

ДЕФИЦИТ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН КРИЗИСА ПСИХИАТРИИ

Г.Н. Носачев

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

О существовании в настоящее время кризиса психиатрии, в первую очередь, в клинических нейронауках, медицинская общественность как бы не подозревает или делает вид, что его нет. Косвенным подтверждением этого является практически полное отсутствие институционального дискурса в ответ на единичные публикации о кризисе психиатрии [13, 18, 20]. Попытки автора [18] оживить дискурс по отдельным проблемам кризиса психиатрии как клинической нейронауки поддержаны не были.

Психиатрия была, есть и будет оставаться междисциплинарной медицинской наукой, оставаясь, с одной стороны, в рамках биологической медицины (биологическая психиатрия, нейропсихиатрия) со всей её теорией и практикой, с другой – в рамках гуманистических (аксиологических) наук, в первую очередь, связанных с психологией, социологией, правом, клинической психологией, социальной психиатрией, судебной психиатрией, психотерапией. Базовым подходом психиатрии к человеку (больному и здоровому) является антропологический и биопсихосоциальнодуховный, то есть холистический (целостный), включая функциональную диагностику психических расстройств.

Кризисы сопровождали психиатрию на всем пути ее развития, но чаще всего они носили конструктивный характер и позволяли развиваться медицинской практике. В конце XX и начале XXI века начался очередной кризис, на этот раз – с оттенком деструктивности. Кризис междисциплинарной науки чаще всего начинается с полюсов: с гуманистического полюса – антипсихиатрия, стигматизация с искажениями аксиологических ценностей (либерализация, политкорректность и др.); с биологического полюса – «экспансия» профессионалов других наук, в основном неврологов, в психиатрию. О первом Ю.С.Савенко пишет: «Есть реальные трудности: неблагоприятная социально-экономическая обстановка, период смены общественной парадигмы, глобальные процессы социально-научного знания, формализация, юридизация, коррупция» [20]. О втором пишет В.Д.Менделевич [11] с позиций фило-

софии постмодерна в психиатрии, полагая, что в условиях современной культуры и общественных ценностей «новая» психиатрия должна найти новую идентичность. В качестве одной из опор новой идентичности. В.Д.Менделевич использует статью Н.Кatschnig «Является ли психиатрия вымирающим видом?» [24], в которой автор по существу описывает кризис западной психиатрии, в частности: «Дискуссионность современных диагностических критериев; необоснованные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарование эффективностью психофармакотерапии; «экспансия» неврологов в область психиатрии (рекомендуют 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» [11]. На те же причины кризиса указывает Н.Г.Незнанов и соавт. [13]: «Разочарование вследствие отставания психиатрии как науки от других медицинских дисциплин», в первую очередь, неврологии, приводя новые успехи нейровизуализации. «И уже совершенно революционными выглядят последние исследования под руководством А.Cachia, осуществившего на уровне морфометрии мозга дифференциальную диагностику истинных и псевдогаллюцинаций у больных шизофренией» [13]. Не удивительно, что отечественные неврологи охотно подхватили «языковые игры» и «алогичность» постмодерна, стали диагностировать и лечить психические расстройства, особенно деменции и расстройства аффективного спектра [7, 8, 12, 24].

Не остались в стороне и некоторые психиатры. В частности, Ю.П.Сиволап, И.В.Дамулин, О.Н.Воскресенская в статье о травматических повреждениях мозга заключают: «...Граница между неврологией и психиатрией зачастую носит условный характер и едва ли нуждаются в точной демаркации» [21].

Цель статьи (дискурса) – привлечь внимание профессионального сообщества, в первую очередь,

психиатров и неврологов, к необходимости институционального дискурса с опорой на философию и методологию науки по междисциплинарным клиническим и социальным вопросам «экспансии» неврологов в психиатрию на примере синдрома деменции.

Для дискурса взяты преимущественно труды неврологов, наиболее часто пишущих и предлагающих «алгоритм диагностики и лечения деменций» [7, 8, 12, 24] (включая Национальное руководство [12]). Данная статья позволяет только тезисно обсудить затронутые проблемы.

В начале XX века психиатрия стала самостоятельной медицинской наукой не только практически (таковой она была и ранее), но и теоретически, четко осознав собственный предмет науки. «Предмет науки – референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, то есть это то, что она изучает» [12]. Предмет неврологии – патология структур головного мозга (морфологии), метод исследования – клиничко-неврологический. Предмет психиатрии – патология психической деятельности как функции головного мозга, метод – клиничко-психопатологический (и/или феноменологический). Предмет клинической психологии (прикладной и практической медицинской психологии) – патология высших корковых (локальных) функций (нейропсихология) и высшей психической деятельности (патопсихология), метод исследования – клиничко-психологический (клиничко-психодиагностический). В междисциплинарном взаимодействии клинических нейронаук методы исследования могут дополнять друг друга в функциональной диагностике [4, 17]. Предмет науки остается неизменным, а исследователю приходится овладевать смежной дисциплиной или прибегать к помощи соответствующего специалиста. Между тем, неврологи, а вслед за ними и некоторые психиатры объявили патопсихологические и клиничко-психологические методы исследования нейропсихологическими» [7, 8, 24], стирая предметные, объектные особенности и принципы индивидуальности и демаркации науки.

В клинических нейронауках так же, как и в других «органных» медицинских дисциплинах, есть общее – конкретный орган и его патология (например, «болезнь мозга»), но в данном случае есть и существенные различия. Отличия заключаются в том, что существуют морфология человеческого мозга в норме и патологии и сложная, самостоятельная, зачастую независимая от морфологической патологии функция мозга (с внешним и внутренним миром) – психическая (психологическая) деятельность человека в норме и патологии. При этом нет прямого «параллелизма»: выраженная морфологическая патология мозга может сопровождаться грубыми (психотическими, дементными) психическими расстройствами и, наоборот, тяжелые психические расстройства не сопровождаются выраженными морфологическими нарушениями (например, иммунно-эндокринные/биохимические нарушения

при прогрессивной шизофрении с шизофреническим слабоумием).

Основой практической деятельности в клинических нейронауках (неврологии, психиатрии, клинической психологии) являются регламентируемые законодательством РФ диагностика заболевания мозга на нозологическом и синдромальном уровнях и последующая терапия. В практической деятельности врача, естественно, первым появляется синдромальный диагноз, чаще всего описательного характера, включающий в себя основные, факультативные и дополнительные симптомы (феномены), складывающиеся в тот или иной синдром (в нашем случае – синдром деменции), и только позже, благодаря последующему обследованию (динамическому клиническому и параклиническому) формируется нозологический диагноз неврологического и/или психического заболевания. Разведены они и в МКБ-10: болезнь Альцгеймера (неврология) и деменция при болезни Альцгеймера (психиатрия). Следует помнить, что за клиническим диагнозом следуют терапевтические, социальные, организационно-правовые и реабилитационные проблемы и их исполнение.

Диагностика (диагноз) является специфической формой познания, представляющей процесс распознавания болезни с опорой на предмет и методы исследования в данной медицинской дисциплине (субнауке). По мнению В.И.Крылова, «диагностика в клинической медицине основывается на тесно связанных между собой компонентах. Технический компонент диагностики включают в себя общие и специальные, лабораторные и инструментальные методы выявления признаков болезни. Семиотическая диагностика связана с оценкой диагностического и прогностического значения симптомов и синдромов болезни. Наконец, логический компонент диагностического процесса отражает специфические особенности клинического мышления в процессе познания болезни» [6].

Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства (заболевания) является единство трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологический (клинический, клиничко-психопатологический), психологический и социальный диагнозы.

У ряда неврологов, в частности, у О.С.Левина [7], психологическая диагностика опережает клиническую и даже сводится к психологическому диагнозу. Автор предлагает каждому врачу-неврологу использовать психологические тесты и опросники при подозрении на развитие деменции (в монографии их приводится более 30).

Но биологический диагноз не включает в себя клиничко-психологический метод с использованием клинической психодиагностики и не выстраивается из него [4, 15]. И хотя клиническая (нейро- и патопсихология) психология формально отнесена к клиническим нейронаукам, она является самостоя-

тельным междисциплинарным разделом прикладной и практической психологии, частично медицины, преимущественно психиатрии, и не может быть отнесена в состав биологического диагноза (несмотря на исследовательскую «моду» в соматической медицине, включая неврологию; да и психиатры стали проводить даже в психиатрии нейропсихологическое исследование вместо классического патопсихологического).

Психологический диагноз, по мнению А.П.Коцюбинского, – «Результат исследования аспектов структуры личности пациента и особенности его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клинико-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления» [4], а также активного участия во вторичной и третичной профилактике, формировании копинг-стратегии поведения в борьбе с дезадаптацией и декомпенсацией проявлений болезни и повышения качества жизни в болезни и ремиссии.

Такой подход к функциональной диагностике психических расстройств при органических заболеваниях головного мозга неврологами не используется, а чаще всего сводится к констатации когнитивных нарушений на основе психологических тестов (чаще всего при диагностике деменции) [14, 15].

Итак, семиотическая составляющая клинического диагноза начинается со структуры синдрома, определения (понятия). В национальном руководстве «Неврология» (глава 26 «Нарушение когнитивных функций») дается определение: «Деменция – приобретенные устойчивые полифункциональные когнитивные нарушения (ухудшение памяти, интеллекта, умственной работоспособности и др.), выраженные в значительной степени, определяемые на фоне ясного сознания, имеющие причиной органические поражения мозга» [12]. И далее: «Когнитивные функции – наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и взаимодействие с ним. Синонимами термина «когнитивные функции» являются «высшие мозговые функции», «высшие психические функции» или «познавательные функции» [12]. Но не упоминаются синонимы в психиатрии – «расстройства интеллекта», «негативные (дефицитарные) синдромы». «Клиническая картина деменции складывается из когнитивных, поведенческих и эмоциональных расстройств и нарушения повседневной деятельности» [12]. В главе 1 руководства «Клиническое исследование» выделена подглава «Исследование высших мозговых функций», в которой врачу-неврологу «необходимо последовательно изучить состояние сознания, ориентацию, внимание, память, счет, способность к обобщению и абстрагированию, речь, праксис, гнозис» [12], где выделены «когнитивные функции», к которым отнесены – ориентация, внимание, память, счет, способность к обобщению и абстрагированию, речь, праксис и гнозис, то есть

объединены когнитивные (психические, познавательные) и локальные мозговые функции. Те же подходы отмечаются и в других монографиях неврологов, посвященных деменции.

Следовательно, отечественные неврологи рассматривают понятие (определение) «деменция» в следующих вариантах:

1. Деменция как сборное обобщающее понятие, включающее многочисленные нозологические органические поражения (дисфункции) головного мозга, которые завершаются слабоумием. Подобный подход вызывает, в том числе, и прогностически неблагоприятный взгляд на дальнейшее течение заболевания у конкретного пациента, создавая серьезные основания для стигматизации и дискриминации.

2. Деменция как синоним понятия «когнитивные нарушения» (дисфункция, ухудшение, снижение преимущественно когнитивных процессов, когнитивный/нейрокогнитивный дефицит), то есть объединяются и одновременно разделяются без четкого клинического описания синдрома легкого (F06.7) и умеренного когнитивного расстройства и собственно деменций (F00–03).

3. Деменция как синдром практически без четкого дифференциального клинического описания при разных нозологиях, хотя это отдельные нозологические единицы с самостоятельной клинической картиной, стирающейся на уровне психического маразма (тяжелая деменция).

4. Деменция как группа разных по степени выраженности синдромов (легкая, умеренная, тяжелая) без четкого клинического описания (конкретных симптомов, комплекса симптомов), их дифференциации (нередко построенная на психологическом тесте, например, тест MMSE) [14]. Не свободны от подобного подхода и некоторые психиатры [19, 21].

5. Деменция преходящая (т.е. слабоумие, которое может регрессировать), а также «предвестники деменции», «додементные расстройства», «мягкая деменция» [7, 8, 23], описываемые неврологами в подостром периоде органических поражений головного мозга (ЧМТ, инсульт и др.)¹.

6. Происходит замена термина «деменция» на «тяжелое когнитивное расстройство» (МКБ-11).

Следует полностью согласиться с утверждением В.И.Крылова: «Существующие расхождения в понимании клинического содержания и диагностической значимости базисных психопатологических понятий создают трудности при сравнительном рассмотрении и обобщении результатов научных исследований. Разночтения в определении и интерпретации психопатологических понятий делают результаты научных исследований несопоставимыми и неприменимыми на практике» [5].

¹ По нашему мнению, речь идет о диагностике протрагированного (ундулирующего) оглушения (астенической спутанности) [16]. Но это тема для другого дискурса.

Языковые игры постмодерна приводят к взглядам, грозящим «растворением» психиатрии в неврологии и клинической психологии.

Базовыми парадигмами современных клинических нейронаук являются когнитивная психология (скорее, ее термины) и междисциплинарный подход с позиций философии постмодерна (а не прагматизма).

Когнитивная психология (когнитивная наука по Б.М.Величковскому [1] – ученику и последователю А.Р.Лурия) – междисциплинарное направление, соединившее в себе психологию, в первую очередь, экспериментальную, нейрофизиологию, информатику и философию познания в 60-е годы XX века, а в 90-е годы XX века она стала широко внедряться в клиническую психологию и клиническую психодиагностику (вначале в психиатрии, а позже – и в неврологии), где стала основой диагностики когнитивных расстройств (деменции) [6].

Современная когнитивная психология возникла на стыке информатики, психофизиологии и психологии познания для изучения и обоснования пространственно-векторных процессов мозга в процессе системно-динамической модели когнитивных и метакогнитивных процессов. Сегодняшняя когнитивная психология изучает преимущественно когнитивные процессы: восприятие, память, внимание, распознавание конфигураций, решение мыслительных задач, психологические аспекты речи, когнитивное развитие и другие феномены, рассчитывая перейти от когнитивных феноменов, когнитивного стиля личности к когнитивным законам и когнитивным константам (но это, видимо, в будущем). Если верить современным исследователям, то нет ни одного психического и неврологического расстройства без когнитивных (познавательных) расстройств (и даже без нейрокогнитивного дефицита), а вся общая психопатология разделилась на позитивные, когнитивные и негативные синдромы (расстройства). С чем трудно согласиться, так как когнитивные расстройства – практически синоним понятия «негативные расстройства» (дефицитарные) [17].

Междисциплинарный подход существенно обогатил клинические нейронауки, но одновременно потребовал методологического обеспечения не только самого подхода, но и выделения «новых» нейронаук². Вместе с тем, базовыми нейронауками остаются психиатрия и неврология с четко выделенным предметом науки.

Следовательно, перспективный по научной сути междисциплинарный подход в клинических нейро-

² Особенностью современного периода развития нейронаук является их нарастающая междисциплинарность, создающая мощный поток новых нейронаук: нейропсихиатрия, нейропсихология, нейробиология, нейропсихоанализ, социальная нейронаука, интерперсональная нейробиология и другие. При этом исследователи и создатели «новых» наук не утруждают себя выделением предмета науки [2, 3]

науках затрудняет теоретическое и практическое взаимопонимание и взаимодействие специалистов (в первую очередь, неврологов) в терминологии и интерпретации понятий, а соответственно, и в диагностике, терапии и реабилитации. А если к этому добавить некоторые базовые организационно-правовые вопросы «экспансии» неврологии в психиатрию с позиций медицинского права как реальность в системе «врач–пациент (родственники пациента)», то решение проблем, особенно, практических (в т.ч. юридических), существенно страдает. Между тем, существуют весьма обоснованные (удачные) междисциплинарные подходы к решению аспектов развития деменции, в частности, концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии Е.В.Макушкина и Л.Е.Пищиковой [9, 10].

Авторы формируют и выделяют следующую этапность клинических типов инволютивных (старческих) психических расстройств [9]: недементные психические расстройства – личностные, аффективные, поведенческие, психозы и деменции. Исходя из концепции благоприятного (R54 МКБ-10) и неблагоприятного старения, авторы рассматривают инволюционные расстройства в геронтопсихиатрии, в частности, деменций. Разработаны отдельные модели деменций и алгоритмы дезинтеграции, то есть «закономерности утраты высших психических функций – этапы инволютивной диссолюции (А.В.Снежневский)». И далее авторы расшифровывают этапность изменений когнитивных функций. Например, «последовательность снижения уровня дезадаптации → десоциализация юридическая, образовательная, финансовая дезадаптация → медицинская → бытовая → индивидуальная дезадаптация» [9]. Данный подход позволяет авторам предложить некоторые структурно-динамические модели деменций (пресенильная – F00.0, сенильная – F00.1, пресбиофрения Вернике – F00.2, атеросклеротическая – F01, Корсаковский синдром – F04, деменция лобного типа – F02.0). И хотя авторы ставили перед собой частные задачи судебной психиатрии, им удалось дать четкие методологические и клинические описания ряда деменций с позиций предложенных концепций.

Методология функционального диагноза не только не противоречит, но и существенно дополняет, особенно в практическом применении, предлагаемую Е.В.Макушкиным и Л.Е.Пищиковой [10, 24] концепцию понимания «биопсихосоциальных геронтологических аспектов (детерминант)» развития деменции.

Принципы осмысления теории неблагоприятного старения позволяет авторам, по существу, выйти на законы старения и сформулировать основные положения (этапы) инволютивной диссолюции:

- от высших (более поздних) → к низшим (эволюционно более ранним); от позднее выученных информации и форм поведения → к более ранним; от эмоционально нейтральной информации к эмоционально более значимой;

- от дисмнестических расстройств (нарушения репродукции, иксации) – к фиксационной амнезии→прогрессирующей амнезии→сенсорной афазии→агнозии моторной афазии→апраксии;

- последовательность этапов снижения памяти→от более поздно приобретенной информации – к более ранней; от фиксационной амнезии→к прогрессирующей (ретроградной) аффективной памяти; от менее затверженных навыков→к более закрепленным;

- последовательность утраты ориентировки → дезориентировка в пространстве (временная, а затем постоянная) → во времени – в месте → в собственной личности;

- последовательность снижения уровней дезадаптации (приведена выше).

Предложены также общие алгоритмы дезинтеграции, типы и модели ряда нозологических деменций.

«Концепция позволяет сформировать постулат и презумпции позднего возраста, описывает онтогенетические формы старения, дает квалификацию биопсихосоциальных инволютивных детерминант, позволяет систематизировать психические расстройства позднего возраста, предложить алгоритмы закономерности утраты высших психических функций, типы и маркеры деменции» [10]. По существу, предложенная концепция является наиболее обоснованной теорией неблагоприятного старения человека и его основного органа – головного мозга с позиций нейрогеронтологии (или отдельных клинических нейронаук, без которых невозможен функциональный диагноз).

Итак, если исходить из представлений В.И.Крылова [5, 6], то структура диагноза синдрома деменций, его техническая составляющая вызывает зависть у психиатров [13], особенно в области нейровизуализации (к которой нужно относиться с осторожностью [18]), в то же время семиотическая (симптомы, синдромы негативные, позитивные, особенно соотношение с когнитивными, прогноз и т.д.), логическая (концептуальная) и организационно-правовая составляющие практически не оцениваются неврологами. Проведено с десятков научно-практических конференций, посвященных междисциплинарным отношениям в нейронауках, в первую очередь, между неврологами и психиатрами, но институционального и философского дискурса пока не получилось.

Между тем, междисциплинарность в науке, особенно между естественными и гуманитарными науками, с одной стороны, привела к появлению целого ряда метанаук (а с ними и метаязыка), к которым можно отнести когнитивную науку, частью которой стала когнитивная психология и целый ряд нейронаук; с другой стороны – создало множество «параллелизмов» (нейрофизиологический, психофизиологический, социопсихологический и др.), попытки осмыслить и «совместить» которые в естественнонаучной и гуманитарной парадигмах

приводят к кризису, в частности к кризису современной психологии [22]. Неврология и психиатрия функционируют в разных парадигмах: неврология – преимущественно в естественнонаучной (биологической, морфологической), психиатрия – в смешанной (преимущественно гуманитарной). При формировании «новой» неврологии (метанауки) с включением гуманитарной парадигмы смещаются присущие метанауке принципы, возникает закономерный вопрос: что же является базовой наукой – неврология, психиатрия, психология с их разными философиями и методологии науки и с четкими принципами демаркации? В.А.Канке указывает, что «в случае, если философия науки отходит от мета-научной направленности, она неминуемо вырождается в метафизику» [3], что естественно в период постмодерна.

Неврология – прагматическая наука, построенная на естественнонаучной парадигме, и простой перенос в нее гуманистических параметров психиатрии (клинической психопатологии, клинической психодиагностики) недостаточно обоснован, то есть между каузальными концептами и их интерпретациями и телеологическими подходами, связанными с постмодернистскими взглядами в науке, возникают большие разночтения. Можно согласиться с А.В.Юревичем [23] и экстраполировать его высказывание на неврологию, что в психологии существуют две парадигмы – теоретическая и практическая.

Теоретические знания необходимы: без них не может развиваться ни одна дисциплина, но теория, в первую очередь, необходима для практики. Отсюда следует, что практика нужна врачу как практику и ему ближе философия прагматизма. Познавательная ясность прагматизма достигается не впечатлениями, не мыслями, не языковыми играми и даже не попыткой практических действий, а достижением цели, то есть рациональностью как рациональной деятельностью (рациональная цель Ч.Пирса).

Таким образом, с одной стороны, психиатрия была и будет относиться к нейронаукам, в частности, к клиническим нейронаукам, со второй – согласно принципу демаркации философии и методологии науки она будет оставаться самостоятельной наукой, у которой был и будет всегда предмет науки, с третьей – психиатрия будет оставаться своеобразной (смешанной) медицинской наукой, объединяющей обе парадигмы (естественно-научную и гуманистическую/аксиологическую).

Назрели и теоретическая, и практическая необходимость осмыслить и начать правильно интерпретировать и использовать в практике не только всю «корзину» нейронаук, но, в первую очередь, клинических нейронаук (неврологию, психиатрию, клиническую психологию), в том числе их методологические и организационно-правовые составляющие в текущий период. Решение этих задач могли бы взять на себя профессиональные сообщества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Величковский Б.М. Когнитивная наука. Основы психологии познания. В 2-х т. М.: Смысл, 2006. 943 с.
2. Канке В.А. Философия науки: краткий энциклопедический словарь. М.: Омега-Л, 2008. 328 с.
3. Канке В.А. Общая философия науки. М.: Омега-Л, 2009. 354 с.
4. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А., Бурковский Г.В., Бутото Б.Г. Функциональный диагноз в психиатрии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2011. № 1. С. 4–8.
5. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б. Ганнушкина. Т. 13. № 4. С. 9–13.
6. Крылов В.И. Клиническая диагностика психических и поведенческих расстройств: семиотический и логический аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия // Журнал им. П.Б. Ганнушкина. Т. 17. № 3. С. 22–25.
7. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 192 с.
8. Локшина А.Б. Тяжелая деменция: диагностика, ведение пациентов, профилактика осложнений // Российский психиатрический журнал. 2017. № 4. С. 53–60.
9. Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. 2014. № 5. С. 10–17.
10. Макушкин Е.В., Пищикова Л.Е. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (сообщение 2) // Российский психиатрический журнал. 2015. № 1. С. 4–13.
11. Менделевич В.Д. Наркология в зеркале психиатрии // Вопросы наркологии. 2016. № 5–6. С. 123–136.
12. Неврология: национальное руководство / Под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцов, А.Б.Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1040 с.
13. Незнанов Н.Г., Морозов П.В., Мартынихин И.А. «Куда идешь?» // Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б. Ганнушкина. 2011. Т. 13. № 4. С. 2–9.
14. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Скрининговые и базовые психодиагностические методики в диагностике синдрома деменции // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. К 85-летию Юрия Федоровича Полякова. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 14–15 февраля 2013г. М., 2013. С. 43–45.
15. Носачев Г.Н. Клинико-психологический метод: возможности и заблуждения диагностики // Психологические исследования. Сборник научных трудов Самарского ун-та. Самара: Изд-во Самарского ун-та. 2013. Вып. 10. С. 137–153.
16. Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. Отрицание легких расстройств сознания (обнуляция, астеническая спутанность) в неврологии: клиника, компетентность, ответственность // Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания». СПб., 2016. С. 125–128.
17. Носачев Г.Н. Синдром деменции в понимании неврологов и психиатров (методология диагноза). Научный обзор // Российский психиатрический журнал. 2017. № 5. С. 41–48.
18. Носачев Г.Н. Так «куда идешь?» психиатрии или скрытая антипсихиатрия. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. М., 2017. № 3. С. 7–14.
19. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.В.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
20. Савенко Ю.С. Латентные формы антипсихиатрии как главная опасность // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 4. С. 1317.
21. Сиволап Ю.П., Дамулин И.В., Воскресенская О.Н. Травматическое повреждение мозга: неврологические и психопатологические аспекты // Журнал психиатрии и неврологии. 2017. № 9. С. 94–98.
22. Юревич А.В. Психология и методология. М.: ИП РАН, 2005. 272 с.
23. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ., 2010. 272 с.
24. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // World Psychiatry. 2010. N 9. P. 21–28.

ДЕФИЦИТ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН КРИЗИСА ПСИХИАТРИИ

Г.Н. Носачев

Нет сомнений, что современная отечественная психиатрия находится в плохо осознаваемом кризисе, в частности, в результате «экспансии» неврологов в психиатрию.

Цель статьи (дискурса) – привлечь внимание профессиональной общественности клинических нейронаук, в первую очередь психиатров и неврологов, к необходимости институционального дискурса с опорой на философию и методологию науки по междисциплинарным клиническим и социальным вопросам «экспансии» неврологов в психиатрию на примере синдрома деменции. На базе функционального диагноза в психиатрии, включающего в себя биологический (клинический), психологический и социальный, а также с позиций технического семантического и логического подхода разбирается диагностика синдрома

деменций в клинических нейронауках. Подтверждается принцип демаркации психиатрии и неврологии, несмотря на важность и диагностическую ценность междисциплинарного подхода. Обсуждается многогранность современного понятия «деменция», что создает стигматизацию, дискриминацию, диагностическую нечеткость и противоречивость, организационно-правовые трудности и т.д. В качестве положительного примера приводится концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии Е.В.Макушкина и Л.Е.Пищиковой. Решение затронутых задач могли бы взять на себя профессиональные сообщества.

Ключевые слова: кризис, «экспансия» неврологов в психиатрию, дискурс, методология.

LACK OF INSTITUTIONAL COMMUNICATION AS A CAUSE OF CRISIS IN PSYCHIATRY

G.N. Nosachyov

Domestic psychiatry is in obvious crisis, and this crisis is poorly understood. One of the causes of this crisis is enrooted in 'expansion' of neurologists into psychiatry. The goal of this article (discourse) is to draw attention of the clinical neuroscience community – primarily psychiatrists and neurologists - to importance of an institutional discourse based on philosophy and methodology of science, specifically on interdisciplinary clinical and social issues of neurologists' expansion into psychiatry, such as dementia syndrome. The author analyzes the diagnostic procedure for dementia in clinical neurosciences and uses as a starting point functional diagnosis in psychiatry that includes biological (clinical), psychological and social elements, as well as technical semantic and logical approaches.

The author keeps to the principle of delineation between psychiatry and neurology despite importance and diagnostic value of interdisciplinary approach. The author stresses the comprehensive nature of the dementia concept and related to it stigma, discrimination, diagnostic unclarity and inconsistencies, organisational and legal difficulties etc. As a positive example, the author mentions the concept of understanding old age in forensic psychiatry by E.V. Makoushkin and L.E. Pischikova. The author calls on professional community to look for solutions for the mentioned problems.

Key words: crisis, neurologists' expansion into psychiatry, discourse, methodology

Носачев Геннадий Николаевич – профессор, доктор медицинских наук, отделение медицинской психологии и психотерапии клиник Самарского государственного медицинского университета; e-mail: nosachev.g@mail.ru