

## Классификация психических расстройств VS. Систематика поведенческих девиаций: Медиализация как тренд

Менделевич В.Д.

Казанский государственный медицинский университет

**Резюме.** Статья посвящена анализу обоснованности изменений классификаций психических и поведенческих расстройств за счет включения девиантных форм поведения и медиализации обыденной жизни. **Делается вывод о том, что** проблема дифференциации психопатологических расстройств от поведенческой патологии недостаточно проработана. Констатируется, что в современной психиатрии отсутствует однозначная дефиниция поведенческих расстройств, что затрудняет их дифференциацию, с одной стороны, с психопатологическими расстройствами, с другой, с девиациями поведения. Предлагается новая систематика поведенческой патологии с выделением первичных, вторичных и третичных расстройств.

**Ключевые слова:** психические и поведенческие расстройства, классификация, медиализация.

### Classification of mental disorders vs. Systematization of behavioural deviations: Medicalization as trend

Mendelevich V.D.

Kazan State Medical University

**Summary.** Article is devoted to the analysis of validity of changes of classifications of mental and behavioural disorders due to inclusion of deviant forms of behavior and a medicalization of ordinary life. The conclusion that the problem of differentiation of psychopathological symptoms from behavioural pathology is insufficiently worked is drawn. It is noted that in modern psychiatry there is no unambiguous definition of behavioural disorders that complicates their differentiation, on the one hand, with psychopathological symptoms, with another, with deviations of behavior. New systematization of behavioural pathology with allocation of primary, secondary and tertiary disorders is offered.

**Key words:** mental and behavioural disorders, classification, medicalization.

Основополагающим для современной психиатрии является вопрос о том, насколько новые классификации способствуют более точной диагностике психических расстройств, насколько они позволяют объективизировать процесс отграничения нормы от патологии. Корректность дифференциации психической нормы (здоровья) и патологии в процессе психиатрической диагностики носит не столько академический характер, сколько является определяющим в выборе стратегии оказания помощи клиенту/пациенту [2, 7, 11, 16, 32, 38, 50].

Это обстоятельство приводит к тому, что в рамках антипсихиатрических воззрений отвергается сам процесс диагностики психических болезней, поскольку считается, что он носит произвольный и субъективный характер [6], а «психические расстройства «изобрели» те, кто желал вмешиваться в жизнь отдельных индивидов» [58]. Не случайно также, что многие психологи, открыто не декларируя свою позицию, оппонируют психиатрической диагностике, критикуя клинический метод за биологизаторство и «медиализацию» [22].

В узком смысле под медиализацией понимают процесс, при котором состояние или поведение человека начинает рассматриваться как ме-

дицинская проблема, требующая соответствующего решения [9]. Речь, по мнению В.Л. Лехциер [14], идет о медиализации широкого круга областей — повседневности, детства, сексуальности, тела, смерти, нормы, страдания, медиадискурса и т.д. «Можно сказать, что медиализация — это процесс патологизации общества, производства пациентского самосознания» [14]. В сфере психиатрии наиболее эпатажными работами данного направления признаются монографии «Медиализация повседневной жизни» [58], «Выявляя гиперактивных детей: медиализация девиантного поведения» [46], «Девиация и медиализация: от испорченности к болезни» [47], «Антропология биомедицины» [54]. Особая роль отводится дискуссии о депрессии как клиническом симптоме или психологическом феномене в связи с широким распространением выписывания рецептов на антидепрессанты [59].

В 2002 году Британский медицинский журнал посвятил целый выпуск вопросам медиализации, сосредоточив внимание на осмыслении новых концепций, а также обратив внимание на тот факт, что в современных условиях сами доктора тяготеют излишним контролем в своих руках. В конце дискуссии был задан риторический вопрос «Не слишком ли много медицины?» [55]. Не впа-

дая в «антипсихиатрический раж», следует признать, что многие аргументы ученых, отмечающих углубление тенденции медиализации обыденной жизни и критикующих психопатологизацию, носят вполне обоснованный и разумный характер. Можно согласиться, что данный процесс сказывается как на результатах каждодневной клинической практики психиатров, так и на обоснованности заключений судебно-психиатрических экспертиз, переводя тему медиализации из академической в сферу с опасными для пациентов социальными последствиями.

Таким образом, *современная ситуация в сфере клинической психиатрии характеризуется нарастающим процессом психопатологизации феноменов обыденной жизни, переводом поведенческих девиаций в разряд классифицируемых по МКБ-10 расстройств* [18-21]. В медицинской антропологии и социологии данный процесс обозначается термином «медиализация» [3, 15, 22, 45, 47].

Проблема диагностики заключается также в недостаточной изученности нейробиологических основ психических заболеваний и невозможности верифицировать наличие симптома с помощью инструментально-лабораторных методов (нейровизуализации, нейрохимии) [13, 27, 48]. Утверждается, что клинический подход не может быть признан объективным и что психометрические методы являются более предпочтительными [24]. С этим не согласны психиатры [25], настаивающие на том, что «широкая экспансия т.н. объективных психометрических методик, вытесняющих эмпатический подход к больному, определяет... тенденцию к десубъективизации психически больных и... дегуманизации психиатрической помощи».

При этом [12, 34, 40, 52] современную психиатрию уже невозможно представить без психометрии — науки о способах измерения феноменов психической деятельности. Считается, что психометрические методики не могут подменять клиническую диагностику и подходят больше для оценки эффективности терапии и для уточнения диагноза психических расстройств [23]. Л.Н. Собчик в связи с этим справедливо писала [31] о недопустимости формирования диагноза психического расстройства только на основе психодиагностических данных. В связи с тем, что «чувствительность психометрических (шкал) должна базироваться на данных о распространенности отдельных симптомов в популяции соответствующих больных и ценности этих симптомов при оценке тяжести расстройства», было предложено использовать *метод клиниметрии*, «описывающий количественные изменения в процессе сбора и анализа сопоставимых клинических данных с помощью... измерения... клинических и личностных феноменов в медицинской практике» [27].

В связи с вопросом об объективизации диагностического процесса в психиатрии обращает на себя внимание тенденция увеличения числа рубрик и «нозологических единиц» во вновь создаваемых психиатрических классификациях. За-

метим, что в первой классификации психических расстройств (DSM-I), вышедшей в 1952 году, существовало всего 106 диагнозов. В новых (DSM-IV и DSM-V) психиатрам предоставлялась и предоставляется возможность выставлять диагнозы соответственно 297 и 282 расстройств (заболеваний) [44]. При этом *увеличение числа диагнозов происходит в основном за счет выделения новых поведенческих расстройств*. Так, к примеру, в МКБ-11 предлагается включить диагноз «хординга» (патологического накопительства), который до того признавался лишь поведенческим отклонением [49]. Сходный процесс «медиализации» поведенческой патологии проходили и гемблинг, и Интернет-аддикции и многие другие. В связи с тенденцией к расширению числа допустимой к диагностике психопатологии многие ученые задаются вопросом: *следует ли признавать МКБ или DSM классификациями расстройств или систематикой девиантных форм поведения?* Подвергаются критике представленные в МКБ критерии диагностики многих патологий (гемблинга, расстройств зрелой личности и пр.). При этом отмечено [51], что психиатры из разных регионов мира часто расходятся в оценке диагностических критериев тех или иных психических и поведенческих расстройств. Было обнаружено, что совпадение и хороший уровень согласованности заключений ученых-экспертов по вопросу диагностических критериев отмечен по посттравматическому стрессовому расстройству, хордингу, биполярному аффективному расстройству I типа, компульсивному перееданию, шизоаффективному расстройству. Низкий же уровень согласованности диагностических заключений был обнаружен при оценке алкогольной зависимости (расстройств, связанных с употреблением алкоголя), обсессивно-компульсивного личностного расстройства, смешанного тревожно-депрессивного расстройства и антисоциального расстройства личности.

За последние годы отмечается отчетливая тенденция учащения диагностики таких расстройств, как синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), биполярного аффективного расстройства (БАР), расстройств аутистического спектра. Это может быть связано как с реальным увеличением заболеваемости, так и с новыми теоретическими взглядами исследователей и даже с экспансией фарминдустрии в области психиатрии. По данным Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E.H. et al. [39], в США за последние 20 лет в три раза увеличилась частота диагностики СДВГ, удвоилась частота выявления БАР (у детей в 40 раз), более чем в два раза возросла частота постановки диагноза расстройств аутистического спектра.

Katschnig H. [53] в своей известной статье «Являются ли психиатры вымирающим видом?» описал несколько кардинальных проблем современной психиатрии, блокирующих эволюционное развитие данной науки: дискуссионность современных диагностических критериев; необосно-

ванные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарование эффективностью психофармакотерапии; «экспансия» неврологов в область психиатрии (рекомендация заменить термин «психическое заболевание» на «болезнь мозга»). С точки зрения автора, психиатрия в ближайшем будущем рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишиться статуса медицинской науки.

Как справедливо пишут Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. [10], в постмодернистском обществе, в противоположность предшествующим ему традиционному и современному, наблюдается отчетливая тенденция к учащению ранее редко встречающихся нарушений, наряду с появлением новых, не выделявшихся в прошлом форм. *Серьезным вызовом проблеме психического здоровья в постсовременном обществе является увеличение количества лиц, индивидуально-психологические особенности которых хотя и не настолько выражены, чтобы формально определяться термином “психическое расстройство”, но, тем не менее, предрасполагают к возникновению межличностных конфликтов, кризисов и адаптационных затруднений. Этот вид нарушений иногда называют “теневыми синдромами”, или “повреждающими психическими дисфункциями”* [Короленко Ц.П.]. Особенности, присущие постсовременному обществу, создают объективные условия для возникновения различных психологических и психических нарушений.

Следует иметь в виду, что психиатрия занимается изучением, коррекцией и лечением не только психических заболеваний (расстройств), но и расстройств поведения. И, если диагностика первых строится на обнаружении психопатологических симптомов, то в случае вторых она ориентирована на поиск неадаптивных паттернов поведения, которые нельзя с полным основанием причислить к психопатологическим симптомам [21].

Современная психиатрия декларирует, что основополагающим диагностическим принципом (по МКБ-10) является феноменологический подход [26]. Он рассматривается психиатрическим сообществом как альтернативный нозологическому, что и привело к необходимости изъять из психиатрического лексикона термин «заболевание» и предложить термин «расстройство». На несовершенство действующей МКБ и невозможности ее использования в процессе обучения психиатрии указывают многие отечественные авторы [36].

Отталкиваясь от заложенных в МКБ-10 диагностических принципов, которые можно считать отражающими современные тенденции психиатрической науки в сфере диагностики, следует признать, что они ни по своей сути, ни по форме не могут быть признаны феноменологическими в том смысле, который вкладывал в это понятие Карл Ясперс. По Ясперсу феноменологический подход — это «способ представлять, разграничивать и определять психические события и состо-

яния, позволяющий быть уверенными в том, что один и тот же термин всегда обозначает одно и то же» [37]. В этом отношении психиатрия до сих пор не пришла к согласию ни терминологическому, ни теоретическому. Фактически для диагностики психических и поведенческих расстройств не требуется «вчувствования», «понимания», и лишь «объяснение» (оценка) является обязательным. До настоящего времени психиатрия остается наукой о патологии психической деятельности человека, изучающей в большей степени дифференциальную диагностику, чем собственно феноменологическую диагностику. Текст МКБ-10 изобилует оценочными критериями типа: «неадекватный», «необычный», «странный», «чрезмерный», «частый», «значительный» и т.п.

Не вызывает сомнений тот факт, что развитие психиатрии имеет как сходства, так и различия с эволюцией других медицинских дисциплин. На изменения в психиатрии существенное влияние оказывают не столько общемедицинские, сколько социальные, культурные, религиозные и даже политические процессы [4, 41-44, 56, 57, 60]. Диагностические критерии соматических заболеваний вырабатываются исключительно в кругу профессионалов на основании обнаружения биологических основ страданий человека, нарушающих его жизнедеятельность. Психиатрическая же диагностика, во-первых, не всегда может апеллировать к нейробиологическим (нейрофизиологическим) фактам и, во-вторых, исходит из принятых в обществе устойчивых представлений о нормативном психологическом функционировании и адекватном поведении индивида. Таким образом, внешние социально-психологические факторы способны кардинально изменять представления ученых о границах девиантных и патологических форм поведения человека и, тем самым, осуществлять некоторое внеучное «давление» на выработку диагностических критериев психических и поведенческих расстройств. Кроме того, общественные процессы могут определять допустимость, целесообразность и этическую обоснованность использования тех или иных методов терапии в сфере психиатрии и наркологии вне зависимости от наличия или отсутствия доказательств, полученных в клинических исследованиях.

Создание и внедрение в практику диагностических классификаций психических и поведенческих расстройств (МКБ, DSM) [17] также не могут игнорировать складывающиеся в обществе устойчивые представления о норме и не норме. Динамику научных представлений можно проследить на примере диагностики гомосексуализма в различные исторические периоды. В начале и середине прошлого века данный феномен в обществе однозначно расценивался как «извращение». Психиатрами он был включен в перечень психической (поведенческой) патологии, предписывавший принудительную госпитализацию в психиатрические стационары с применением разнообразных методов лечения (от кастрации и электросудорожной терапии до психофармакотерапии и лобото-

мии) [44]. При этом у врачей не имелось никаких объективных (научных) доказательств того, что нетрадиционная сексуальная ориентация является результатом патологических церебральных или гормональных процессов. Диагностика строилась исключительно на факте «неадекватного поведения» гомосексуала. Изменение общественного мнения о гомосексуальном поведении переориентировало и психиатрический взгляд на проблему — в середине 70-х годов XX века такой диагноз был изъят из классификаций. Это также происходило без опоры на какие бы то ни было научные доказательства.

После вступления в силу Международной классификации болезней отечественная психиатрия столкнулась с новым теоретико-методологическим вызовом, потребовавшим выработки четких критериев и категорий для дифференциации психических (психопатологических) и поведенческих расстройств между собой, обоснованному разграничению *posos* и *pathos* (по терминологии А.В. Снежневского [30]). Главный вопрос в данной сфере сегодня формулируется так — признавать ли поведенческие расстройства частью психических (психопатологических) или они являются отличными друг от друга патологическими психическими явлениями? Если признать, что поведенческие и психопатологические расстройства представляют собой патогенетически различные феномены (на что указывает название класса F в МКБ-10), то необходимо признать, что в классификации должны быть предусмотрены их четкие дифференциально-диагностические критерии и описана специфика коморбидности. Подобное разграничение необходимо в связи с тем, что подходы к терапии и коррекции могут носить принципиально различный характер.

Описанные закономерности сочетания поведенческих и психопатологических расстройств и их динамики [8, 29], к сожалению, не отвечают на главный вопрос о критериях их дифференциации. Кроме того, непроясненным остается вопрос о типичных проявлениях поведенческих расстройств — исчерпываются ли они исключительно личностно-характерологическими реакциями, патологическими паттернами поведения или могут быть диагностированы на основании известных психопатологических симптомов?

Некоторые ученые, изучающие расстройства поведения [5], приходят к выводу о том, что «четкое отнесение [к примеру] патологического гемблинга к конкретному спектру психопатологии осложняется широким кругом коморбидных заболеваний, включающих расстройства личности, аффективные и тревожные расстройства, зависимость от ПАВ». А.О. Бухановский и В.А. Солдаткин [5], описывая симптомы патологического гемблинга, заключают, что его клиническая картина определяется синдромом психофизической зависимости от азартной игры и измененной реактивностью. С их точки зрения, эти проявления являются ведущими, «стержневыми», исчерпывающими для определения нозологического единства

расстройства. Т.е. ни на какие патогномичные диагностически значимые психопатологические расстройства при данном поведенческом расстройстве не указывается.

Касаясь проблемы феноменологии и психопатологии сексуальных расстройств, А.А. Ткаченко [33] перечисляет множество истинно сексуальных расстройств, отличая их от психопатологических. Описывая характеристики психопатологических расстройств в структуре сексуальной патологии, он отмечает всего несколько таких феноменов — синтония/дистония, компульсивность/импульсивность, искажение сознания. Наиболее знаковым заключением А.А. Ткаченко по поводу психопатологии сексуальных расстройств следует признать следующее: «Полиморфизм клинической картины таких состояний делает затруднительной их квалификацию в существующих психопатологических терминах» [33].

Сходные закономерности можно усмотреть в диагностических критериях нервной анорексии (F50), включающих такие поведенческие характеристики, как: преднамеренное снижение веса, вызываемое и/или поддерживаемое самим пациентом с помощью ограничений в диете, чрезмерных упражнений, вызывания у себя рвоты и приема слабительных средств. По поводу коморбидности или психопатологии данного феномена в МКБ-10 сказано недвусмысленно: «Нервная анорексия составляет независимый синдром» [17].

С точки зрения Ю.П. Сиволапа [28], вопрос о психопатологической природе аддиктивных феноменов и их месте в общей структуре психических нарушений относится к числу противоречивых как в психиатрии, так и в наркологии. Автор выделяет протоаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивные расстройства и указывает на то, что психопатологические проявления наркологических заболеваний, в частности опиоидной зависимости, представляют собой самостоятельные аддиктивные феномены.

В связи с вышеперечисленным следует признать принципиально важным нахождение между специалистами консенсуса по вопросу дефиниции поведенческих расстройств и разработке критериев их дифференциации с девиациями поведения [18], тем более что МКБ-10 не предоставляет такой возможности. Под психическим расстройством в международной классификации подразумевается «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов». Специального определения поведенческого расстройства в МКБ-10 не приводится. Если не считать определением дефиницию, описанную для диагностики расстройств личности и поведения в зрелом возрасте: «клинически значимые состояния, поведенческие типы, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик свойственного индивидууму стиля жизни и способа отношения к себе и другим». Однако из-

вестно, что оно по многим параметрам отличается от психического. В частности, для характеристики заболеваний (психопатологии) используются термины «рецидив/ремиссия», а для поведенческой патологии — «компенсация/декомпенсация». Можно утверждать, что под **поведенческими расстройствами понимаются** расстройства, характеризующиеся патологическими изменениями поведения, не обусловленными психопатологическими расстройствами и психическими заболеваниями. Помимо них, как уже писалось выше, выделяются еще наркологические и сексуальные расстройства. Под первыми в отечественной наркологии понимается «нозологически специфичная симптоматика, имеющая, главным образом, психопатологический характер» [1], а под сексуальными — клинически распознаваемый набор симптомов или признаков аномального сексуального поведения, связанных с дистрессом или с нарушением функций [33].

Следует согласиться с мнением С.Ю. Циркина [35] о том, что в современной психиатрии часто можно встретить «умозрительные спекуляции» при квалификации психопатологических симптомов и синдромов. При доминировании гипердиагностической парадигмы причисление некоторых категорий феноменов к психопатологическим либо не учитывает конкретного контекста (**ложная симптоматика**), либо не усматривает естественного изменения одного из аспектов психической деятельности в патологических условиях (**условная симптоматика**), либо в процессе диагностики неверно определяется сущность патологии (**искаженно понимаемые категории**) [21].

Можно констатировать, что истинное психическое расстройство характеризуется наличием психопатологических симптомов и синдромов, имеет психопатологический (эндогенный, экзогенный, психогенный) механизм развития и формирования и предопределяет применение арсенала специфического психофармакотерапевтического лечения. Психическое расстройство никогда не вытекает из преморбидной поведенческой патологии — даже в случае формирования, к примеру, шизофрении на базе «шизофренического диатеза». Особое место в этом ряду занимают невротические расстройства, форму (но не этиопатогенез) которых определяет личностно-характерологический преморбид. В этом отношении психопатология всегда первична по отношению ко всем иным психическим состояниям и процессам.

Как показывает практика, поведенческие расстройства, в отличие от психопатологических, могут формироваться несколькими путями. Часть из них могут быть первичными, изолированными, самостоятельными, другие (вторичные) могут основываться на каком-либо психическом расстройстве. Поведенческие расстройства в обязательном порядке включают в себя стойкие и повторяющиеся патологические паттерны поведения, дезадаптирующие человека и/или нарушающие процесс самоактуализации личности. Основным механизмом формирования первичных поведенческих расстройств считаются искажения

личностного развития под влиянием неправильных форм воспитания на базе темпераментальной несбалансированности, вторичных — деформация осмысленного поведения в связи с активной психопатологической симптоматикой, задающий строго определенный «поведенческий репертуар».

Помимо перечисленных, в клинической практике наблюдается и третий механизм формирования поведенческой патологии. Он связан с нейробиологическими нарушениями, напрямую определяющими расстройства поведения без первичной психопатологии. Особую группу подобных феноменов составляют физиологически обусловленные расстройства витальных влечений в сфере наркологии (аддиктологии) и сексологии. С.Ю.Циркин в этой связи справедливо утверждает, что при их психиатрической квалификации нередко диагностические ошибки («ложные категории»), когда нейробиологические феномены трактуются как психопатологические симптомы [35]. Примером таких ложных категорий могут служить инстинктивные влечения. По мнению автора, в психиатрии без должной аргументации различают «патологические» и непатологические формы влечений, дифференцируя их в зависимости от степени выраженности. Так, например, речь ведут о «патологической» и непатологической агрессивности, о «патологически» повышенном аппетите, «патологическом» накопительстве и др. «В то же время, — пишет С.Ю.Циркин, — у животных прослеживается значительная варибельность в проявлении инстинктивного поведения у разных особей одного вида. Интенсивность любого из влечений в зависимости от условий среды может иметь как положительное, так и отрицательное значение, поэтому их разная выраженность благоприятна для выживания вида в целом». Автор убедительно показывает, что «и у человека интенсивное влечение (например, ...склонность к азартным играм) не должно свидетельствовать о патологии, если нет [иных] ее надежных признаков, в частности проявлений психопатологического диатеза. Если на фоне сильных влечений развиваются патологические состояния, которые не сказываются на изменении их интенсивности, то такие влечения также следует причислять к ложной симптоматике».

Таким образом, поведенческие расстройства позволительно разделить на первичные, вторичные и третичные. **Первичные поведенческие расстройства** — поведенческие паттерны, отражающие личностные механизмы формирования аддикции. Требуют личностно-ориентированной коррекции. **Вторичные поведенческие расстройства** — поведенческие паттерны, деформация осмысленного поведения в связи с активной психопатологической симптоматикой, задающий строго определенный «поведенческий репертуар». **Третичные поведенческие расстройства** — связаны с нейробиологическими нарушениями, напрямую определяющими расстройства поведения без первичной психопатологии. и носящие компенсаторный характер.

Проведенный анализ проблемы дифференциации психопатологических расстройств от поведенческой патологии показывает ее недостаточную проработанность. До настоящего времени в современной психиатрии отсутствует однозначная дефиниция поведенческих расстройств, что затрудняет их дифференциацию, с одной сто-

роны — с психопатологическими расстройствами, с другой — с девиациями поведения. Приходится констатировать, что сложившаяся ситуация не способствует разработке научно обоснованных способов терапии и коррекции и нередко приводит к стигматизации и нарушению прав пациентов.

#### Литература

1. Альтшулер В.Б. Симптомы и синдромы наркологических заболеваний. /В Национальном руководстве по наркологии. — М. — 2008. — 720 с.
2. Бобров А.Е. Методологические вопросы диагностики психических расстройств и современные программы подготовки специалистов в психиатрии. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — № 2. — С. 50-54.
3. Боязитова А.Н. Медикализация как социальный процесс. Дисс. мед. канд. — Волгоград. — 2007. — 159 с.
4. Брюханов А.В. Смена парадигмы в психиатрии: от неокантианства к метамодернизму // Таврический медико-биологический вестник. — 2013. — № 1. — С. 57-61.
5. Бухановский А.О., Солдаткин В.А. Подход к классификации патологического гемблинга. // Психическое здоровье. — 2008. — № 3. — с. 69-74.
6. Власова О. Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика. М.: Высшая Школа Экономики (Государственный Университет). — 2014. — 432 с.
7. Выгонский С. Психиатрический диагноз как феномен культуры. // Медицина Юга России. — 2001. — № 12. — С.12.
8. Горинов В.В. Расстройства личности в зрелом и пожилом возрасте: к вопросу о проблеме исходов личностной патологии (аналитический обзор)//Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 5. — с. 51-55.
9. Доброродный Д.Г., Черняк Ю.Г. Медикализация как социокультурный феномен и предмет междисциплинарного исследования// Философия и социальные науки. — 2012. — № 1/2. — С. 82-88.
10. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. — Новосибирск: Изд. НГПУ. — 2009. — 248 с.
11. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Мельникова Ю.В. с соавт. Проблемы современной диагностики психических расстройств//Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4. — С. 7-11.
12. Курсаков А.А. К вопросу об эволюции и перспективах развития психометрического метода: опыт применения клинического интервью для оценки депрессии и смежных синдромов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2013. — № 3. — С. 78-81.
13. Лебедева И.С., Ахадов Т.А., Семенова Н.А. и др. На пути к мультидисциплинарному синтезу в психиатрии: методы нейровизуализации. / Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова) / сборник научных статей. — М.: МГППУ. — 2013. — С. 229-235.
14. Лехциер В.Л. Эффекты медикализации и апология патоса//Вестник Самарской гуманитарной академии. Выпуск «Философия. Филология». — 2006. — № 1. — С. 113-125.
15. Медведева Л.М. Ното *medicus* как возможный результат медикализации // Историческая и социально-образовательная мысль. — 2012. — № 1. — С. 210-214.
16. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз // Независимый психиатрический журнал. — 2007. — № 3. — С. 15-19.
17. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. — СПб. — 1994. — 304 с.
18. Менделевич В.Д. Поведенческие расстройства или девиации поведения //Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — т. 2. — № 6. — С. 166-168.
19. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка//Наркология. — 2010. — № 5. — С.94-100.
20. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред//Вопросы наркологии. — 2010. — № 5. — С. 95-102.
21. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. — 2010. — № 3. — С. 21-27.
22. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. -2011. — № 4. — Выпуск 2. — С. 256-263.
23. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. — М.: Новый цвет. — 2001. — 238 с.
24. Новохацки А.В. Принципы доказательной медицины в клинической психологии: современный подход к принятию объективных клинических решений // Вестник ЮУрГУ. — 2010. — № 17. — С. 85-88.
25. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии// Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — № 3. — С. 99-103.
26. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро. — 1997.

27. Психиатрия: национальное руководство. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М. ГЭОТАР-Медиа. — 2012. — 622 с.
28. Сиволап Ю.П. Основные понятия в наркологии. Представления об аддиктивной патологии // *Наркология*. — 2008. — № 1. — С. 83-90.
29. Смулевич А.Б. Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2000. — № 6. — С. 8-13.
30. Снежневский А.В. *Общая психопатология*. /6-е издание. — М.: МЕДпресс-информ. — 2010. — 208 с.
31. Собчик Л.Н. *Психодиагностика в медицине: практическое руководство*. — М.: БОРГЕС. — 2007. — 416 с.
32. Соловьева С.Л. Критерии нормы в клинической психологии // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2014. — № 3. [Электронный ресурс]. — URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 12.10.2015).
33. Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. — М. — 1997. — 426 с.
34. Трущелёв С.А. Условия применения диагностических тестов в психиатрии (аналитический обзор) // *Российский психиатрический журнал*. — 2014. — № 5. — С. 81-91.
35. Циркин С.Ю. Ревизия психопатологических категорий // *Независимый психиатрический журнал*. — 2008. — № 2. — с. 9-14.
36. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. О целесообразности перехода к национальной классификации психических заболеваний для использования в педагогической работе и при проведении научных исследований (проект) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2011. — № 2. — С.8-9.
37. Ясперс К. *Общая психопатология*. — М.: Практика. — 1997. — 1056 с.
38. Anckarsäter H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications // *Int J Law Psychiatry*. — 2010. — Vol. 33. — P. 59-65.
39. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al. Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment // *Developmental Medicine & Child Neurology*. — 2012. — V. 54. — P. 492-494.
40. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell. — 2012. — 200 p.
41. Bouras N, Ikkos G. Ideology, psychiatric practice and professionalism // *Psychiatriki*. — 2013. — V. 24. — P.17-26.
42. Bracken P., Thomas Ph. Postpsychiatry: a new direction for mental health // *The British Medical Journal*. — 2001. — V. 322. — P.724-727.
43. Bradley L. A spirited critique of the practice of psychiatry in the United States that argues for the democratization of psychiatric knowledge. / *Moving Beyond Prozac, DSM, and the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry*. — Michigan Press. — 2006. — 216 p.
44. Christmas D. DSM-5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification. [http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas\\_DSM-5FFFC.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM-5FFFC.pdf)
45. Clark J. Medicalization of global health 4: the universal health coverage campaign and the medicalization of global health // *Glob Health Action*. — 2014. — V. 7. — P. 24004. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24004>
46. Conrad P. Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior / P. Conrad. Burlington: Ashgate. — 2006. — P. 33-49.
47. Conrad P. Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness / P. Conrad, J.W. Schneider. — Philadelphia: Temple University Press. — 1992. — P. 263-265.
48. Fava G.A., Guidi J., Grandi S. et al. The Missing Link between Clinical States and Biomarkers in Mental Disorders // *Psychother Psychosom*. — 2014. — V. 83. — P. 136-141.
49. Fontenelle L.F., Grant J.E. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. — 2014. — V.36. — P. 28-39.
50. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis // *World Psychiatry*. — 2013. — V. 12. — P. 111-112.
51. Freeman R., Lewis D., Michels R. et al. The initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns // *Am.J.Psychiatry*. — 2013. — V. 170. — P. 1-5.
52. Kagee A., Tsai A.C., Lund C. et al. Screening for common mental disorders in low resource settings: Reasons for caution and a way forward // *Int. Health*. — 2013. — V. 5. — № 1. — P. 11-14.
53. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // *World Psychiatry*. — 2010. — V. 9. — P. 21-28.
54. Lock M. *An Anthropology of Biomedicine* / M. Lock, V.-K. Nguyen. Oxford: Blackwell. — 2010. — P. 303-347.
55. Moynihan R., Smith R. Too Much Medicine? // *British Medical Journal*. — 2002. — V. 324. — P. 859-860.
56. Petho B. Recent crisis of psychiatry in the context of modern and postmodern science // *Psychiatr Hung*. — 2008. — V.3. — P. 396-419.
57. Pinna F., Del Vecchio V., Luciano M. et al. Shall psychiatry change its target? Reflections on the evolving role of psychiatry // *Riv Psichiatr*. — 2015. — V. 50. — P. 3-7.
58. Szasz T.S. The Myth of Mental Illness // *American Psychologist*. — 1960. — V. 15. — P. 113-118.
59. Vilhelmsson A. The devil in the details: public health and depression // *Frontiers in Public Health*. *Epidemiology*. — 2014. — V 2. — Article 192.
60. Whitley R. Postmodernity and mental health // *Harv Rev Psychiatry*. — 2008. — V. 16 (6). — P. 352-364.

## Сведения об авторе

**Менделевич Владимир Давыдович** — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. E-mail: mend@tbit.ru