

## ОБОСТРЕНИЕ БОРЬБЫ ПАРАДИГМ В НАУКАХ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ: В ПОИСКАХ ВЫХОДА <sup>1</sup>

А.Б. Холмогорова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Нельзя не обратить внимание на бурный всплеск дискуссий в зарубежных и отечественных журналах, связанный, прежде всего, с принятием и подготовкой новых классификаций психических расстройств. За конкретными решениями и тенденциями, заставляющими спорить и волноваться специалистов, стоит очередное обострение борьбы научных парадигм, которое свидетельствует об остром кризисе в научных исследованиях психического здоровья и патологии. В данной статье предпринята попытка анализа основных направлений, по которым идет столкновение парадигм, в надежде сделать некоторый шаг в поиске выхода из ситуации кризиса.

### **Дименсиональная и феноменологическая парадигмы: оппозиция или взаимное дополнение?**

В настоящий момент мы наблюдаем ожесточенную борьбу двух парадигм в подходе к классификации психических расстройств, которая отражает важные тенденции в науках о психическом здоровье и патологии в целом. За этой борьбой стоят позиции различных видных современных ученых, которые приводят важные аргументы в пользу каждой из ниже описанных парадигм.

Феноменологическая (холистическая, типологическая) парадигма соответствует целостному, качественному подходу и критикуется за субъективизм и отсутствие достаточной объективности в виде материальных (биологических) механизмов того или иного психического заболевания по аналогии с другими областями медицины.

Позитивистская (аналитическая, дименсиональная) парадигма обещает возможность объективизации измерения, но чревата опасностью упрощения, а, в конечном счете, редукции психических расстройств к мозговым биологическим механизмам, так как большинство ее защитников являются предшественниками или адептами нейронаук.

В борьбе этой нет ничего принципиально нового для методологии науки, так как еще Аристотелем

<sup>1</sup>Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461)

было выделено два типа знания, которые с необходимостью дополняют друг друга:

1. Знание практическое – контекстуальное, целостное, охватывающее максимальное число аспектов.
2. Знание общих правил и закономерностей – внеконтекстуальное, схематичное, неполное.

Очевидно, что эти два типа знаний должны не соперничать, а дополнять друг друга. Такое же мнение выражает в своем анализе противостояния двух парадигм И.А.Мартынихин, подчеркнувший что ригидное следование одной из них неизбежно приводит психиатрическую науку в тупик [7]. В частности, он подчеркнул, что определенное пренебрежение к парадигме доказательной медицины в отечественной психиатрии тормозит ее развитие. Однако не менее опасно однобокое следование этой парадигме и пренебрежение феноменологическим анализом, который отмечается в западных исследованиях, в частности, в получившей широкий резонанс статье Н.Андреасен о смерти феноменологии в Америке.

Тем не менее вместо стратегии на интеграцию парадигм при подготовке новых вариантов классификации психических расстройств, утверждается преимущество и доминирование одной из них. Это прямо следует из статьи руководителей Национального центра психического здоровья (NIMH) США, опубликованной в журнале Всемирной психиатрической ассоциации. Ее авторы подчеркивают: «Дескриптивный и феноменологический подход к классификации, который был реализован в DSM-IV, устарел. Кроме того, с учетом результатов исследований, выполненных за последние двадцать лет, он представляется неточным...» [27].

В частности, авторы указывают на последние генетические исследования, выявившие общность происхождения психотических, аффективных и некоторых других тяжелых психических расстройств, как важный аргумент для пересмотра традиционного дескриптивного подхода к классификации. Уже сейчас некоторые расстройства в новой американской классификации DSM-5 объединены в спектры на основе, как утверждают авторы классификации, данных нейробиологических исследований. Модели

спектра и лежащие в их основе научные данные, включая психологические исследования, а также их значение для классификации заслуживают отдельной публикации. Их рассмотрение необходимо предвзять анализом дискуссий, которые вспыхнули в связи с заметной тенденцией к отказу от феноменологической парадигмы авторов последней американской классификации психических расстройств DSM-5.

Однако по сравнению с недавно принятой классификацией DSM-5, гораздо более радикальным и амбициозным в плане отбрасывания феноменологической парадигмы является инновационный проект исследовательских доменов (Research Domain Criteria, RDoC), выдвинутый Институтом психического здоровья США. Его утверждение в качестве основы для финансирования научных исследований в области психиатрии на ближайшие годы привело к настоящему скандалу в профессиональных кругах. Многие авторитетные психиатры подвергли его серьезной, а порой и сокрушительной критике. Президент Всемирной психиатрической ассоциации Марио Мэй отмечает, что если декларированная в проекте задача прояснения нейробиологических основ психических заболеваний заслуживает поддержки, то задача построения на его основе новой классификации мало реалистична: «В целом проект RDoC, по-видимому, в обозримом будущем сможет в определенной мере приблизиться к решению первой задачи (способствовать пониманию нейробиологических основ психопатологии), но не второй, по крайней мере так, как ее сейчас понимают (создание диагностической системы «скорее на основе достижений нейронаук и наук о поведении, чем на данных описательной феноменологии»). Также более оправдано сосредоточить внимание на менее амбициозном аспекте второй задачи, то есть на развитии нейробиологических критериев, которые помогут выделить подтипы, а не заменить существующие диагностические единицы, что должно упростить прогнозирование исходов и реакции на терапию. Как недавно указывалось в статье, где одним из соавторов был T.Insel<sup>1</sup>, «у психиатрии сейчас есть реальный шанс использовать существующие достижения в области генетики, молекулярной биологии и нейровизуализации в качестве вспомогательных средств, а не стараться заменить диагнозы, основанные на симптомах» [23].

### **Культура или биология?**

#### **Обладает ли человек принципиальной видовой спецификой?**

#### **Борьба культурно-исторической и биологической парадигм**

Одна из последних дискуссий развернулась на страницах журнала Всемирной психиатрической

ассоциации в 2014 году в связи с публикацией статьи эксперта NIMH B.N.Cuthbert, раскрывающей направленность и основания проекта RDoC. В частности, в ней отмечается: «Сравнительные исследования косвенным образом ослабили точку зрения об исключительности человеческого вида, которая заключалась в обособленности психики и головного мозга, а также продемонстрировали данные о сохранности генов, нейротрансмиттеров и поведенческих функций на протяжении эволюции, которые имеются не только у грызунов и приматов, но и среди таких лабораторных животных, как дрозофилы и данио» [16]. Направленность проекта на создание новых биологических оснований классификации поражает серьезностью претензий, не соответствующих современным знаниям о биопсихосоциальной природе психических расстройств: «При применении к заболеваниям дименсионального подхода вместо обычной постановки диагноза следует ожидать, что группа, обладающая выраженной разнородностью, будет распознана с помощью биологически сходных кластеров в пределах дименсии, а с помощью объединения биомаркеров в группы будет возможно создание биологически определяемых групп заболеваний» [28].

Создается впечатление, что наступила эпоха, о которой мечтал Э.Крепелин, но с недоверием и сарказмом говорил К.Ясперс: «Мало сказать, что убеждения Крепелина основывались на предпочтительном внимании к соматической субстанции; он признавал ее единственно важной материей для медицины и в этом сходилась с большинством врачей. Многие психологические проблемы поданы в его учебнике с подлинным блеском; и тем не менее остается впечатление, что это сделано, так сказать, против его воли. Сам он считал психологию паллиативом, который непременно утратит свое значение, когда эксперименты, микроскоп и пробирки позволят, наконец, прийти к объективным результатам» [11].

В качестве одного из важных аргументов для переориентации исследований и поиска новых оснований классификаций директор NIMH T.Insel указывает на то, что в отличие от других областей медицины в психиатрии не отмечается позитивных изменений показателей бремени психических расстройств и уровня смертности от них. Обращаясь к примеру кардиологии, он указывает, что там за последние десятилетия отмечаются значительные успехи, которые привели к остановке негативной динамики уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы в США [22]. Такой разрыв T.Insel связывает в первую очередь с огромной сложностью головного мозга по сравнению с любыми другими органами человеческого тела, включая сердце. На это трудно что-то возразить, однако из этого тезиса делается сомнительный вывод о том, что именно изучение головного мозга должно быть приоритетным в исследовании и лечении психической патологии.

<sup>1</sup> T.Insel – директор национального института психического здоровья США

Психика человека формируется прежде всего в культурном пространстве. Число данных о роли культуры в психической патологии непрерывно растет, начиная с американской теории интерперсональных отношений (социального психоанализа) и заканчивая современными строгими эмпирическими исследованиями. Так, существующие данные о более благоприятном течении такого тяжелого и во многом биологически детерминированного заболевания как шизофрения в менее развитых странах говорят о том, что именно в психических заболеваниях особую важность приобретают социальные и психологические факторы. Более поддерживающая и толерантная семейная и социальная среда оказывается важнее для благоприятного течения болезни, чем несравненно большие возможности применения новых биологических препаратов в развитых странах.

Число данных, подтверждающих биопсихосоциальную модель психических расстройств, подчеркивающую сложное взаимодействие разных факторов, постоянно растет. Остается во многом открытым невероятно сложный вопрос о характере связей между ними. Между тем, именно он является ключевым и требует выдвижения определенной модели или теоретической гипотезы, которые отсутствуют в проекте RDoC, так как его авторы уповают на чисто эмпирический путь познания сложнейшей системы факторов, лежащих в основе психической патологии. Между тем специалисты в области системного подхода утверждают: «Множество данных не дает знания, если не определены соединяющие их закономерности. Большой объем информации не ведет к пониманию, если клубок запутанных взаимосвязей не складывается в ясный, охватываемый человеческим сознанием Образ. Ответ на фундаментальный вопрос о решении проблемы сложности дают методы системного подхода, моделирования. Секрет понимания системы, создания ее целостного образа состоит в умении выделить ее главные связи, взаимозависимости, определяющие специфические особенности ее жизнедеятельности, формирование интегральных свойств» [9].

В проекте RDoC предполагается, что интегральные свойства психики определяются состоянием нейронных сетей. Однако существует немало данных в пользу других оснований модели, которые задаются культурно-исторической парадигмой. Согласно культурно-исторической теории происхождения психики Л.С.Выготского натуральные психические функции присущи и животным, и человеку, а высшие – только человеку и формируются они в онтогенезе в процессе освоения ребенком культурного опыта. В основе высших психических функций, включая мышление, память, внимание, эмоциональные и волевые процессы, лежит система средств их регуляции, которые даны человеку не от природы, а заложены в культуре и являются предметом овладения в течение онтогенеза. Этот процесс овладе-

ния может нарушаться как по причинам биологического характера, так и в результате неблагоприятных средовых факторов, но он в корне отличается от процесса развития психики в животном мире, к аналогии с которым все время прибегают современные представители биомедицинской модели.

Возвращаясь к мысли Т.Insel о том, что прогресс в медицине связан с исследованием биологических механизмов, нельзя не подчеркнуть особую роль культуры в росте психической патологии. В современной культуре отмечается патоморфоз психических расстройств, в котором очевидна ведущая роль именно культуральных факторов. Так, по данным американских исследователей социальная фобия вышла на первое место среди тревожных расстройств и на третье среди всех психических расстройств в США, значительно опережая европейские страны [24]. Факт, требующий анализа не столько биомаркеров, сколько ценностей общества, значимости социальной оценки и уверенного поведения.

Приведем еще один яркий и совсем свежий пример патологизирующего влияния самых современных и значимых тенденций в развитии цивилизации – широкого распространения компьютерных технологий, которые в буквальном смысле пришли в каждый дом и каждую семью.

В мультицентровом европейском исследовании в выборке из 12 395 школьников, случайным образом набранных в 11 европейских странах, была изучена распространенность рискованного поведения, включая: чрезмерное употребление алкоголя, употребление наркотиков, злоупотребление табаком, депривацию сна, избыточный вес, дефицит массы тела, малоподвижный образ жизни, интенсивное использование интернета/просмотр ТВ /увлечение видеоиграми по причинам, не связанным с учебной или работой, прогулы. Изучалась также связь этих феноменов с психопатологией и аутодеструктивным поведением. Анализ выявил три группы подростков. Группа низкого риска (57,8%) включает учащихся с низкой или очень низкой частотой рискованного поведения, группа высокого риска (13,2%), – учащихся, имеющих высокий риск всех вариантов рискованного поведения.

Однако самая важная находка настоящего исследования это третья группа, так называемая «группа невидимого риска», которая включает 29,0%, то есть почти треть подростков. Эти учащиеся сгруппированы по трем параметрам рискованного поведения (дефицит сна, низкий уровень физической активности и интенсивное использование интернета/просмотр ТВ/увлечение видеоиграми). Степень тяжести психических симптомов, обнаруженных в «невидимой» группе, во многих случаях сопоставима с таковой в группе высокого риска.

Когда подростки проводят много времени у телевизора, в интернете или чрезмерно много играют в видеоигры, родители и учителя, как правило, не вос-

принимают такое поведение как опасное, а нередко сами способствуют такого рода «занятости», так как она приносит им меньше беспокойства, чем активность подростка вне дома, и создает иллюзию контроля. Тем не менее, в группах высокого и «невидимого» риска выявлена сопоставимая распространенность депрессивных симптомов, тревоги и суицидальных мыслей, причем в группе «невидимого» риска распространенность эмоциональных симптомов и проблем в общении со сверстниками выше на фоне отсутствия выраженных проблем с поведением, которые есть у группы риска. Как отмечают авторы статьи, последнее обстоятельство и поддерживает иллюзию благополучия у взрослых. Авторы также отмечают, что хотя причинно-следственные связи между «невидимыми» факторами риска и психопатологией не до конца ясны, согласно эмпирическим данным, они носят двунаправленный характер [14].

Наконец, российская культуральная специфика, связанная с рядом исторических обстоятельств и политики в области производства и распространения алкоголя, привела к резкому росту смертности и крайне низкой по сравнению с европейскими странами средней продолжительности жизни мужского населения России. Одним из важных факторов этой серьезной демографической проблемы является алкоголизм [8]. Попытки решать эту проблему путем изучения нейронных сетей вряд ли приведут к успеху.

В первой половине прошлого века Л.С.Выготский с позиций культурно-исторического подхода к психике выступил с критикой концепции интеллекта Э.Торндайка, который, кстати, предложил столь популярный сейчас термин «социальный интеллект»: «Тот разрыв между эволюцией содержания и форм мышления, которые допускает в своей теории Торндайк, как и его принципиальное уравнивание влияния среды на развитие интеллекта животных и человека, неизбежно приводит к чисто биологической концепции интеллекта, игнорирующей историческое развитие интеллектуальной деятельности человека. С этим связана попытка Торндайка исходить в своих построениях из анатомической и физиологической основы, а не из психологической концепции человеческого интеллекта, нарушая основное методологическое правило: *Psychologica psychologica*» [3].

Методологическая ошибка Э.Торндайка, на которую указывает Л.С.Выготский – объяснять сложную реальность психического, редуцируя ее к биологическим процессам и средовым влияниям по аналогии с животным миром – спустя почти сто лет стала основанием важнейшего проекта, задающего перспективы исследований в области наук о психическом здоровье на десятилетие вперед. Обсуждаемый проект RDoC поражает также тем, что слова психология и психологические исследования практически не встречаются в его описании. Перечисляя основные задачи RDoC, T.Insel указывает на необходимость интеграции разных компонентов, которые входят

в состав психических расстройств: «генетические, нейробиологические, поведенческие, средовые и эмпирические». Парадоксально, но собственно психологический компонент при этом не упоминается вовсе, а в основу интеграции кладется методология нейронаук. Невольно вспоминаются слова одного из современных адептов биомедицинской модели в психиатрии британского психиатра S.Guse: «Не может быть чересчур биологической психиатрии... базисными науками для психиатрии являются биохимия и молекулярная биология, а не психология» [21].

В соответствии с этим тезисом в качестве научных основ классификации психических расстройств указываются нейронауки. Правда упоминаются также и науки о поведении, как будто бы психологическая наука остановилась на эпохе бихевиоризма или же возвращается к ней, а нейронауки уже дали ответы на сложнейшие вопросы психической жизни человека. Длительное господство бихевиоризма в американской психологии привело к тому, что еще в первой половине XX века психика была объявлена черным ящиком, недоступным научному изучению. Лишь к середине 1970-х годов XX века проблема сознания официально возвращается в американские университеты. С этого момента в американских учебниках психологию не определяют больше как «науку о поведении», а определяют как «науку о поведении и психических процессах». Однако даже словосочетание психические процессы не употребляется в описаниях проекта RDoC. Видимо поэтому В.N.Cuthbert упоминает, в частности, такую критику проекта: «Например, кто-то может услышать на конференциях неформальные замечания по поводу того, что психотическое состояние является черным ящиком в RDoC» [16].

Разумеется, в современной когнитивной психологии все большую роль начинают играть нейропсихологические исследования [6]. Опираясь на новые возможности исследования функционирования головного мозга, она превращается, фактически, в нейрокогнитивную науку [2], которая стремится соединить представления о биологических процессах в мозговом субстрате с представлениями о характере протекания когнитивных процессов. Например, выдвигается гипотеза о существовании так называемого «социального мозга», то есть процессов в определенных зонах головного мозга, которые отвечают за способность человека к адекватному и эффективному социальному поведению [13]. Нарушения этих процессов связываются с психической патологией. При всей важности данной научной гипотезы, важно отметить, что в проекте RDoC создается иллюзия обоснованности данными современных нейронаук возможности полного сведения психических процессов к биологическим коррелятам, что далеко не соответствует истинному положению дел.

В 2010-х гг. на русском языке одна за другой начали выходить книги западных авторов (чаще всего ученых-нейробиологов) с очень многообещающими названи-

ями, рекламируемые как бестселлеры. Например: «Мозг и душа: новые открытия о влиянии мозга на характер, чувства, эмоции», или: «Мозг и счастье: загадки современной нейропсихологии», или: «Мозг и душа: как наша нервная деятельность формирует наш внутренний мир». Эти научно-популярные книги, рассчитанные на массового читателя, создают иллюзию, что современная наука уже решила вечные проблемы человечества или весьма близка к этому. При чтении этой литературы веет чем-то очень знакомым из истории психологии. Столь же щедр на подобные обещания в первой половине прошлого столетия был американский бихевиоризм, легко «решавший» проблемы психического здоровья, этики, морали и счастья на основе теории научения и провозгласивший психологию наукой о поведении, находящейся «по ту сторону свободы и достоинства». И хотя, к счастью, человечеству не удается пока изолировать психологические проблемы от вечных нравственных и философских, все же стоит задуматься о новых предлагаемых рецептах их решения и вытекающих из этих рецептов последствиях для практики психологической помощи.

Приведем цитату из книги известного нейробиолога Д.Амена, который на собственном примере иллюстрирует роль головного мозга в следовании моральным ограничениям.

«Многие испытывают сомнения и беспокойство, когда сделали что-то неправильное. Если бы мне понадобились деньги, и в голову пришла идея ограбить соседний магазин, то следом за ней появились бы тревожные мысли: а вдруг меня поймут? «Не хочу, чтобы меня судили», «Не хочу потерять лицензию врача». Эта тревожность не дает мне послушаться криминальной мысли. Но если, как предполагают исследования доктора Рейн, лобная кора работает плохо и не вызывает никакой тревожной реакции, то я вполне могу отправиться на преступление, не думая о последствиях своего поведения» [1].

Читаем чуть далее.

«У людей нарциссического склада часто оказывается сверхактивной передняя часть поясной извилины, из-за чего они не способны переключить внимание и посмотреть на себя со стороны. А плохая работа лобной коры приводит к недостатку эмпатии» [1].

Далее автор, который одним из первых стал активно использовать компьютерную томографию в психиатрии и психотерапии, уверенно заявляет: «Увидев проблемы через призмы нейробиологии и посмотрев свой скан ОЭКТ, люди начинают исцеляться» [1].

Процитируем других авторов.

«Добродетель подразумевает регулирование своих поступков, слов и мыслей ради того, чтобы по возможности приносить окружающим людям и себе больше добра, чем зла. В мозге эта функция связана с префронтальной или лобной корой. Префронтальная значит «окололобная», т.е. самая передняя часть мозга сразу за лбом и над ним. Кора – это верхний слой мозга, она состоит из так называемого серого

вещества. Кроме того, добродетель опирается на умиротворяющее действие парасимпатической нервной системы и положительных эмоций, с которыми связана лимбическая система» [10].

Что стоит за таким пристальным вниманием к мозгу в новых рецептах счастья, нравственности и добродетели? Возвращаясь к серьезной научной литературе, можно говорить о значительной активизации сторонников биологических моделей психической патологии на фоне впечатляющего прогресса в технике исследований современных нейронаук. Так, современные техники нейровизуализации позволяют в буквальном смысле слова «заглядывать» в мозг человека, оценивать его морфологические особенности и наблюдать происходящие там процессы. Как это уже не раз случалось в истории изучения психических расстройств, у многих исследователей возникло искушение отождествить процессы в мозге и психические процессы, установить их точное взаимное соответствие.

Вот уже более 30 лет прошло со времени публикации исторической статьи G.L.Engel «Потребность в новой медицинской модели: вызов биологической медицине» [17], но перестройка в направлении предложенной им системной биопсихосоциальной модели происходит очень медленно и болезненно, хотя данные, поддерживающие ее, существенно расширились за последние годы: «Значительный объем исследований обосновывает роль стрессогенных событий, а также хронических и повторяющихся средовых стрессоров в переходе состояния уязвимости в состояние болезни» – пишет известный итальянский исследователь и психотерапевт J.Fava [18]. Далее, он отмечает, что спустя 30 лет после первой публикации G.L.Engel о биопсихосоциальном подходе по-прежнему имеет место недооценка значимости психосоциальных факторов и тенденциозное распределение ресурсов в исследованиях и практике лечения психических расстройств. Это особенно странно на фоне растущего числа доказательств важности и высокой эффективности психосоциальных методов помощи в комплексной терапии самых тяжелых психических расстройств [4].

При игнорировании или недооценке роли социальных и психологических факторов в психической патологии, роли культуры в становлении и развитии человеческой психики успехи современных нейронаук ведут к возрождению биологического редукционизма, который К.Ясперс метко назвал «церебральной мифологией» – поиску жесткого соответствия между психическими функциями и определенными зонами головного мозга. И если в начале прошлого века известный немецкий психиатр К.Клейст мечтал найти седалище «Я» в стволе головного мозга [5], то сегодня исследователи спешат, например, объявить об открытии «социального мозга» – тех его зон, которые ответственны за восприятие социальных объектов и в которых локализованы функции социального интеллекта [13]. Часть научного сообщества возлагает боль-

шие надежды на эту последнюю концепцию, которая начала развиваться более 20 лет тому назад [12].

Сомнения в возможности отыскания мозгового субстрата, непосредственно ответственного за регуляцию высших психических функций в отличие от натуральных, высказывались в 1980 году J.Zubin – одним из первых создателей диатез-стрессовых моделей психической патологии: «Большинство психо-социальных реакций возникли только тогда, когда процесс биологической эволюции человека закончился и не оказывал больше существенного влияния на человеческое поведение, а его место заняла культурная трансляция... другими словами, речь идет скорее о продукте научения и опыта, пластичных свойствах головного мозга, чем генетически унаследованных функций мозга. Поэтому достаточно трудно определить мозговые пути, с которыми связаны культуральные и психосоциальные факторы, а также определить их масштабы» [31].

Далее J.Zubin ссылается на своего единомышленника, другого известного автора оригинальной трехфазной диатез-стрессовой модели шизофрении L.Ciompri, который так же, как и Л.С.Выготский постулировал, что внутренние структуры и процессы возникают из внешних: «Они, можно сказать, представляют собой конденсат всего конкретного опыта, превратившуюся во внутреннюю структуру внешнюю динамику. Ясные и однозначные социальные отношения, интерперсональные связи, коммуникативные процессы и т.д. должны, таким образом, отразиться в таких же ясных и однозначных внутриспсихических системах, напротив, конфузирующе-противоречивые внешние связи выражаются в неясных внутренних структурах. Это делает понятным патогенное влияние конфузирующей коммуникации» [15]. Таким образом, делает вывод J.Zubin: «Эти внутренние структуры передаются не генетически, а культуральным путем, а именно, через нейропластичные части головного мозга, а не через те, за которыми жестко закреплены какие-то функции» [31].

**Понятие психической болезни: природный или социальный конструктор?  
Борьба натуралистической и конструктивистской парадигмы:  
в поисках «истины» или в поисках пользы для пациентов**

Возвращаясь к критике проекта RDoC другими авторитетными учеными укажем, что отмечается установка на поиск объективных биологических критериев, разводящих норму и патологию. При этом не учитывается тот факт, что диагноз психического расстройства является социальным конструктором, то есть результатом некоторых договоренностей, заключенных на основе наличия определенной симптоматики, с одной стороны, и, связанной с ней дезадаптацией в разных жизненных сферах – с другой. Соответственно, постановка его зависит от того, где

на континууме находится условный порог соответствия, а не от значений гипотетических биомаркеров. Опасность натуралистического подхода к психической патологии, постулирующего наличие расстройств вне социального контекста на чисто биологическом уровне ведет также к угрозе преимущественного ограничения зоны финансируемых исследований нейробиологией, что, собственно и наблюдается во многих странах.

Условность границы между психической нормой и патологией подчеркивалась еще Карлом Ясперсом: «Понятие болезни в психиатрии стало применяться значительно позднее, чем в соматической медицине. Считалось, что в психических расстройствах виновны не столько естественные процессы – природа и причинные связи которых могут быть предметом эмпирического исследования, сколько демоны и грех, подлежащий искуплению. В давние времена больными считались только идиоты и буйные. Позднее к ним добавились меланхолики. Еще позднее, в прошлом веке, круг лиц, которых считали больными, значительно расширился за счет социально нежизнеспособных. Резкий рост числа пациентов, содержащихся в лечебницах, вызван тем, что такие люди уже не могли жить в сложных условиях современной цивилизации (выделено мной – А.Х.). В прежние времена эти люди могли жить в сельской местности и работать наравне с другими, но при этом не быть привязанными к социальным механизмам» [11].

Как отмечают в развернувшейся дискуссии известные американские психиатры, которые являются также специалистами в области нейробиологии: «Большинство врачей знают, что используемые ими диагнозы являются «приблизительными», что они описывают синдромы, а не отдельные нозологические единицы, а также, что диагнозы не имеют четких границ. Врачи понимают, что диагнозы по сути являются умозрительными конструкциями, и что пациенты не страдают от шизофрении или биполярного расстройства *per se*, но имеют установленные диагнозы. Эти факты, судя по всему, удивляют исследователей, многие из которых, к сожалению, знают о психических заболеваниях только то, что они прочитали в научных публикациях или на экранах своих компьютеров. Мы предполагаем, что RDoC «развяжет руки» некоторым исследователям, которые стремятся выйти за рамки существующих диагностических категорий при разработке клинических научно-исследовательских проектов. Требуется ли для этого внедрять крупную инициативу NIMH, которая, вероятнее всего, будет определять схему распределения грантов, непреднамеренно ограничит «креативность» исследователей, а также потенциально дезорганизует клиническую практику? Хочется верить, что и клиницисты, и научные работники продолжат мыслить нестандартно и будут искать новые пути решения старых проблем без отеческих наставлений NIMH» [30].

Резкая критика проекта с концептуальных позиций дается еще одним известным американским психиатром, который подчеркивает, что основной концептуальной слабостью проекта является неспособность предложенных критериев доменов решить одну из главных задач психиатрического диагноза – разделить норму и патологию. Автор отмечает, что в основе проекта лежит известная и давно существующая тенденция к поиску биологических оснований психических расстройств: «Психиатрия представляется наиболее убедительной с медицинской точки зрения, если психические расстройства рассматриваются как нарушения работы мозга. Проблема заключается в том, что такие расстройства скорее относятся к неврологии, а не к психиатрии. RDoC пытается разрешить эту дилемму, выделяя неисправные нейрональные цепи как отличительную особенность психических расстройств» [29]. Далее J.C.Wakefield особо подчеркивает фактическое вынесение за скобки проблемы сознания человека в анализируемом проекте: «Недостаточное внимание уделяется центральной роли смысла и опыта субъективного сознания. Даже если исследования показывают, что человеческая исключительность является ошибкой, система смыслов по-прежнему является сложным и уникальным понятием. Тем не менее, в RDoC умалчивается значение смысла, субъективного опыта и психической репрезентации. Нет, конечно, в RDoC присутствует когнитивный домен, однако, с учетом того, что больший упор делается на нейрональных цепях, это скорее ширма» [29].

Автор указывает также на невозможность установления прямой связи между работой нейронных цепей и системой смыслов или убеждений человека, роль которой в психическом здоровье, начиная с работ А.Бека, получила веские доказательства. Ментальные модели мира, которые строит человек в течение жизни, нельзя понять без углубления в его внутренний мир и тонкую феноменологию, что возможно только в диалогическом контакте.

Еще более пессимистичный прогноз делает другой известный американский психиатр M.R.Phillips, который уже в заглавии своей статьи выражает сомнение, что американская психиатрия в будущем сохранит за собой лидирующие позиции при той стратегии исследований, которая диктуется проектом RDoC: «Несмотря на то, что инициатива RDoC интеллектуально привлекательна для нейробиологов, она не совпадает с существующей глобальной траекторией развития психиатрии... инициатива RDoC – это попытка разработать диагностическую систему с минимально возможным участием специалистов, не относящихся к нейробиологии. Предполагается, что экономические реалии, социальные факторы и культуральные предпочтения подождут, пока нейробиологи не обнаружат «истину», а затем «подстроятся» под эту истину» [26].

Далее автор делает очень резкий вывод-предостережение, граничащий с серьезным обвинением в

некомпетентности создателей проекта RDoC: «Идея о биологическом решении биопсихосоциальных проблем доминирует в медицинских исследованиях в течение нескольких десятилетий. По этой причине нельзя исключить, что приоритеты научной психиатрии в других странах последуют за «крысоловом» из NIMH. Тем не менее, данные GBD о растущем глобальном бремени психических заболеваний и проблемы, подчеркиваемые инициативой Mental Health Plan в ВОЗ, могут привести к тому, что некоторые страны проигнорируют инициативу NIMH и выделят новые ресурсы на исследование важнейших проблем практической психиатрии, то есть проблем расширения масштаба, качества и доступности медицинских услуг. Это неизбежно приведет к ослаблению американского интеллектуального превосходства в сфере глобальной охраны психического здоровья» [26].

**Гуманистическая или биологическая парадигма:  
страдающий человек или нарушенная  
нейронная сеть**

Такую же резкую оценку проекта высказывает специалист из Дании: «Объектом психиатрии является измененный опыт, самовыражение и существование пациента, неразрывно связанное со страданиями его и (или) окружающих. Психиатр лечит человека, а не нейронную сеть... Мы рискуем прийти к тому, что предсказывал Ясперс – к «психиатрии без психики». Как терапевтическая деятельность психиатрия продолжит свое существование, поскольку пациенты никуда не исчезнут. Однако же, психиатрия, в которой отрицается ее психопатологическая основа, то есть междисциплинарное, теоретическое и эмпирическое исследование субъективности, может перестать существовать как академическая медицинская дисциплина» [25].

A.Frances – руководитель проекта по созданию классификации DSM-IV и один из самых видных мировых экспертов в области классификации психических расстройств – соглашается с важностью продолжения нейробиологических исследований и необходимостью проекта, подобного RDoC, но указывает на неадекватное преувеличение его значимости как источника революционных изменений в области классификации. Он подчеркивает, что, начиная с 1980 (года выхода классификации DSM-III), ведутся дорогостоящие и углубленные исследования биологических основ психической патологии, которые пока дали очень немного для понимания природы и еще меньше для практики лечения этих расстройств: «Институт NIMH занимал лидирующую позицию в поддержке охватившего весь мир энтузиазма, связанного с нейронауками, назвав 1990-е годы «десятилетием головного мозга» и прилагал немалые усилия к внедрению биологических программ в ранее сбалансированные исследования, фундаментальные науки, терапию и систему здравоохранения в целом.

По сути же, из «института психического здоровья» NIMH превратился в «институт головного мозга». В результате его стараниями проведены великолепные исследования, однако никакой практической помощи пациентам из этого не последовало.... Несмотря на то, что описательная психиатрия, лежащая в основе как DSM, так и МКБ, имеет весьма специфический ограниченный характер и практически не дает объяснения нозологиям, фактом остается то, что в настоящее время она является единственным действенным подходом для постановки психиатрического диагноза и продолжает быть крайне необходимой и удивительно полезной в клинической практике» [20].

Невероятная сложность головного мозга и еще большая сложность факторов психической патологии, включающих социальные и психологические измерения, не позволяет решить проблему диагностики теми средствами, которыми располагает нейробиология, считает A. Frances: «...предположение, что у пациентов, которые подходят под критерии шизофрении имеется только нарушение в головном мозге, очень опасно. В дебюте шизофрении очень важную роль играют внешние факторы, которые зачастую являются решающими в ее дальнейшем развитии. Благоприятная окружающая среда и условия жизни, правильный подход к обучению, работе и общественной деятельности, в сочетании с медикаментозной терапией являются и всегда будут абсолютно необходимыми» [20].

Известный итальянский исследователь G.A. Fava, последовательно отстаивающий биопсихосоциальную модель как наиболее адекватную современному уровню знаний о психических расстройствах, также высказывает серьезные опасения в связи с новым курсом NIMH: «В данной модели используется всеобъемлющий подход: задействованы все возможные биологические и бихевиоральные оценочные инструменты, которые по своей природе могут быть избыточными из-за заблуждения о том, что при использовании подобной стратегии ни один факт не будет упущен, и в результате инновационные классификационные системы появятся сами по себе. В действительности же могут появиться сложные для интерпретации открытия и противоречивые результаты. Данная модель является четким отражением интеллектуального кризиса в психиатрии, который можно связать с общим упадком метода клинического наблюдения как источника наблюдения в фундаментальных науках» [19].

J. Fava цитирует создателя биопсихосоциальной модели G. Engel, который критиковал господствующую на протяжении последних десятилетий биомедицинскую модель и подчеркивал, что клиническую медицину должна в первую очередь характеризовать гуманность, а основная методологическая триада для клинической оценки и перевода данных о пациенте в научный вид должна включать в себя наблюдение, интроспекцию и диалог. Соображения

этого ученого заставляют еще раз вспомнить важнейший тезис системной методологии, касающийся критики аналитического подхода, основанного на «ползучем эмпиризме», выделяющем различные параметры анализа без концептуальной идеи относительно характера связи между ними [18].

«В рамках аналитического подхода мы пристально вглядываемся в устройство интересующего нас объекта, разделяем его, чтобы понять структуру и особенности отдельных частей, а затем через них объяснить свойства целого. Но какая опасность подстерегает нас каждый раз, когда мы рассекаем это целое на части и начинаем рассматривать их по отдельности? Из поля зрения уходят... связи между частями. А если они существенны для понимания закономерностей интересующих нас свойств, возникновения волнующей нас проблемы? Тогда наше понимание неизбежно будет неполным, а то и просто ложным, мнимым, а наши рекомендации – спорными или даже вредными!» [9]. В проекте RDoC вроде бы предусмотрен поиск связей между доменами, однако в основе этого поиска лежит имплицитная механистическая гипотеза о психофизическом параллелизме и возможности найти «нейронные параллели» для различных психических состояний. Но даже если такие связи будут обнаружены, они не смогут пролить свет на сложную многофакторную этиологию психических расстройств, на что возлагаются большие надежды создателями проекта RDoC, направивших свои усилия на поиск единых биологических оснований для будущей классификации.

## Выводы

Выводы, которые можно сделать на основе анализа критики существующего тренда в науках и психическом здоровье, обобщенно можно сформулировать следующим образом: 1) дименсиональная модель психической патологии не только не может заменить феноменологическую модель, но на современном этапе научного знания может быть хотя и важным, но лишь дополнением к этой модели; 2) биомедицинская модель, которая активно проводится новым исследовательским проектом RDoC, не должна подменить более соответствующую современным научным данным биопсихосоциальную модель психических расстройств, следование которой предполагает пропорциональное распределение ресурсов на исследование всех трех групп факторов (биологических, психологических и социальных) и на дальнейшую разработку психосоциальных методов помощи и профилактики психических расстройств; 3) естественнонаучная натуралистическая парадигма при подходе к классификации психических расстройств не учитывает социальное происхождение конструкта «психическая патология» и культуральную обусловленность его критериев, пытаясь выделить «природные» материальные критерии психической патологии; 4) специфика человека как вида, обоснованная



культурно-исторической парадигмой, игнорируется естественнонаучной парадигмой, отождествляющей процесс формирования и функционирования его психики с этими же процессами у животных; 5) гуманистическая парадигма противостоит биомедицинской, утверждая важность смыслов и убеждений в психической жизни человека и невозможности без учета внутренних ментальных состояний понять и объяснить психопатологию.

Следует также высказать серьезные опасения, что явное доминирование биомедицинской парадигмы в исследованиях приведет к проблемам в дальнейшем развитии и активном внедрении психологических и социальных методов помощи и профилактики, что в свою очередь негативно отразится на системе помощи пациентам и приведет к усилению критики психиатрии и активизации антипсихиатрического движения, вместо желаемого ослабления этой критики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амен Д. Мозг и душа: новые открытия о влиянии мозга на характер, чувства, эмоции. М.: Эксмо, 2012.
2. Величковский Б.М. Когнитивная наука: Основы психологии познания. М.: Academia, Смысл, 2006.
3. Выготский Л.С. Проблема высших интеллектуальных функций в системе психотехнического исследования // Культурно-историческая психология. 2007. № 3.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
5. Клейст К. Современные исследования в психиатрии. Берлин, 1924.
6. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М.: Academia, 2003.
7. Мартынихин И.А. Клинический подход и доказательная медицина. Часть 2. Поиск синтеза // «Дневник психиатра». 2013. №3.
8. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. М.: Книжный дом «Либроком», 2009.
9. Рубаник Ю.Т. Системное мышление как искусство правдивой красоты // Предисловие к кн. Дж.О'Коннора и И.Макдермота «Искусство системного мышления». М.: Альпина Бизнес Букс, 2006.
10. Хансон Р., Мендиус Р. Мозг и счастье: загадки современной нейропсихологии. М.: Эксмо, 2012.
11. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.
12. Brothers L. The neuronal basis of primate social communication // *Motivation and Emotion*. 1990. Vol. 14.
13. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia // *World psychiatry*. 2006. Vol. 5, N 4.
14. Carli V., Howen C.W., Wasserman C., Chiesa F. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 78–83.
15. Ciompi L. Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte // *Bewältigung der Schizophrenie* / H.Brenner, W.Böker (Hrsg.). Bern, 1986.
16. Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 28–35.
17. Engel G.L. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? // *Psychother. Psychosom.* 1992. Vol 57. P. 3–16.
18. Fava J. The biopsychosocial model thirty years later // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008. Vol. 77.
19. Fava G.A. Road to nowhere // *World Psychiatry*. 2014. Vol 13. P. 49.
20. Frances A. RDoC is necessary, but very oversold // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 48–49.
21. Guse S. Biological psychiatry: is there any other kind? // *Psychological Medicine*. 1989. Vol. 19.
22. Insel T. *BMC Medicine*. 2013. N 11. P. 127.
23. Maj M. Keeping an open attitude towards the RDoC project // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 2.
24. McGinn L., Newman M. Status update on social anxiety disorder // *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013. Vol. 6. P. 88–113.
25. Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche? // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 47.
26. Phillips M.R. Will RDoC hasten the decline of America's global leadership role in mental health? // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 40–41.
27. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. The DSM-5: classification and criteria changes // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. P. 89.
28. Tamminga C.A. Approaching human neuroscience for disease understanding // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 43.
29. Wakefield J.C. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 38–39.
30. Weinberger D., Terry E., Goldberg. RDoCs redux // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 37–38.
31. Zubin J. Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie // *Schizophrenie als systemische Störung* / W.Böker, H.Brenner (Hrsg.). Bern, 1989.

## ОБОСТРЕНИЕ БОРЬБЫ ПАРАДИГМ В НАУКАХ О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ: В ПОИСКАХ ВЫХОДА

### А.Б. Холмогорова

В статье представлены результаты теоретико-методологического анализа конфликта различных парадигм в современных науках о психическом здоровье. Выделены основные направления, по которым идут столкновения взглядов ученых в связи с обсуждением новой классификации DSM-5 и нового исследовательского проекта Института психического здоровья США RDoC. Констатируется преобладающий акцент на нейронауках и узкой биомедицинской исследовательской модели, непропорциональный накопленным в науке данным о биопсихосоциальной природе психических расстройств. Представлены позиции ряда ведущих современных ученых, критикующих выраженный нейробиологический

крен новых научных программ и доказывающих, что сложность психической жизни человека с необходимостью требует привлечения феноменологического, культурно-исторического и диалогического методов анализа. Отмечаются возможные негативные последствия неоправданно преувеличенного крена в нейробиологические исследования для практики помощи людям с психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** психическое расстройство, дименсиональная парадигма, феноменологическая парадигма, биомедицинская модель, биопсихосоциальная модель, естественно-научная парадигма, культурно-историческая парадигма, гуманистическая парадигма.

## CLASH OF PARADIGMS IN MENTAL HEALTH SCIENCES: IN SEARCH OF A WAY OUT

### A.B. Kholmogorova

This article presents the results of theoretical and methodological analysis of the conflict between various paradigms in modern mental health sciences. The author focuses on the principle points of discussion associated with the recent edition of the American classification DSM-5 and the new research project of the National Institute of Mental Health (USA) called RDoC. The author points to overwhelming accent on neurosciences and narrow biomedical research model that underestimate the accumulated knowledge about biopsychosocial nature of mental disorders. The article refers to the position of a

number of leading experts who criticise an obvious neurobiological bias in new research projects and stating the complexity of human mental existence and importance of using phenomenological, cultural-historical and dialogic-based analysis. The author warns about the risks of such a pronounced neurobiological bias for practical care for persons with mental disorders.

**Key words:** mental disorder, dimensional paradigm, phenomenological paradigm, biomedical model, biopsychosocial model, natural science paradigm, cultural-historical paradigm, humanistic paradigm.

Холмогорова Алла Борисовна – профессор, доктор психологических наук, руководитель лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: psylib2006@yandex.ru