

Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга?

Научные взгляды XXI века и их значение

для исследовательской и образовательной деятельности

Derek Bolton

Institute of Psychiatry and Centre for the Humanities and Health, King's College London, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK
(Великобритания)

Перевод: Сюняков Т.С.

Редактура: Алфимов П.В.

Недавно появились 2 публикации: одна из них за авторством Insel et al (1), другая – White et al (2), – которые привлекают наше внимание к последним достижениям науки в области психиатрии и их значению для, соответственно, исследовательского процесса и психиатрии в целом как профессии. Оба коллектива авторов указывают на классификационные проблемы и одновременно предлагают рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга. И, хотя эти призывы звучат не в первый раз (3,4), поражает то, что в этих последних работах они обоснованы и лишены редуционизма. Имеется ввиду, что они не сводят психические расстройства лишь к дисфункции нервной системы, но признают достижения психиатрии как науки, демонстрируя, что причинные факторы или факторы риска психической патологии могут подключаться на многих уровнях: генетическом, нейрональном или средовом, вовлекая индивидуальные особенности, а также семейный и социальный контекст. При этом первостепенное значение приобретает факт, что подобное понимание мультифакториальной и многоуровневой природы (или уязвимости) вмещает в себя представления о том, что воздействия на каждом из этих разных уровней могут повлиять на начало и течение заболевания, а следовательно должны учитываться при первичной профилактике и последующей терапии. Это один из аспектов научных достижений в области психического здоровья, затронутый в обеих статьях. Другой, и на нем делается акцент, – это колоссальный прогресс генетики и нейронаук.

Тем не менее, существуют некоторые противоречия между этими 2 аспектами новых научных взглядов на психиатрию. С одной стороны, значимость генетики и нейронаучного направления предполагает, что важные причинно-следственные связи проходят внутри организма, в частности, локализованы в головном мозге, и это является тем упрощением, которое дает благоприятную почву для интерпретации психических расстройств в качестве заболеваний головного мозга. С другой стороны, если причинно-следственные связи расположены на разных уровнях биопсихосоциальной системы, находясь то в пределах, то за пределами организма, тогда мозг – всего лишь часть всей вовлеченной системы (при этом надо отметить, что это же должно касаться и психической жизни больных, и окружающих их жизненных обстоятельств). Но такой нередуционистский взгляд с трудом состыкуется с предположением о том, что психические расстройства являются заболеваниями головного мозга.

Одним из способов проверить данные очевидные противоречия является рассмотрение “биопсихосоциальной модели” в контексте новых наук. Недавно эта модель в ее оригинальной версии, предложенной Engel, стала объектом критики со стороны Ghaemi (5), указавшего, что высказанное в ней предположение: “все три уровня – биологический, психологический и

социальный – должны учитываться при решении любой медицинской задачи” (6), – подразумевает, что все эти уровни “вносят примерно одинаковый вклад, независимо от времени и ситуации”. Ghaemi отвергает биопсихосоциальную модель в такой формулировке, но не приемлет и традиционные противоположные взгляды биологического редуционизма, предлагая искать компромисс между этими двумя крайними точками. Касательно краткой характеристики новых научных разработок в области психического здоровья, о которых упоминалось выше, имелось ввиду, что причинно-следственные связи, а, следовательно, и вмешательства могут затрагивать все три «уровня» – биологический, психологический и социальный, – но это не означает, что все они обязательно должны быть вовлечены, и, конечно же, об их «равноценном» вкладе не может быть и речи.

Система Research Domain Criteria (RDoC), предложенная Insel et al. (1), представляет собой матрицу, в столбцы которой вносится информация об особенностях на генетическом, молекулярном и клеточном уровнях, на уровне нейрональных систем, а также об индивидуальном, семейном и социальном контексте; в рядах же приведены состояния, имеющие диагностическое или трансдиагностическое значение. Авторы говорят (1, p. 749): “Важно, что все эти уровни [перечисленные в столбцах] затрагивают и биологические, и психологические аспекты психических заболеваний. При проведении статистического анализа с использованием системы RDoC в качестве независимой классифицирующей переменной может быть задана переменная, принадлежащая любому из этих уровней, а в качестве зависимых – переменные из одного или более других столбцов”. При этом не подразумевается, что каждый из этих уровней обязательно должен выступать в качестве причинного фактора, и тем более речь не идет о равнозначности их как каузальных факторов, независимо от указанного в рядах матрицы состояния. К примеру, в зависимости от состояния, большее или меньшее значение может иметь генетическая уязвимость, а может иметь потенциал для психотерапевтической коррекции или возможность эффективного воздействия на «причинные» социальные факторы. Приведем пример крайней ситуации. Для некоторых состояний, указываемых в столбцах матрицы RDoC, в частности, для хореи Гентингтона или сотрясения головного мозга, ячейки, указывающие на казуальное значение других, кроме генетических или неврологических факторов останутся незаполненными, свидетельствуя таким образом, что психологические или социальные факторы при этих состояниях роли не играют. Следует отметить, что редуционистский подход в некоторых случаях может точно описывать суть явлений (а в некоторых – доподлинно известно, что точно описывает); в других же ситуациях, наоборот, ключевую роль могут играть психосоциальные факторы, отвечающие за

большинство показателей возникновения или исхода болезни. То есть новые научные подходы, с применением которых создана система RDoC, позволяют разграничить состояния в этом отношении.

Связанный с рассмотрением причинных факторов аспект новых научных разработок заключается в том, что они подчеркивают взаимодействие между внутренними биологическими, внешними средовыми факторами и индивидуальными различиями. Причинные взаимоотношения возникают в ходе нормального развития, в ходе развития и течения состояния здоровья, при психических расстройствах и при некоторых общемедицинских состояниях (например, при сердечно-сосудистых заболеваниях). Новые данные по генетике и генетико-средовым взаимодействиям, наблюдающимся в течение жизни должны еще более подогреть интерес к такого рода взаимодействиям, а следовательно исследования должны быть направлены не только на изучение генетического аппарата и головного мозга, но и средовых факторов, а также оценки их места по отношению ко внутренним процессам. В этом контексте научные исследования должны охватить биологический, психологический/поведенческий и экологический/социальный аспекты состояний, а также их взаимодействия, а не ограничиваться “наукой о головном мозге”, изучая только содержимое черепной коробки.

Вопрос важности биологических факторов при психических расстройствах и, особенно, предположения, что последние должны рассматриваться и классифицироваться как заболевания мозга, часто сопряжен с другими трудными, стоящими перед психиатрической профессией (например, 2,4). К этим проблемам (в том числе к проблеме прояснения особых задач медицинской психиатрии в рамках предоставления многопрофессиональной психиатрической помощи, а также к вопросам повышения отбора выпускников медицинских ВУЗов в психиатрию) адресуются многие публикации последнего времени, предназначенные в первую очередь для психиатров (2,4,7-10). Новые научные направления, в целом, заново утверждают позиции психиатрии в качестве медицинской специальности, размывая границы между психическими и физическими заболеваниями, поскольку и там, и там отмечается многофакторность путей развития заболеваний. Тем не менее, несмотря на верность сказанного выше, бытует мнение, что психиатрические состояния обусловлены множеством психосоциальных факторов, на что указывает, например, масштабная полемика, возникшая на страницах BMJ (см. www.bmj.com) после публикации аналитической работы White (2). Система RDoC (1) предоставляет нам реальную возможность сравнивать психиатрические состояния и, готов поспорить, что если взять 10 обычных физических заболеваний и внести их в первые 10 рядов матрицы, а в следующие 10 рядов внести 10 типичных психиатрических состояний, а затем заполнить ячейки во всех столбцах, касающихся процессов, представляющих собой причинные факторы и ответственных за эффективные при этих состояниях вмешательства, тогда плотность отметок в матрице окажется выше в верхнем левом и нижнем правом квадрантах. После начала соматических болезней при их терапии более рациональны влияния на внутренние процессы, а не на психосоциальные механизмы, притом что воздействия на последние более уместны при психиатрических состояниях. Единственным оправданием того, что я слишком вольно прошелся по данному вопросу, не вдаваясь в его глубокое изучение, является то, что, по крайней мере, данное заявление отражает всеобщее мнение. В любом случае, даже если в строках матрицы рассматривать “первичную профилактику состояний”, по-прежнему сохранится разная картина распределения плотности отметок в ячейках. Аналогичная же картина нас ожида-

ет, если мы рассмотрим и такие параметры как “отношение к собственной болезни” или “отношение к рискам” или “адаптацию к болезни/качество жизни”, то есть, факторы, соотносящиеся с качественным здравоохранением.

Тем, что особенностью психиатрии является то, что она сталкивается и с психосоциальными, и с внутренними биологическими факторами, она отличается от остальной медицины, и, в частности, от большинства внутренних болезней. И это же, возможно, составляет одну из причин того, что психиатрия занимает особое положение среди других психосоциальных профессий (клинической психологии и социальной работы), в том числе по отбору выпускников медицинских учебных учреждений в профессию. Однако – и на этом я хочу особенно остановиться в этой связи – распределение по профессиональным направлениям и стоящие за ним традиции образования, теряют смысл с точки зрения новых научных направлений в психиатрии. Эти новые науки не имеют ничего общего с идеологическими баталиями между биологическими, психологическими и социальными направлениями, существовавшими ранее в параллельных плоскостях практически без точек соприкосновения, вместо этого они рассматривают все разнообразие этих факторов со всем богатством взаимодействий между ними.

Вопрос о соответствии (в широком и узком смыслах) имеющихся на сегодняшний день профессиональных границ и особенностей обучения требованиям адаптации, ассимиляции и применения новых научных направлений остается открытым. Но я глубоко убежден, что в будущем нам будет необходимо сопоставить научные данные с работой психиатрических служб. И в XXI веке мы должны с нетерпением ожидать – и я поднимаю эту проблему как клинический психолог, а не психиатр – не столько становления психиатрии как медицинской специальности, заново поднимаемая проблема 100-летней давности, сколько объединения генетических, нейробиологических, психологических и социальных детерминант здоровья в новую консультативную профессию, занимающуюся психическим здоровьем. Это позволит улучшить качество помощи нашим пациентам, оптимизировать расходы и решить проблему отбора специалистов.

Библиография:

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
2. White PD, Rickards H, Zeman AZJ. Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. *BMJ* 2012;344:e3454.
3. Bucknill JC. The diagnosis of insanity. *Br J Psychiatry* 1856;2:229-45.
4. Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001;322:937.
5. Ghaemi N. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009;195:3-4.
6. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 1978;310:169-87.
7. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British Psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
8. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:17-27.
9. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010; 9:21-8.
10. Ghaemi N. Taking disease seriously: beyond “pragmatic” nosology. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry. II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:42-52.