости диагностических взглядов, отражающихся исключительно на симптомы, не являющиеся к тому же клиническими фактами. Более того, дисфункциональные особенности личности, как уникальная неповторимая основа психических расстройств, в принципе не могут быть дискретными диагностическими категориями. Психическое расстройство в этих случаях теряет статус психического расстройства, а психиатрия – статус специальности.

Таким образом, психиатрическая диагностика, процесс постановки определенного диагноза в рамках МКБ осуществляется в

режиме их детерминированности произвольно установленными диагностическими критериями, не опирающимися на какие-либо собственно антропологические характеристики больного и внутренние взаимосвязи. Соблюдение (безальтернативное) диагностических критериев – это универсальная императивная необходимость. Диагностически значимая совокупность диагностических критериев с точки зрения правильности определяемого диагноза означает, что все как в естественных науках должно объясняться причинно-следственными связями, например, галлюцинации, описываются как нарушение восприятий, а бред – как расстройство мышления.

В то же время, принципы построения категориального диагноза далеки от таких основополагающих бинарных понятий как «биологическое-социальное, естественно-научное – гуманитарное, личность-ситуация, свобода – детерминизм, от представлений о системной организации и многополярности психики и личности. Фатальность влияния диагностических указаний (критериев) на во многом судьбоносное для пациента диагностическое заключение, не учитывающее ни индивидуальных переживаний и субъективных личностных особенностей, ни многообразных аспектов его жизнедеятельности и социальных факторов, совершенно очевидным образом дискредитирует как сам диагностический процесс, так и ключевые закономерности, управляющие этим процессом. Пациент при таком его рассмотрении в рамках официального диагностического стандарта предстает как «естественный человек», пассивное и однообразное существо, а не как субъект собственной активности – «рефлексивный человек».

Любой категориальный психиатрический диагноз отражает необходимость (детерминированность) одних и тех же симптомов (феноменов), хотя, как известно, у разных людей антропологические, в т.ч. психопатологические, переживания имеет индивидуально специфический характер и меняются в зависимости от обстоятельств и способов организации жизни и восприятия мира. При этом вариативность пациентов проявляется не просто в выраженности тех или иных переживаний, а в качественной разнообразности форм бытия (саморегуляции, самоорганизации и отношений с миром), уровня их «очеловечивания» и личностного развития. В этом

контексте (с точки зрения неклассической психиатрии) бытие-в-мире можно рассматривать как рефлексивное сознание, осознающее не только окружающий мир, но и Я субъекта как внутреннего центра личности, а психическое расстройство – как экзистенциальное событие, характеризующееся нарушением самореализации личности.

Поэтому психиатрический диагноз – это не просто и не только форма идентификации психического нездоровья, это мера ответственности врача-психиатра за персональное существование пациента. К сожалению, эта мера чаще всего реализуется на основе интеллектуально-клинических предпочтений клинициста. При этом не идентифицируется ни одна из экзистенциальных проблем пациента, а диагностическое заключение не отражает его психической реальности. Более того, традиционный психиатрический диагноз разрушает ответственность пациента за собственное бытие, в частности, устремленность на саморазвитие как естественный механизм выживания человека, формирует убежденность в отсутствии смысла существования и цели бытия, ощущение одиночества и изолированности в мире, неудовлетворенности собственным существованием.

Исходя из онтологических позиций, сопряжение «определенности» психиатрического диагноза и неопределенности (гипотетичности) представлений о внутреннем мире пациента вряд ли возможно, как невозможно понятие «симптом» идентифицировать с понятием «переживание» - фазой единого цикла экзистенциального взаимодействия субъекта с миром. Из этого следует, что традиционный категориальный диагноз – это не достоверное, а предположительное или вероятностное знание или событие. В свою очередь субъективное жизненное пространство личности как отражение внутреннего мира пациента – это пространство возможного, а не действительного, пространство функциональных возможностей личности (личностного потенциала), обеспечивающих регуляцию и организацию собственной жизнедеятельности в режиме самодетерминации. Осознание этого пространства и его рефлексия – основной критерий адекватного восприятия (диагностики) самодетерминируемой жизнедеятельности пациента.

Поскольку в человеке есть все то, что есть у низкоорганизованных животных, он может

функционировать как на «животном» (субчеловеческом), так и на человеческом уровнях. При этом человеческий и субчеловеческий режим функционирования не равноправны [10]. Существование на субчеловеческом уровне основано на общебиологических механизмах, подчиняется законам природы, причинной необходимости и находит отражение в естественно-научных исследовательских подходах. Поэтому психиатрический диагноз, формируемый на основе естественно-научных, клинических данных (синдромальный, нозологический, категориальный диагноз), не затрагивающий подлинно человеческих, индивидульно-личностных качеств, можно условно отнести к категории субчеловеческих. Этот диагноз не содержит в себе информации, необходимой для понимания актуальных психопатологических переживаний пациен-

та и для назначения адекватных методов их субъективно-личностного восстановления. Привлекательность такого диагноза или «искушение субчеловеческим» связана с минимумом усилий психиатра при подгонке диагноза под критерий» и с необходимостью следования международным стандартам. В то же время, признание правильности отнесения диагностических критериев к категории вероятностных или возможностных переносит нас из четко структурированного, хотя и мало обоснованного, мира категориальной диагностики в мир экзистенциального понимания пациента. Различия в понимании психического расстройства и психиатрического диагноза с точки зрения естественных наук и философии показаны в табл. 3.

МКБ-10, «Международная статистическая

Таблица 3

Понимание психического расстройства с точки зрения естественных наук и философии

Признаки	Естественно-научное представление психиатрии	Философия психиатрии
Системообразующий элемент картины болезни	Диагноз (категориальный, синдромальный, нозологический)	Опыт болезни (психический опыт)
Структурный элемент картины болезни	Симптомы, синдромы, диагностические критерии	Интрапсихические переживания, психопатологические феномены
Механизмы патологических изменений	Церебрально-органические	Трансформация темпераментности и пространственности
Сущность диагностического подхода	Результат личных интеллектуально-диагностических предпочтений клинициста	Процесс приспособления теории к практике
Методологический ракурс	Четкое разграничение нормального и патологического	Интегрированные представления о больных как о человеке
Принципы исследования и интерпретации	Клиническая диагностика, классификация, объяснение	Структурно-феноменологический анализ клинического случая, сознательная интерпретация, понимание
Наличие оснований	Для симптоматического восстановления	Для субъективно-личностного восстановления

классификация болезней и проблем, связанных с болезнью» - официальный нормативный документ. Глава V (психические и поведенческие расстройства) МКБ-10 предназначена, прежде всего, для статистических целей, однако ее базовая версия «Клинические описания и диагностические указания» разработана для использования в клинических, образовательных и служебных целях. Эта версия является официально принятым международным стандартом диагностики психических расстройств

и основой для разработки клинических протоколов по дискретным диагностическим категориям.

Составители МКБ-10 в разделе «Введение» указали, что «настоящие описания и указания **не несут в себе теоретического смысла** (следовательно, являются бессмысленными), и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах. Они представляют собой **просто группы симптомов** и

комментарии, относительно которых большее число советников и консультантов во многих странах мира **договорились как о приемлемой основе** определения границ категорий в классификации психических расстройств».

МКБ-10 содержит 21 класс болезней, в т.ч. 1 класс – «расстройства», т.к. «термины «болезнь» и «заболевание» вызывают при их использовании еще большие сложности». По данным ВОЗ, **болезнь** – «это нарушение нормальной жизнедеятельности **организма**, обусловленное функциональными и (или) морфологическими (структурными) изменениями». Болезнь существует только в телесном выражении, **имеет биологическую основу**. Поэтому психические расстройства, являющиеся нарушениями психики, а не организма и не имеющие доказанной биологической основы, не могут быть отнесены к классу «болезни».

В этой связи, примечательны концептуальные ориентиры К. Шнайдера [11], относящиеся к его представлениям о понятии «психическая болезнь».

1. Понятие болезни в психиатрии – строго медицинское.

2. Болезнь как таковая существует только в больном, только в патологических изменениях организма.

3. Болезненные (патологические) психические нарушения объясняются патологическими органическими процессами.

4. Критерий болезни – отсутствие хорошего самочувствия, в т.ч. угрозы жизни – неприменим в психиатрии.

5. Патологическими являются психические расстройства, обусловленные органическими причинами (процессами), их функциональными последствиями и локальными остаточными явлениями.

6. Понятие «психическая болезнь» основывается исключительно на патологических изменениях организма и относится только к сомато-биологически обусловленным психическим нарушениям.

7. Отсутствие сомато-биологических оснований при многих психических расстройствах делает невозможным отнесение их к психическим болезням.

8. Шизофрения – это не нозологическая форма, а форма существования человека.

Исходя из вышесказанного, понятие «больной», имеющее биологический статус, и характеризующееся отклонением от нормы в состоянии организма, не в полной мере применимо к пациенту с психическим расстройством. Более того, в Постановлении Европейского суда по жалобе №58973/00 от 28.10.2003 по делу «Тамара Ракевич против РФ» сказано, что «Термин **психически (душевно) больной** не поддается точному определению, поскольку психиатрия является развивающейся областью как с точки зрения медицины, так и с точки зрения социальных подходов». По-видимому, наиболее приемлемым в современных условиях является понятие «пациент», имеющее правовой статус и обозначающее человека (и не только человека), обратившегося за медицинской помощью.

Принятое в МКБ-10 концептуальное поле «расстройств» (не болезней в строгом смысле слова) предполагает отказ от естественно-научных (медико-биологических) принципов диагностики и использование иных методических подходов к выявлению психических нарушений. Однако на самом деле эта классификационная система одновременно охватывает два несовместимых концептуальных пространства: официально принятое пространство психических расстройств как

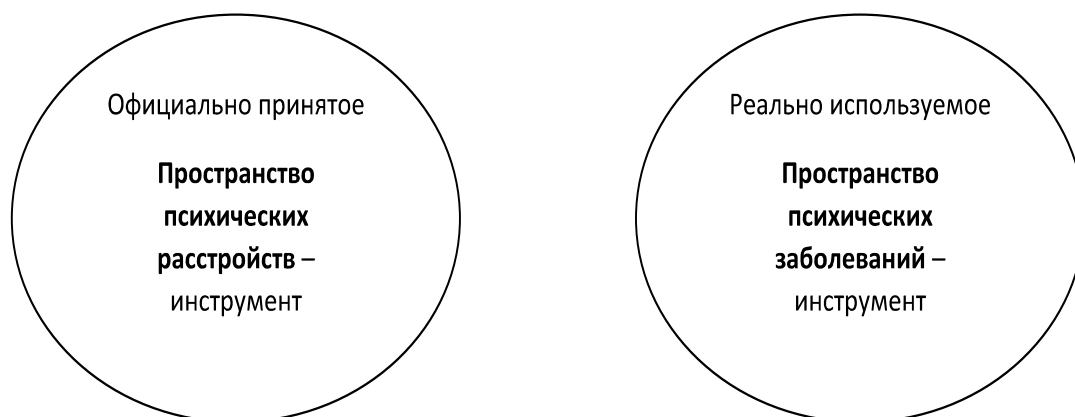


Рис. 2. Несовместимость концептуально-методологических пространств МКБ-10

инструмент для реализации статистических целей и реально используемое пространство психических заболеваний как инструмент для реализации клинических (лечебно-диагностических) целей (рис. 2).

Атеоретичность (отсутствие научного смысла) МКБ-10 заключается в приоритетности принципа договоренности специалистов разных стран, произвольности, без опоры на единый классификационный принцип. Клинические (симптоматические) описания – это случайный набор признаков, которые искусственно объединены в те или иные диагностические категории.

Психические расстройства в формате МКБ-10 основаны на **несистематизированном клиническом опыте**, который практически **не подкреплен научно обоснованными доказательствами**, подтверждающими их существование как дискретных диагностических категорий. Составители классификации признают, что систематических клинических данных, которые могли бы дать определенные рекомендации по классификации отдельных психических расстройств, пока нет. Те же клинические сведения и **традиции**, которыми мы вынуждены пользоваться, не дают возможности составить концепцию и четко определить и отграничить эти состояния.

Клинические описания, положенные в основу диагностики, не подтверждены физиологическими изменениями, не являются объективным отражением психического состояния пациента, не раскрывают сущности психического расстройства и не соответствуют действительности. Диагностические критерии, являясь клиническими артефактами (искусственным, эфемерным набором признаков), не имеют никакого отношения к субъективным переживаниям пациента, которые он на самом деле испытывает.

Использование принципа включения в классификацию «клинически полезных признаков», вместо научно обоснованных, исключая наличие высших ценностно-смысловых характеристик человека, вульгаризируют и догматизируют классификацию, погружая ее пользователя (врача-психиатра) в экзистенциальную пустоту, парализующую скуку существования.

Использование не полностью научно осмысленных диагностических критериев в клинической практике – это отражение современного уровня психиатрической науки и ее

главной проблемы – познание природы психического. Ключевой аспект этой проблемы – непознанность соотношений материального и сознательного, естественно-научного и гуманитарного, физиологического и психического (*mind-body-problem*). В то же время нужно иметь в виду, что МКБ-10 не является догмой и не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики.

Несмотря на недостатки описательной категориальной диагностики психических расстройств, в рамках клинического метода достойной альтернативы ей на современном этапе нет. Поэтому международная система диагностики при всей ее **атеоретичности** и небезупречности является отражением современного состояния клинической психиатрии, вершиной «коллективного разума» и останется таковой до тех пор, пока не будут созданы **новые диагностические технологии и разработаны новые теоретические концепции**. Однако судя по опубликованным предварительным материалам, касающимся принципов построения Международной классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-11 – это очередное погружение психиатров в парадигматическую капсулу «психиатрической нозологии», не имеющую теоретического обоснования, являющуюся результатом простой договоренности. Это по-прежнему свидетельствует об отсутствии у ее составителей стремления к трансценденции – к радикальному выходу из той ограниченности сознания атеоретическими «научными» представлениями, который может стать реальной угрозой существования психиатрии или, по крайней мере, ее «гибридизации».

Неспособность составителей МКБ выйти за рамки малопродуктивных в современных условиях естественно-научных представлений о природе психического и приоритетности биологических моделей психических расстройств и более глубоко осмыслить холистические (идеографические, личностно-ориентированные) подходы, не делают МКБ самодостаточной классификацией, несущей в себе самой конечный смысл своего существования. Уместно, в этой связи, вспомнить слова Альберта Эйнштейна: «Самая большая глупость – это делать то же самое, но надеяться на другой результат».

Каким же образом можно преодолеть эфемерность современных классификаций психи-

ческих расстройств и сделать их приемлемыми для использования в клинических целях? Что можно противопоставить эклектичности существующих представлений о психиатрии, которые положены в основу МКБ и всех официальных регламентаций о клинико-диагностических и лечебно-реабилитационных подходах в этой сфере деятельности? Назовем этот «новый» смысл ценностно-гуманитарным подходом, который олицетворяет собой направление, ориентированное на личность пациента, как на целостное образование, обеспечивающее объективное познание субъективной психической реальности пациента и отношение к нему не как к объекту психиатрического вмешательства, а как к субъекту своей собственной активности со своим индивидуальным субъективным миром.

На этом основании в психиатрии можно выделить две альтернативные диагностические модели:

1. Гомоморфную диагностическую модель – использование официальных диагностических критериев, отражающих потенциальное, вероятное значение, некоторое подобие содержания интрапсихических переживаний. Симптом в этом случае рассматривается как гипотетический признак, преломленный в субъективном пространстве врача, и, тем самым, искажающий психическую реальность.

2. Изоморфную диагностическую модель – использование экзистенциально-феноменологического подхода, обеспечивающего полный эквивалент, полное соответствие моделируемому признаку – подлинному актуальному переживанию.

Методологическим основанием для выбора той или иной диагностической модели является отношение специалиста к объекту познания. Как известно, этот объект в медицине и психиатрии общий – человек. Однако человек состоит из двух реальностей:

Биологической реальности – организма, естественной природы человека, биологической организации материи.

Социальной реальности – личности как социально организованной материи, собственно человеческой социальной сущности (личность – биологическая основа – организм, но социально обусловленная сущность – структура).

Гомоморфная диагностическая модель ориентирована на биологическую реальность пациента, на естественно-научные представления о человеке как биологическом объекте,

естественную природу человека, на болезни объективно существующего организма; эта модель предполагает органоспецифическую методологию исследования и лечения (предмет соматической медицины), а гуманитарно-антропологические и социальные аспекты психического здоровья при этом не учитываются.

Использование гомоморфной диагностической модели, как преобладающего инструмента профессиональной деятельности современного психиатра снижает уровень его профессиональной компетентности, лишая его профессиональной компетентности, лишая его возможности использовать свой творческий потенциал. Это является одной из предпосылок падения престижа профессии и всевозможных приниженных или пренебрежительных взглядов на личность самого врача-психиатра. Так, в «Пособии по психиатрии для инакомыслящих» [12] советские диссиденты В.К. Буковский и С.Ф. Глузман констатировали: «В практической психиатрии используются условным эталоном психического здоровья, удобным, простым и понятным, т.н. эталоном «рантье, стригущего купоны». «Рантье – это человек невысокого интеллекта, буржуа по своим вкусам; скорее цивилизованный, чем культурный, не желающий рисковать..., не увлекающийся; лишенный способности к какому-либо творчеству, оплот любой власти; путеводным маяком ему в жизни служит инстинкт самосохранения. Жизнь его однообразна, но зато спокойна: он считает свой жизненный стиль единственно правильным, самым мудрым и безопасным в океане невзгод, рытвин и катаклизмов нашего существования». Авторы «Пособия» поделились наблюдениями: указанному эталону удачно соответствует «средний психиатр».

В противоположность гомоморфной, изоморфная диагностическая модель ориентируется не на предмет соматической медицины, а на предмет психиатрии – психическое здоровье, нарушения внутреннего мира человека, субъективного психологического пространства личности, субъективной психической реальности, имеющих социальную обусловленность. Поэтому предмет психиатрии выходит за рамки медицинских знаний и представляет собой в значительной степени гуманитарную, социально-психологическую сферу. Соответственно лечебно-диагностические подходы к больному должны иметь

преимущественно психосоциальную, а не биологическую направленность.

Основанием для личностно-ориентированного подхода в диагностике психических расстройств являются два обстоятельства. Во-первых, по данным ВОЗ базисным критерием психического расстройства является не критерий отклонения от нормы (общепринятого определения понятия «психическая норма» не существует и в принципе быть не может по причине исключительной сложности самого предмета познания, индивидуальности и неповторимости социально обусловленного внутреннего мира человека), а критерий нарушения психического здоровья. Этот критерий идентифицирует психическое расстройство с широким комплексом дисфункциональных личностных состояний, нарушений целостности личности, внутреннего мира человека, его психического опыта и находит выражение в таких гипотетических конструктах как нарушение осознания собственной идентичности, критичности к себе и своей деятельности, включенности в социум, способности планировать собственную жизнедеятельность, способности самоуправления поведением.

С другой стороны, составители МКБ-10 психическое расстройство (помимо психопатологических симптомов) рассматривают как совокупность аномальных переживаний (страданий) и личностных дисфункций, т.е. как субъективные проявления болезни. Из этого следует, что объектом познания в психиатрии является не столько человек как биологический организм, на основе которого возникает расстройство, сколько человек как уникальная, неповторимая, саморегулируемая личность, как социально обусловленная социальная структура, социальная сущность человека. Как психический конструкт, и как ведущий признак психического расстройства по МКБ-10, дисфункция личности не является непосредственным результатом нарушений функций организма (хотя и возникает на его основе). Она обусловлена опосредованностью личностью негативных условий своего существования и взаимодействия с окружающей средой. При этом социальное само по себе, не делает человека личностью, не бывает бестелесной, абстрактной личности – личность связана со своим биологическим началом. Роль биологического начала – это роль «носителя» сформировавшихся в онтогенезе «функциональных органов психики» (А.А. Ухтомский).

Однако, несмотря на различия предмета познания, соматическая медицина и психиатрия по факту используют одну и ту же естественно-научную методологию, методологию соматической медицины, ориентированную на нарушение функций организма. Другими словами, сложилась парадоксальная ситуация, когда используемая методология лечебно-диагностической помощи не соответствует представлениям о сущности объекта, которому эта помощь оказывается. И это положение воспринимается как абсолютная данность, которая реализуется и в МКБ-10, и в стандартах психиатрической помощи.

В качестве теоретической основы психиатрии в этом случае используются естественно-научные (нейрофизиологические) данные о механизмах психической деятельности и ее нарушениях. Однако реальный естественно-научный уровень современной психиатрии характеризуется:

- неопределенностью мировоззренческого статуса, самоидентичности (наука, искусство, медицинская дисциплина, идеология, философская дисциплина, метафора);
- отсутствием научно обоснованной классификации ПР;
- отсутствием валидных биологических тестов и нейровизуализационных диагностических маркеров для большинства ПР;
- отсутствием эмпирических подтверждений генетической обусловленности ПР;
- отсутствием доказательной базы эффективности психотропных средств.

С другой стороны, согласно законам познания, объективно можно изучать только внешне наблюдаемое (чувственно-воспринимаемое). Субъективные переживания непосредственно наблюдать нельзя. Поэтому в сознании врача-психиатра в процессе клинико-психопатологического исследования в принципе не могут сформироваться адекватные представления о содержании подлинных переживаний пациента, его актуальном психическом статусе. Из этого следует, что традиционное описание психического статуса – это результат произвольной, умозрительной, иррациональной интерпретации врачом-психиатром субъективных переживаний пациента. То, что обозначается формальным психопатологическим симптомом, не имеет ни чувственной, ни логически-смысловой связи с субъективными болезненными переживаниями и не отражает их содержания.

В целом, в рамках естественно-научных представлений единой теоретической базы психиатрии не существует; в настоящее время она соответствует гипотетическому уровню. Более того, в контексте исключительно медицинской методологии изучение современных биопсихосоциальных моделей психических расстройств в принципе невозможно. Такая возможность появляется только при одном условии: при рассмотрении пациента с позиции системного подхода, многоуровневой целостности личности, включая биологическую, психолого-гуманитарную, социально-культурную сферы и их философско-онтологическое осмысление. Вне системного подхода, вне т.н. «суверенитета комплексности человека» не может быть ни науки, ни понимания сущности психической жизни человека, ни качественной клинической практики.

Как уже отмечалось, предмет познания в психиатрии, личность пациента имеет биологическую основу (организм), но по своей сущности является социальным объектом. А если личность имеет социальную природу, если личность – это социально обусловленная структура человека, то и дисфункциональные личностные проявления по своей сущности также имеют социальную обусловленность, а их удельный вес является показателем общественного здоровья.

Таким образом, психиатрия непосредственно связана как с медициной, так и с социальными процессами, со многими, в т.ч. негативными, социальными факторами (в частности, трансформированными болезнью системой отношений, образом жизни, ролевыми функциями), влияющими на жизнедеятельность человека и его психическое здоровье. Это предполагает соответствующую методологию исследования нарушений социально обусловленных функциональных возможностей личности или личностного потенциала пациентов.

В этом же контексте, психиатрическая помощь – это, прежде всего, социально-медицинская помощь, которая должна быть направлена не только на купирование симптомов, но и на субъективно-личностное восстановление больных, предупреждение их стигматизации и социальную интеграцию.

Учитывая вышеозначенный предмет психиатрии (нарушение внутреннего мира человека), познание в психиатрии не может быть исключительно медицинским, естественно-научным. Медицинская методология не способна охватить сложный спектр психических состояний, состояний психической реальности пациента. Медицинские подходы, методология доказательной медицины, оперирующие медико-биологическими категориями, относящимися к патологии организма, не позволяют осмыслить сферу собственно человеческих проблем жизнедеятельности, особенности психосоциального функционирования человека.

Понимание и интеграция представлений о биологической природе и социальной сущности личности и ее дисфункциональных состояний как нарушения целостности ее внутреннего мира – это исключительная сфера философского, экзистенциально-онтологического осмысления этих представлений.

В этой связи, нельзя не согласиться с мнением Н.И. Пирогова: «Нельзя сформировать мировоззрение человека на базе только естественно-научных знаний» и К. Ясперса: «Философия связывается с наукой и мыслит в атмосфере всех конкретных наук». Поэтому методологию психиатрии следует рассматривать в контексте единства естественно-научных представлений и философско-онтологического осмысления проблем пациента с психическим расстройством как проблем человека.

Абрамов В.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ В ПСИХИАТРИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психиатрия, диагностика

В статье представлены современные представления об особенностях диагностического процесса в психиатрии. Психиатрическая диагностика исходит из трех разделов диагноза, принятых в клинической медицине – диагностическая техника, семиология диагноза и диагностическое познание, а при диагностике психического расстройства в большей мере приходится опираться не столько на технику исследования (в отличие от интернистов), сколько на особенности аналитической мыслительной деятельности, определяемой выявленными симптомами. При этом от того, насколько правильно будут определены признаки расстройства, зависит характер диагностических выводов клинициста, а адекватность диагностических заключений определяется соответствием выявленных симптомов реально существующим болезненным переживаниям (психическому опыту) пациента. В статье делается вывод о том, что рознание в психиатрии не может быть исключительно медицинским, естественно-научным. Медицинская методоло-

логия не способна охватить сложный спектр психических состояний, состояний психической реальности пациента. Медицинские подходы, методология доказательной медицины, оперирующие медико-биологическими категориями, относящимися к патологии организма, не позволяют осмыслить сферу собственно человеческих проблем жизнедеятельности, особенности психосоциального функционирования человека.

Abramov V.A.

DISAGNOSTIC DILEMMAS IN PSYCHIATRY

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Keywords: psychiatry, diagnosis

The article presents modern ideas about the features of the diagnostic process in psychiatry. Psychiatric diagnosis is based on the three sections of the diagnosis adopted in clinical medicine - diagnostic techniques, diagnosis semiology and diagnostic cognition, and in diagnosing a mental disorder, one has to rely more than on the technique of research (in contrast to internists) rather than on the features of analytical thinking activity, determined by the detected symptoms. However, the nature of the diagnostic findings of the clinician depends on how correctly the signs of the disorder are determined, and the adequacy of the diagnostic conclusions is determined by the correspondence of the revealed symptoms to the patient's real painful experience (mental experience). The article concludes that the knowledge in psychiatry can not be exclusively medical, natural-scientific. Medical methodology is not able to encompass a complex spectrum of mental states, states of the patient's mental reality. Medical approaches, the methodology of evidence-based medicine, operating with medical and biological categories related to the pathology of the organism, do not allow us to comprehend the sphere of the actual human life problems, the features of the person's psychosocial functioning.

Литература

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Голочевская В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. 5-е изд. М.: Медицина, 2001. 592 с. Завилянский И.Я., Блейхер В.М. Психиатрический диагноз. Киев, 1979. 199 с.
2. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства. Биосоциальная модель. Киев, 1999. 255 с.
3. Фрумкин Я.П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. Киев: Госмедиздат, УССР, 1950.
4. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964. 291 с.
5. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 480 с.
6. Василюк Ф.Е. Постклассическое мышление в психиатрии. Пути становления психиатрии // Материалы 4 съезда Независимой психиатрической ассоциации. М., 1992. С. 134-148.
7. Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия: учебник. М.: Медицина, 1989. 251 с.
8. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997. 1056 с.
9. Леонтьев Д.А. Личность: человек в мире и мир в человеке // Вопросы психологии. 1989. № 3. С. 11-21.
10. Шнайдер К. Клиническая психопатология / с комм. Г. Хубер, Г. Гросс. 14-е изд. М.: Сфера, 1999. 296 с.
11. Буковский В., Глузман С. Пособие по психиатрии для инакомыслящих // Хроника защиты прав СССР. 1975. № 13. С. 36-61.

Поступила в редакцию 01.11.2017