Философия психиатрии: теоретические достижения и клиническое применение

Dan J. Stein[1], Kris Nielsen[2], Anna Hartford[1], Anne-Marie Gagné-Julien[3], Shane Glackin[4], Karl Friston[5], Mario Maj[6], Peter Zachar[7], Awais Aftab[8]

[1]South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Department of Psychiatry and Neuroscience Institute, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; [2]School of Psychology, Te Herenga Waka-Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand; [3]Centre for Research in Ethics, Canada Research Chair in Epistemic Injustice and Agency, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada; [4]Department of Sociology, Philosophy and Anthropology, University of Exeter, Exeter, UK; [5]Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, Institute of Neurology, University College London, London, UK; [6]Department of Psychiatry, University of Campania "L.Vanvitelli", Naples , Italy; [7]Department of Psychology, Auburn University Montgomery, Montgomery, AL, USA; [8]Department of Psychiatry, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA

Работа на пересечении психиатрии и философии имеет обширную и влиятельную историю, а в последнее время привлекает все больше внимания. Эта работа привела к появлению соответствующих профессиональных ассоциаций и специальной литературы. В этой статье мы провели обзор ключевых достижений в области философии психиатрии, а также осветили их клиническую значимость. Во-первых, в понимании и категоризации психического расстройства теперь учитываются и натуралистский, и нормативистский взгляды, в результате чего формулирование психиатрических конструктов требует рассмотрения как фактов, так и ценностей. На концептуальном уровне этот интегративный подход подталкивает к уходу от строгого сциентизма в сторону мягкого натурализма, а для клинической практики он способствует сочетанию научно обоснованной и ценностно ориентированной психиатрической помощи. Во-вторых, при изучении природы психиатрической науки все больший акцент направлен на плюралистский подход, включающий онтологический, плюрализм объяснений и ценностей. Концептуально плюралистский подход учитывает многоуровневые причинно-следственные связи, что углубляет понимание психопатологии, а клинически он подчеркивает важность широкого спектра вносящих изменения факторов, а также важность «пережитого опыта» и в науке, и в практике. В-третьих, при обсуждении вопросов о мозге и разуме, о взаимодействии соматических и психических факторов в развитии и поддержании психических расстройств, подход воплощенного познания становится все более значим и в концептуальных, и в практических разработках. Рассмотрение мозга и разума как воплощенных, встроенных и энактивных предлагает концептуальный подход к психофизиологической проблеме, способствующий интеграции в клиническую практику достижений как когнитивно-аффективной нейронауки, так и феноменологической психопатологии.

Ключевые слова: Философия психиатрии, натурализм, нормативизм, сциентизм, редукционизм, основанная на ценностях помощь, плюрализм, психофизиологическая проблема, воплощенное познание, энактивизм.

Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*. 2024;23:215–232. doi:10.1002/wps.21194.

Работа на пересечении философии и медицины вносит важный вклад, вынося на обсуждение ключевые метафизические проблемы (например, «Какова природа болезни?»), эпистемологические вопросы (например, «Как определить валидность диагностических концепций?») и этические темы (например, «Как болезнь влияет на индивидуальность?»). Аналогичные вопросы возникают и при пересечении философии и психиатрии. С древних времен имплицитные и эксплицитные ответы на эти вопросы приводили к глубоким переменам в клинической практике. Например, западная философия в лице Аристотеля отвечала на них через призму «золотой середины», в то время как в восточной был разработан подход, подчеркивающий сосуществование концептов *Инь* и *Янь*. Эти же парадигмы использовались для понимания болезни и отклонений в поведении, что оказывало влияние и на клиницистов[1,2].

Развитие науки времен Просвещения привело к появлению новых концептуальных вопросов о медицине и психиатрии. К. Ясперс, по сути, является основоположником философии психиатрии, ведь он не только стал автором ключевого учебника по клинической психиатрии («Общая психопатология»), но и внедрил передовые идеи для улучшения концептуализации и повышения качества изучения психических расстройств[3]. Его подход имел принципиальное влияние на клинические представления и практику в течение многих последующих лет[3]. Рост внимания к таким вопросам в последние десятилетия привел к зарождению профессиональных сообществ и конференций, а также журналов, учебников и книжных серий, посвященных философии психиатрии[5-9].

Во влиятельной литературе подчеркивается, что медицинский специалист должен обладать целым рядом компетенций[10]. В более новых источниках в них также включается «концептуальная компетентность». В медицине концептуальная компетентность подразумевает «гибкое внимание к тому, какими путями фоновые концептуальные предположения клинициста, пациента и общества влияют и преобразуют различные аспекты медицинской помощи»[7]. Эти допущения могут относиться к широкому кругу проблем, включающих концепцию болезни, профессиональные ценности, представления о причинности и психофизиологическую проблему. В данной статье нашей целью было обратить внимание и подчеркнуть важность концептуальной компетентности в психиатрии.

В науках о здоровье востребован доказательный подход, и от обзоров высочайшего качества ожидается строгий подход к синтезу данных литературы[11]. В философии же продолжаются споры не только о признаках «хорошей» философии, но также о том, развивается ли она вообще с течением времени[12,13]. В нашей работе мы сконцентрировались на трех областях, где философия пересекается с психиатрией, иллюстрируя эти области широким спектром концептуальных рассуждений, напрямую относящимся к клиницистам, которые подтверждают, что прогресс действительно присутствует и концептуальные проблемы, если и не решены, то как минимум ясно обозначены.

Начнем мы с поиска ответов на ключевой вопрос о природе и границах психопатологии, ведь это проблема, представляющая собой ядро философии психиатрии. Далее мы перейдем к прояснению вопросов о природе психиатрических конструктов и их объяснений в целом, а также о том, каким именно образом лучше рассуждать непосредственно о взаимоотношениях тела и разума. Описывая существующие достижения и их прикладную значимость, мы утверждаем, что в данном направлении акцент сместился в сторону концепций мягкого натурализма, плюрализма объяснений и воплощенного познания, которые мы и осветим более детально.

ПРИРОДА «РАССТРОЙСТВА» И ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ ФАКТОВ И ЦЕНОСТЕЙ

В конце XX века группа мыслителей, которых зачастую называют неокрепелинистами, считали своими целями покончить с доминированием психоанализа, противодействовать антипсихиатрической критике и встроить психиатрию в общую медицинскую традицию[14]. Для достижения этих целей они обращались к европейской психиатрии конца XIX

века, которая находилась в согласии с остальной медициной, после того как Э. Крепелин предложил свою классификацию психических расстройств, реализованную в традиции естественной науки и основанную на строгом подходе к описанию клиники. Схожим образом неокрепелинисты утверждали, что точное определение диагностических критериев может помочь в поиске конкретных биологических причин психиатрических синдромов и в утверждении психиатрии в качестве полноценной ветви медицины[15,16].

Хотя отдельные идеи R. Spitzer, проектировавшего DSM-III, отличались от взглядов неокрепелинистов, этот подход повлиял на принципы разработки диагностического руководства[17,18]. Более того, достижения психофармакологии 1960-х годов послужили в качестве аргумента в пользу того, что психиатрические расстройства существенно различаются друг от друга, имеют собственные специфические патофизиологические механизмы и поэтому по-разному поддаются терапии. В частности, D. Klein, психофармаколог, чья работа повлияла на разработку DSM-III, выдвинул понятие «фармакологической диссекции». Он утверждал, что ответ на конкретный препарат зависит не только от психического расстройства, но и от отдельного его подтипа. Например, атипичная депрессия лучше поддается лечению ингибиторами моноаминоксидазы[19,20].

Однако в XXI веке взаимоотношения биологической психиатрии и DSM изменились, а биологически ориентированные психиатры стали заметными критиками руководства. T. Insel, будучи директором US National Institute of Mental Health (NIMH, Национальный институт психического здоровья США), являлся олицетворением этих изменений. Он настаивал, что психиатрические расстройства – это расстройства нейронных сетей мозга, а описательная диагностика на основании симптомов, а не лабораторных анализов не соотносится с принципами других областей медицины[21]. Кроме того, он утверждал, что из-за небиологического подхода к категоризации в DSM, использование этих категорий в исследованиях скорее препятствует, чем способствует выявлению причинных механизмов психопатологии. В связи с этим Insel поддержал разработку NIMH критериев Research Domain Criteria (RDoC), которые должны были заменить критерии Research Diagnostic Criteria (RDC), служивших основой для разработки DSM[22], тем самым утвердив трансляционные нейронауки в качестве фундамента для психиатрии[21].

В самом деле, может показаться, что на протяжении всей истории психиатрия металась от модели к модели, в рамках которых концепции психических расстройств различались коренным образом. Примечательно, что в США, прежде чем нейробиологическая перспектива вышла на первый план, многие десятилетия заметно преобладал психоаналитический подход[24]. Не умолкали и тяжелые споры о природе и классификации психических расстройств, что, вероятно, нашло свое яркое отражение в решении исключить гомосексуальность из списка расстройств в DSM[25,26]. Представление о научных парадигмах T.C. Куна имело колоссальное влияние на философию науки, так что и в психиатрии многие предлагали различные смены парадигм[28].

Конфликт различных психиатрических моделей вывел на первый план концептуальные дилеммы. Например, понятие о психических расстройствах как о расстройствах мозга, поддерживаемое как неокрепелинистами, так и приверженцами трансляционной нейронауки, поднимает ряд взаимосвязанных вековых философских проблем, включающих валидность диагностических концепций, взаимосвязь между различными трактовками причин развития психических болезней, а также психофизиологическую проблему[29,30]. Каждая из этих концептуальных проблем имеет важное значение как для клиники, так и для науки, что выражалось в громогласных спорах и между приверженцами психоаналитического и биологического подходов в психиатрии, и между сторонниками внутренней и социальной обусловленности психических болезней, и между теми, кто поддерживает RDoC, и ее критиками. Необходимость решения этих проблем постоянно усиливается с учетом все большей осведомленности о бремени психических расстройств, а также потребности в лучших лечебных вмешательствах.

В данном разделе мы обсуждаем природу психических расстройств, создавая основу, опираясь на которую, мы сможем перейти к остальным ключевым концептуальным рассуждениям далее в статье. Разговор о природе психических расстройств, в свою очередь, поднимает ряд вопросов, каждого из которых мы коснемся. Что является обоснованием того, что конкретный биологический или поведенческий феномен является расстройством? Отражают ли психиатрические классификации природу психопатологии или они отражают наши клинические и общественные интересы? Универсальны ли психические расстройства в своих проявлениях для всех людей или состояние каждого из людей уникально? Каким образом психиатрический диагноз влияет на субъектность человека?

Статус расстройства: натурализм и нормативизм

Если рассматривать этот спор как прямолинейное столкновение двух концепций, натурализм и нормативизм прямо противопоставлены друг другу и отражают диаметрально противоположные взгляды (табл. 1). При изучении аргументов сторон в голову приходит фраза «войны расстройств»[31].

На одной чаше весов находится, *строгий натурализм*: концепция, отражающая взгляд, что «расстройство» может быть описано сугубо языком фактов без привязки к ценностным характеристикам и должно изучаться с помощью методологии, общей для всех естественных наук, как например, в химии или генетике. Многие биологически ориентированные психиатры в конце XX века придерживались этой концепции, утверждая, что психические расстройства вызваны нейробиологической дисфункцией, и воспринимали отличную от нормальной психологию как результат объективного отклонения в функционировании мозга[15,16].

В философии медицины понятие расстройства как состояния отличного от здоровья наиболее ясно было сформулировано C. Boorse. В его интерпретации здоровье – это состояние нормального биологического функционирования, то есть состояния, в котором функции обеспечивают выживание и размножение в характерном для конкретного биологического вида ключе[32]. Boorse был примечательным образом последователен в своих взглядах. Спустя двадцать лет после публикации первых работ он выпустил объемный ответ на критику, а спустя еще почти два десятилетия, на симпозиуме, посвященном его работам, вновь оппонировал своим критикам[34]. И впрямь, утверждалось, что после Boorse философы медицины должны либо придерживаться его теории, либо объяснить, почему они несогласны[35].

На другой чаше весов находится *строгий нормативизм*, в рамках которого утверждается, что не существует какого-либо естественного, объективного набора биологических процессов, которые мы могли бы охарактеризовать как «дисфункциональные», в связи с чем определения расстройств целиком и полностью произрастают из ценностных характеристик. Тем не менее нормативисты расходятся во мнении относительно предполагаемой природы этих ценностных суждений.

K.W.M. Fulford считал, что расстройство по своей сути нормативно, так как является результатом переживания пациентом «состояния болезни», опыта того, что что-то пошло не так, а это зависит от социально или культурно обусловленного понимания отклонения от нормы[36]. Для Fulford ценностная нагрузка болезненного опыта не только объединяет психиатрию с остальной медициной, но также гуманизирует обе области.

Известный критик психиатрии T. Szasz имел иную точку зрения. Он считал, что суждения о расстройствах в психиатрии основаны исключительно на представлении об отклонении от социокультурной нормы и никак не обоснованы с точки зрения биологии. По его мнению, валидные представления о расстройствах могут основываться на строгих натуралистских представлениях о физической болезни в сочетании со строгим нормативистским представлением о психической болезни. Болезнь следует описывать в терминах объективных патологических изменений, а так как состояния, называемые «психическими расстройства-

Таблица 1. Вопросы, обсуждаемые в контексте противопоставления нормативизма и натурализма, и возможные ответы на них

Существует ли биологическое и поведенческое состояние, которое может быть названо дисфункциональным или нарушенным, на основании объективных оценок, независимых от человеческих интересов?
Да, дисфункция может быть описана сугубо в терминах, не связанных с ценностями.Дисфункция не может быть эксплицитно описана с помощью ценностной терминологии, однако оценочный компонент и человеческие интересы играют роль при использовании данного концепта в определенном контексте.Нет. Биологические и поведенческие процессы имеют место, однако их оценка как «дисфункциональных» не является объективным фактом, независимым от человеческих интересов.
Есть ли некая общая сущность у всех дисфункций?
Да. Нарушения группируются на основании общей сущности (например, все они являются поломкой механизма, который должен был осуществлять функцию, выработанную эволюционно).Нет. Дисфункция отражает семейство связанных концепций, то есть не может быть описана единственно верным способом, как не может быть какой-либо общей характеристики присущей всем. Некоторые из этих способов включают ценностный компонент, некоторые – нет.Да. Общность этих явлений заключается в конкретном социально или культурно-обусловленном психологическом суждении о ненормальности.
Необходимо ли наличие «дисфункции» для того, чтобы говорить о расстройстве?
ДаНеобходимо и достаточно.Необходимо, но недостаточно – наличие компонента вреда или затрагивания интересов человека также необходимо.Нет. Расстройство может быть легитимно установлено при отсутствии явного суждения о «дисфункции» (например, на основании биологических или поведенческих закономерностей, «кластерах механистических свойств», и вреда).
Каковы релевантные человеческие интересы?
Различные соображения вреда (например, дистресс, инвалидизация, риск).Различные клинические и научные интересы, которые возникают в различных контекстах.Различные интересы заинтересованных лиц и их ценности.Социокультурные нормы (и отклонение от них).Функциональные нормы самообеспечения и адаптации.

ми», основаны лишь на ценностных суждениях и не несут в себе самого факта наличия объективных патологических изменений, представление о них как о расстройстве или болезни является ошибкой категоризации, мифом. Szasz был убежден, что в связи с тем, что психиатрия основана на подобных ценностных предпосылках, ее легитимность как медицинской дисциплины встает под вопрос.

Тем не менее важно отметить, что те, кто придерживался позиции о ценностном характере концепций расстройств, необязательно отрицают реальность биологического субстрата недуга. Натуралисты и нормативисты могли соглашаться относительно существования физиологических и поведенческих явлений, не соглашаясь при этом в вопросе о характеристике этих состояний как здоровье или расстройство[37]. В философской традиции R. Cooper иллюстрировал это метафорой о маргаритках и сорняках: все мы можем соглашаться, что маргаритка – это отдельный вид, однако не соглашаться, что она является сорняком[38]. Также и исследователи могут соглашаться, что предменструальное дисфорическое расстройство обусловлено биологическими механизмами, однако спорить о том, является ли оно психическим расстройством[39,40].

С точки зрения натуралистов, медицина, в своем теоретическом основании, является такой же научной дисциплиной, как и другие естественные науки, в связи с чем также является субъектом взаимодействия естественных фактов и человеческих интересов[33]. Нормативисты же считают, что концепции расстройств не являются фундаментально научными, а скорее представляют собой клинические и практические концепции. Они основаны на переживании дистресса, бессилия и разрушения привычной жизни, это интерпретируется как то, что что-то пошло не так, и это уже, в свою очередь, приводит к поиску пациентом профессиональной помощи. С точки зрения нормативистов, медицина, по своей сути, – это прикладная деятельность, направленная на уменьшение человеческих страданий и улучшение благополучия[36,41,42].

Спор натуралистов и нормативистов обладает практической значимостью для психиатрии, ведь то, как представители антипсихиатрии, такие как Szasz, используют ценностную основу суждений, ставят под сомнение само определение психического заболевания. Современные критические движения идут еще дальше, изучая, как социальные и культуральные ценности влияют на представление о норме и патологии. В исследованиях нейроразнообразия, например, утверждается, что когнитивные профили, такие как наблюдаются при аутизме, могут приводить к социальной «инвалидизации», однако не являются патологией в своей сущности[43,44]. Так, проект «Mad studies» направлен на сопротивление патологизации разнообразия и заостряет внимание на социальных факторах как причинах дистресса[45,46].

Дихотомические позиции прямолинейны, и в этом является их преимущество. Тем не менее их недостаток в том, что зачастую они воспринимаются через взаимную оппозицию, их различия подчеркиваются, таким образом каждая из позиций определяется через отрицание постулатов другой. Кроме того, важным развитием философии науки было признание роли ценностей в науке, с одной стороны, а с другой – того, что понятие науки вне ценностного подхода не только несостоятельно, но и нежелательно[47]. Например, ценностная оценка влияет на выбор приоритетных научных проблем, способы изучения, как подходят к неопределенности, какой объем доказательств можно считать достаточным, как используются научные данные для обоснования принятия решений в практике. Внедрение ценностей и человеческих интересов в более широкое представление о научной объективности обогатило наше понимание естественных наук.

Строгий натурализм рискует стать сциентизмом, то есть впасть в чрезмерную зависимость от актуального восприятия фактов[48,49], в то время как строгий нормативизм рискует стать релятивизмом, в рамках которого любое состояние, имеющее низкую социокультурную оценку, потенциально может считаться расстройством. В философии то, что было названо «мягким натурализмом», предполагает отказ и от сциентизма, и от релятивизма в пользу признания важности и фактов, и ценностей в науке[50]. В философии психиатрии также был выдвинут ряд предположений о том, как лучше инкорпорировать рассуждения натуралистов и нормативистов в концептуализацию психических расстройств[51].

Особенно влиятельным интегративным направлением является анализ вредоносной дисфункции (harmful dysfunction analysis) J. Wakefield, гибридное направление, в котором комбинируются натурализм и нормативизм в примерно равных пропорциях[52,53]. Первый компонент расстройства – «дисфункция» определяется через внеценностные, эволюционные понятия. Дисфункция обозначает нарушение биологических или психологических механизмах, которое мешает выполнению тех функций, для которых эти механизмы эволюционно развились. Второй компонент – наличие вреда от этой дисфункции для человека. Вредоносность – нормативное понятие и, по мнению Wakefield, в значительной степени обусловлено социальными стандартами. Wakefield применил анализ вредоносной дисфункции к широкому спектру психических расстройств и, как и Boorse, активно участвовал в критическом обсуждении в течение нескольких десятилетий[54].

По Wakefield, например, развитие депрессии как ответа на стрессоры, такие как потеря, – это эволюционно выработанная адаптивная реакция на несчастье, а не дисфункция. Таким образом, в DSM депрессивная реакция ошибочно классифицирована как расстройство. И лишь в случаях, когда наблюдается депрессия, возникшая без видимых причин или не разрешающаяся после исчезновения стрессора, или сопровождающаяся специфическими особенностями (такими как суицидальные мысли, психоз или психомоторная заторможенность), можно обоснованно говорить о том, что механизм, выработанный для регуляции печали, отвечающий на утрату или несчастье, нарушился[55,56].

Одной из новых альтернатив анализу Wakefield является гибридный учет (hybrid account), предложенный J. Tsou. Он определяет психические расстройства как биологические виды (внеценностный компонент) с вредоносными эффектами (нормативный компонент), таким образом минуя рассуждения о том, какие психологические функции нормальны и являются результатом естественного отбора[57]. Вместо этого, опираясь на работы R. Boyd о кластерах характеристик в природе, он утверждает, что истинными биологическими видами («biological kind») являются те, чьи постоянные характеристики являются продуктом взаимодействия четко определенного и стабильного набора биологических механизмов. Это позволяет нам делать выводы и высказывать предположения о диагностических категориях. Эта возможность у нас возникает благодаря тому, что свойства, которые определяют валидные с научной точки зрения виды, возникают вследствие одинакового набора причинных механизмов.

Так, по мнению Tsou, шизофрения – это расстройство, так как предполагает общие причинные механизмы, которые проявляются определяемым кластером свойств с предсказуемой постоянностью (то есть это биологический вид), а также потому что оно снижает возможность человека адекватно функционировать в соответствии с социокультурными стандартами (то есть вредоносна). Тем не менее Tsou причислил бы к расстройствам и нормальную психологическую реакцию на стресс, такую как кратковременная депрессивная реакция, которая характеризуется биологическими механизмами, не выходящими за пределы нормального функционирования. Таким образом, натуралистский критерий принадлежности к биологическому виду достаточно широк, чтобы охватить целый спектр состояний, которые лечат специалисты в области психического здоровья.

Существуют и другие способы преодоления натуралистско-нормативистского раскола[59–64]. Например, Gagné-Julien утверждает, что суждения относительно дисфункции оценочны, но при соблюдении необходимых процедур могут быть социально объективными[64]. Nielsen и Ward утверждают, что ключевым нормативным нарушением при возникновении расстройства является слом тех норм, которые поддерживают личностное функционирование внутри его/ее социального контекста[62]. Они предпринимают попытку «натурализировать нормативность», утверждая, что в контексте психиатрии расстройства влекут за собой мыслительные процессы и поведение, которые противоречат потребностям личности в самообслуживании и адаптации. То есть статус расстройства в большей степени основан на потребностях личности, а не на общественных нормах.

Смягчение строгого натурализма может быть достигнуто признанием того, что ценности и интересы человека играют важную роль в клиническом и научном контекстах. Многие согласятся, что сама концепция расстройства отсылает к таким оценочным понятиям, как беспомощность, вред и страдание[65-67]. L. Reznek, D. Murphy и R. Cooper считают расстройства естественными процессами, которые объединяются исходя из их соответствия человеческим интересам, сродни таким категориям, как «сорняк» или «паразит»[38,68,69]. Подобное смягчение натуралистских концепций расстройства можно считать примерами мягкого натурализма, что подчеркивает сложность и текучесть мира, а также потребность в учете как механизмов обуславливающих болезнь, так и опыт болезни[70].

Взгляд на науку как на явление, подверженное влиянию ценностного фактора, может также внести нюансы в концепцию строгого нормативизма. Так, признание того, что описание расстройства зачастую требует согласования конкурирующих ценностей и что они могут обсуждаться и критиковаться для достижения консенсуса относительно тех ценностей, которые предпочтительны в психиатрии (например, ценности, направленные на процветание человека, благополучие и снижение вреда, а не на его угнетение, как, например, расизм и сексизм)[71,72], может смягчить строгий нормативизм. Примечательно, что Spitzer был открыт к обсуждению ценностей, лежащих в основе DSM-III[73]. Более того, некоторые авторы отстаивали необходимость учета при принятии решений мнения самих пациентов по вопросу «Что же такое психическое расстройство?», чтобы таким образом интересы пациентов учитывались в психиатрических концепциях и классификациях[39,74–81].

Строгий нормативизм может быть смягчен, если принять во внимание то, что широкое научное согласие может быть достигнуто относительно сосуществования и ковариации признаков и симптомов, которые характеризуют психиатрические состояния, рассматриваемые в качестве расстройств. Например, наличие или отсутствие у человека симптомов нервной анорексии может быть выявлено сугубо эмпирически, а нарушение функционирования, ассоциированное с этими расстройствами, может быть замечено любоым наблюдателем, независимо от ценностной природы стандартов, которыми оценивается функционирование. Более того, научное согласие может быть достигнуто относительно вовлечения конкретных нейробиологических процессов в конкретных психиатрических состояниях[82], даже если эти процессы нельзя охарактеризовать как «дисфункциональные» лишь исходя из позиции нейронауки[63].

Все большую роль в концептуализации психических расстройств играют прагматические соображения. Тем не менее при прагматичном подходе чаще фокус смещается в сторону клинических и научных целей, а не в сторону социокультурных норм и ценностей. Например, формулируя понятие практического вида («practical kind»), P. Zachar утверждает, что создание концепций расстройств в DSM и в МКБ можно рассматривать как попытку привести концепции к соответствию множественным целям, таким как повышение надежности, укрепление этиопатогенетической валидности, улучшение коммуникации, выбор подхода к лечению, снижение стигматизации и содействие исследованиям[83].

Преодоление натуралистско-нормативистского раскола позволяет клиницистам сделать важнейшие выводы. В частности, оно предоставляет основу для дополнения доказательного подхода к оказанию помощи подходом, основанным на ценностях. Доказательный подход направлен преимущественно на синтез существующей медицинской литературы, в то время как ценностный берет во внимание важность анализа и учета ценностей пациента. Ценностный подход соответствует модели пациентоцентричной практики, в которой ценности конкретного пациента являются центральным фактором при принятии научно обоснованных клинических решений. Модель Fulford подчеркивает, что ценностно ориентированный подход требует обладания навыками, наиболее важные из которых: внимательность (к ценностям), осведомленность и знание (о ценностях), а также навыки коммуникации[84]. Каждый из этих навыков имеет философское происхождение, но тем не менее является неотъемлемой частью качественной психиатрической практики.

Психиатрическая классификация: борьба с эссенциализмом

Когда мы прямо или косвенно определили класс психических расстройств, набор психопатологических состояний или комплекс психиатрических состояний/психических проблем, мы можем задать следующие вопросы: «Как нам разметить территорию психопатологии?»; «Как нам различать состояния, входящие в класс психических расстройств?»; «Где нам провести черту между расстройством и нормой?».

Философия психиатрии помогла прояснить метафизические и методологические допущения, которые направляют поиск ответов на эти вопросы. Первое метафизическое допущение, распространенное в психиатрических классификациях, – *эссенциализм*. Это представление, что любая категория имеет в своей основе четкую сущность, которой обладают все входящие в нее объекты и которая отличает их от остальных объектов, не входящих в данную категорию. Виды, имеющие сущность, были названы «*естественными видами*» *(«natural kinds»)*, подразумевая, что они отражают структуру реального мира. В контексте психопатологии эссенциалистский взгляд подразумевает, что

суть психических заболеваний познаваема путем научных изысканий, аналогично инфекционным заболеваниям в общей медицине, то есть валидная психиатрическая классификация «режет природу по швам», как выразился Платон[85,86].

Философия биологии и психологии в наше время сфокусировалась на вопросе о том, что за процессы и механизмы являются причиной наблюдаемых феноменов[87–89]. Когда эти процессы и механизмы хорошо изучены, профессионалы зачастую могут использовать их в качестве основы для классификации. Это применимо, например, к классификации инфекционных заболеваний, основанной на выявленном патогене. Тем не менее, когда процессы и механизмы заболевания являются сложными, дименсиональными или мультифакторными, понимание этиологии самой по себе необязательно позволяет создать оптимальную классификацию. В таких случаях, определяя границы и устанавливая пороговые значения, мы опираемся на дополнительные соображения, на то, какого результата мы хотим достичь с этой классификацией. Такой подход применяется во многих областях медицины, однако в психиатрии он наиболее всепроникающий и заметный [90,91].

С несколько упрощенной метафизической точки зрения, можно воспринимать классификацию как нечто, разделяющее естественные виды, практические виды или социальные виды. И если бы психиатрические классификации, такие как DSM и МКБ, выделяли естественные виды, мы бы ожидали, что каждый диагноз является отдельным явлением, которое существует в структуре самого мира, независимо от интересов человека[85,86]. Э. Крепелин, например, был убежден в естественной природе феномена психических заболеваний и кроме этого придерживался взгляда, что патологическая анатомия, этиология и клиническая картина, включая динамику заболевания, в случае такой природы явлений должны сооответствовать друг другу[92].

Предположение, что существует естественная природа психических заболеваний, также было использовано неокрепелинистами и явно направляло разработку DSM-III[93,94]. Более того, крепелинистское понимание конвергенции валидирующих данных было принято и Robins с Guze[95], которые предполагали, что предложенные ими валидирующие данные из клинических описаний, лабораторных находок, динамики заболеваний и семейных исследований будут указывать на общую природу болезненных явлений. Это определило набор направлений для исследовательских программ, направленных на валидацию диагностических конструктов DSM, на следующие несколько десятилетий.

К 1990-м годам стало ясно, что различные данные не всегда согласуются и не позволяют предложить единую идеальную классификацию, которая бы стала психиатрической версией периодической системы химических элементов[96]. Наоборот, данные различной модальности дают возможность по-разному размечать пространство психопатологии[97]. Например, при исследовании шизофрении, семейная отягощенность предполагает «широкую разметку» (шизофренический спектр), в то время как тяжесть исхода – более «узкую разметку» (шизофрения). При таком сценарии эмпирические факты сами по себе не определяют, на основе каких данных строить классификацию. Их выбор зависит также от используемых допущений и целей, которые могут различаться от специалиста к специалисту и от контекста к контексту.

В противовес подходу с использованием понятия естественного вида существует скептический подход, предполагающий, что категории в психиатрических классификациях – социальный вид, практически полностью опирающийся на социальные процессы (то есть строгий социальный конструкционизм). Такая точка зрения разделяется многими критиками психиатрии, которые указывают на очевидное влияние социокультурных факторов на внешнее представление психиатрических состояний, а также на невозможность психиатрических исследований выявить валидные диагностические биомаркеры. Подход с позиции социального вида также подтверждается такими примерами, как «истерия» и «расстройство множественной личности», чья популярность среди клиницистов на разных этапах истории была похожа на взлеты и падения моды. Также растет внимание к тому, что психопатологические феномены подвержены «циклическому эффекту», то есть сам акт классификации меняет поведение классифицируемого индивида, что подтверждает точку зрения социальных конструкционистов[98].

Тем не менее такая точка зрения в ее строгом виде представляется несостоятельной, так как не учитывает, что в исследованиях были установлены взаимосвязи между нейробиологическими процессами и кластерами психиатрических симптомов, хотя эти взаимосвязи не всегда согласуются с отдельными категориями DSM и МКБ. Например, в психиатрических исследованиях были выявлены сотни генетических вариантов, ассоциированных с различными психическими расстройствами, в связи с чем влияние генетики на психопатологию зачастую пересекает диагностические границы DSM[99,100]. Это означает, что связь между генетическими вариантами и психопатологией сложна и трансдиагностична, но не хаотична или вовсе отсутствует[101].

Понятие практических видов предлагает отличную от эссенциалистской точку зрения на естественные виды и согласуется с подходом мягкого натурализма, в котором психиатрическая наука одновременно и научная дисциплина, и социальный процесс. Возможно, никаких «естественных швов» в психопатологии и не существует, однако есть четкие паттерны симптомов и их взаимодействие, что является научным фактом, определяющим рамки для научного подхода к нозологической классификации[102]. Внутри этих рамок диагностические границы, которые мы устанавливаем, зачастую отражают наши практические цели, а пороговые критерии зависят, таким образом, как от научных фактов, так и от ценностей. Практические виды являются удобной эвристической конструкцией, которая позволяет категоризировать нейрофизиологическое и психологическое пространство теми способами, которые позволяют достичь наши научные и клинические цели. Прагматическая природа психиатрической классификации также является следствием истории психиатрической нозологии, которая отражает условный характер современных диагностических конструктов, а также, что классификации могли бы выглядеть совсем иначе, если бы некоторых исторических фигур в психиатрии не существовало или если бы они приняли иные решения[103,104].

Дистанцирование от эссенциалистских допущений о естественных видах в психопатологии позволяет нам в должной степени учесть сложность психических расстройств и дать возможность разметить и смоделировать психиатрические феномены, используя другие подходы. Например, идиографический подход сфокусирован на уникальности каждого психиатрического пациента: как его/ее нарушение психического здоровья возникло из сочетания предрасполагающих факторов, истории развития, жизненного опыта, механизмов психологической защиты и адаптации. Такой подход учитывает широкий круг принципов психобиологического функционирования для формулирования специфического для данного конкретного пациента нарратива. Целью классификации в таком случае является концептуализация состояния.

Невозможность выявить этиологически обоснованные категории для заболеваний повлекла за собой попытки создания психометрической модели психопатологии. Психометрический анализ позволяет заглянуть глубже за внешние проявления, которые возможно измерить или наблюдать, и математически смоделировать латентные или скрытые переменные, которые невозможно увидеть напрямую, но можно найти с помощью статистического анализа. Примером такой исследовательской программы, основанной на количественной статистике, является консорциум Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)[105]. Консорциум предпринял попытку скомбинировать психопатологические признаки и симптомы в гомогенные характеристики, которые путем объединения образуют эмпирически разделяемые синдромы, группирующиеся в спектр (например, «интернализированные» или «экстернализированные»)[106].

Психометрический подход HiTOP стал причиной серьезных споров[107–109]. Во-первых, в клинической практике представляется реальным существование дискретных состояний, которые отвечают на конкретное лечение. Нарколепсия, например, может быть диагностирована с помощью выявления точного биомаркера и эффективно лечится с помощью конкретных препаратов. Во-вторых, дименсиональность и категориальность необязательно должны быть взаимоисключающими. Например, в дименсии экстраверсии возможно установить конкретную точку, с которой начинается тип личности, который можно назвать экстравертом[110,111]. В-третьих, психометрический подход опирается на описательные характеристики, опуская таким образом этиологию, что особенно релевантно с позиции важности общих причинных механизмов для классификации[61].

Другая ветвь философского исследования сфокусирована на использовании операциональных определений, использованных в DSM. В попытке повысить согласованность и упростить психиатрические исследования в DSM начиная с 3-го издания предлагались операциональные критерии для каждого расстройства, включавшие такие детали, как список (относительно специфичных) симптомов, количество имеющихся симптомов, а также промежуток времени, в который они должны сохраняться. Как должна концептуализироваться связь между критериями и самим расстройством? Недостаток прозрачности в этой области приводит и к заблуждению, что операционные критерии определяют само расстройство.

Операциональные определения лишь частично описывают изучаемый феномен, не включая все его детали[112]. В них присутствует некоторая недосказанность, которая становится заметной, когда новые научные вопросы заставляют формулировать концепции с большей точностью. В DSM из операциональных критериев исключены неспецифические симптомы (такие как тревога в структуре депрессии), но эти симптомы – все еще часть описываемого синдрома (например, депрессии). Более того, политетическая природа DSM позволяет многим различным конфигурациям симптомов соответствовать пороговым критериям расстройства, притом что они вряд ли составляют различные расстройства. Наоборот, их следует воспринимать как различные образы, в которых может представать расстройство.

K.S. Kendler описал различия между индексными диагностическими критериями и конститутивными[113]. Когда диагностические критерии определяются как индексные, они считаются подверженными ошибкам вариантами для выявления расстройства. Когда они определяются как конститутивные, симптомы, используемые в качестве критериев, *и есть* расстройство. По Kendler критерии DSM индексные и воспринимать их конститутивными – концептуальная ошибка. Таким образом, например, существует 227 вариантов соответствия критериям DSM для большого депрессивного расстройства, но это лишь различные способы указания на это расстройство, а не 227 его типов[114]. Не существует единственного и универсального верного способа операционализации, скорее наоборот, различные операциональные определения могут быть уточнены и оптимизированы для различных целей.

Обобщая, можно сказать, что современный взгляд на психиатрическую таксономию включает дименсиональность психопатологии (существует несколько отдельных сущностей), концепции из теории сложных динамических систем (относительно стабильные паттерны симптомов могут меняться, неконтролируемо взаимодействуя со множеством факторов), а также аспект воплощенного познания (причинные механизмы на пересечении мозга, тела и окружающей среды). Такой подход к психопатологии не утверждает, что такие категориальные диагностические системы, как DSM или МКБ, не годны или не нужны, а лишь подталкивает нас отпустить эссенциалистские ошибки, которые привели нас к их овеществлению, приписыванию им соответствия объективной реальности, которым они не обладают[115,116].

Каким образом этот взгляд на таксономию относится к клинической практике? Клиницистам следует, учитывая весь объем проделанной работы и значимость нашей нозологии, помнить об их ориентировочной природе и значимых ограничениях[117]. В частности, несмотря на то, что DSM, безусловно, полезна в клинической практике, оно часто критикуется за упрощение психиатрического осмотра и оценки состояния до «галочного» подхода. Клиницисты должны учитывать, что важные особенности психических расстройств могут быть широко описаны в психиатрической литературе, но не перечислены в DSM[118]. Более того, в то время как диагноз может основываться на DSM или МКБ, всеобъемлющее описание требует оценки многих областей, таких как клинические подтипы, тяжесть симптомов и стадийность, когнитивные схемы, средовые факторы риска и защитные факторы[119]. В конце концов, клиническая концептуализация должна подпитывать наше растущее знание о характеристиках психиатрических расстройств с идиографическим пониманием индивидуальности каждого пациента[120].

Психиатрический диагноз и личная агентность

Споры относительно психиатрической таксономии могут в значительной степени влиять на самоидентификацию и самовосприятие[121]. Как было отмечено, критерии DSM не следует воспринимать буквально, считая, что они полностью определяют расстройства, но нередко их воспринимают именно так, и таким образом DSM влияет на восприятие психических расстройств. Существует обеспокоенность чрезмерным объемом этого влияния, особенно учитывая неизбежное игнорирование личностных и контекстуальных факторов в диагностических критериях[121].

В более широком смысле споры о природе и классификации расстройств также влияют на попытки пациентов понять границы между собственной личностью и расстройством. Учитывая, что и психиатрические состояния, и психиатрическое лечение может глубоко влиять на самовосприятие (например, ощущения, желания и чувства), неоднозначность и неопределенность может возникать в отношении границ, где «я» начинается и заканчивается, а также как «я» меняется под влиянием болезни и лечения[122,123]. Ощущение неопределенности на феноменологическом уровне может усугубляться, когда пациенты сталкиваются с расплывчатостью и неопределенностью, связанной с вопросом «А что же такое психическое расстройство?»[123].

Вопросы, затрагивающие пересечение агентности и психического расстройства, также имеют центральное место в обсуждении роли расстройств при оценке моральной ответственности. В то время как в литературе по моральной ответственности часто расстройство трактуется в парадигме освобождения или смягчения ответственности, в последнее время возникает все большее смещение в сторону более тонкой оценки и детального рассмотрения каждого отдельного случая[124]. Эти тренды отражают большее понимание роли личностных и ситуационных факторов, которые влияют на манифестацию психопатологии у конкретного человека. Во многих случаях соответствующие способности к агентности снижены или глубоко нарушены, но тем не менее присутствуют. Например, при зависимости зачастую неправдоподобно говорить о полной невменяемости, учитывая, что аспект собственного и сознательного выбора в определенной степени присутствует. В ряде философских работ изучался вопрос ответственности в контексте психического расстройства[125–127].

В более широком смысле возникает вопрос о том, как различные способы концептуализации психических расстройств влияют на наше отношение к людям с ними. В то время как предполагалось, что более «биологические» концепции расстройств были направлены на уменьшение стигматизирующих представлений в целом, эмпирические данные указывают на намного более сложные взаимодействия[128]. Эти результаты соответствуют теоретическим представлениям о межличностном и социальном ущербе, который возникает в связи с представлением о снижении агентности, что в некоторых случаях приводит к снижению ощущения ответственности, но может одновременно вызывать другие формы неприязни. В действительности эмпири-

ческие исследования продемонстрировали, что в некоторых контекстах биологические концепции могут приводить к намного большей стигматизации в отношении людей с расстройствами[129].

Внимание к влиянию психиатрических диагнозов на самоидентификацию и самовосприятие людей с диагностированными расстройствами отражает представление о том, что люди, пережившие этот опыт, могут внести ценный вклад в разработку психиатрических классификаций. Они смогут лучше оценить возможное влияние смены диагностических критериев на доступ к помощи или на риск стигмы в связи с отдельными проблемами с номенклатурой или смогут лучше выявлять несоответствия между диагностическими критериями и субъективным опытом[39,74–81].

Клиническое применение различных концептуальных подходов к личной агентности и моральной ответственности обсуждалось философами, но эта область требует дальнейшего внимания и изучения[125,126].

ПЛЮРАЛИЗМ В ПСИХИАТРИИ

В философии науки огромное влияние имеют понятия Куна о доминирующих научных парадигмах, которые несоизмеримы, и о революционных сдвигах в этих парадигмах[27]. Вероятно, психиатрия представляет хороший пример того, как различные парадигмы доминируют в различные периоды. Ведь многие критики психиатрии утверждают, что замены одной психиатрической парадигмы другой могут не повлечь за собой ни научного, ни клинического прогресса[130,131].

В то же время Куна критиковали за релятивизм[132]. Кроме того, научные модели вполне сравнимы, и весомые основания для замены одной модели на другую вполне могут существовать. В психиатрии, несмотря на то что важные изменения в теоретических подходах конечно же были, можно утверждать, что современные клинические исследования и практика несут в себе как аспекты психодинамического и нейробиологического подходов, так и концепции из широкого круга других моделей психопатологии. Различные модели могут эффективно комбинироваться, что отражается в появлении нейропсихоанализа и в работах, посвященных нейровизуализационным эффектам психотерапии. Вероятно, именно постепенная интеграция широкого круга валидных моделей привела к развитию психиатрии.

Психопатология, вероятно, обусловлена множеством причин, и похоже, что разные психиатрические модели проливают свет на разные причины. Философы, со времен Аристотеля, обращают внимание на важность множественной причинности и в биологии, и в патологии[1,133]. Ученые-бихевиористы также подчеркивали необходимость выявлять различные причины поведения и психопатологии[134,135]. Ясперс, философ-психиатр, известен за разделение между знанием причинно-следственных объяснений и пониманием значимых связей[3], что можно рассматривать как методологический плюрализм, и этот плюрализм повлиял на многих последующих авторов в философии психиатрии[136].

В современной философии науки продолжались споры о возможности и способе объединения разобщенных объяснений[137]. В 1970-е американский терапевт G. Engel, имевший большой опыт работы с психосоматическими расстройствами, утверждал, что доминирующей моделью болезни является биомедицинская, игнорирующая, таким образом, психологические и социальные компоненты болезни[138]. Он, следовательно, предложил биопсихосоциальную модель, имея целью создание системы, которая могла бы быть использована для исследований, преподавания и клинической практики. Очевидно, что для нас важно избежать как «безмозглой», так и «бездушной» психиатрии[139], держась подальше и от сциентизма, и от культурализма (которые чрезмерно редукционистские по отношению к науке и культуре соответственно)[49,140].

Тем не менее биопсихосоциальная модель также подверглась критике за чрезмерную эклектичность и низкую специфичность[141], а также за отсутствие предложения для концептуализации многоуровневых причинно-следственных взаимодействий[142] или для допущения возможности оптимального отбора причинных механизмов[143]. Более того, практическое использование этой концепции для концептуализации в психиатрии привело к непреднамеренному разделению «биологии», «психологии» и «социума» на онтологически раздельные домены[144]. Таким образом, продолжающиеся попытки понять природу причинных объяснений в науке в целом[145,146] и в психиатрии в частности[147,148] играют ключевую роль.

Явный акцент на плюрализме – это сравнительно новая разработка философии науки[149]. Неудивительно, что философы, считающие этот вопрос важным, не имеют единого мнения в отношении плюрализма. Наоборот, со времен Аристотеля, сквозь работы ранних американских прагматистов[150,151], вплоть до современных философов[152,153], было выделено и развито множество разных «плюрализмов». Далее мы предложим три важных определения плюрализма: *онтологический плюрализм, плюрализм объяснений, плюрализм ценностей*, а также некоторые аспекты их клинического применения.

Различные понятия плюрализма

Первым понятием, которое необходимо рассмотреть, является *онтологический плюрализм*. Как было отмечено ранее, понятие естественных видов отражает принципиальную возможность объективного разделения природы по «швам» на различные сущности[85,154]. Примеры таких естественных видов часто обнаруживаются в физике или химии, очень показательным примером является периодическая таблица химических элементов. Онтологические плюралисты тем не менее утверждают, что существуют различные способы разделения реальности, отражающие различные научные интересы и ценности, и что могут существовать различные валидные способы классификации. Со времен Аристотеля плюралисты часто обращались к биологии. Виды, конечно, могут быть разделены на основе их эволюционной истории, но существует и множество других способов классификации организмов[155,156].

Ранее описанное нами подчеркивает, что психические расстройства не просто естественные виды, проистекающие из эмпирического изучения. В то же время наши представления о психических расстройствах не являются всего лишь условными. Наоборот, они строго обоснованы научными данными, включая работу с широким спектром различных данных, отражающих роль широкого спектра структур и механизмов. Их можно было бы назвать «мягкими естественными видами», хотя они не могут просто быть выявлены с помощью «разрезания природы по швам», и, хотя наши классификации и определения характеризуются ценностной нагрузкой, эти сущности тем не менее инкорпорируют в себя накапливающиеся научные данные о психобиологических структурах, процессах и механизмах[157].

Понятие «мягких естественных видов» может быть применимо в клинике множеством способов. Рассмотрим концепцию «поведенческой зависимости». С позиции неокрепелинистов сваливание в одну кучу расстройств, связанных с употреблением психоактивным веществ, и гейминга с гэмблингом означает, что эти состояния имеют пересекающиеся фенотипические характеристики, а также имеют общие ключевые факторы, например течение расстройства. В реальности же тем не менее ситуация может быть намного более размытой: психобиология алкогольной зависимости, вероятно, значительно отличается от таковой при гэмблинге, учитывая прямое токсическое действие алкоголя на мозг. Тем не менее главным обоснованием для объединения этих состояний вполне может быть точка зрения организации здравоохранения[158].

Также можно рассмотреть границы между расстройством и нормой[159]. Нынешние версии DSM и МКБ явно подчеркивают то, что границы между нормальностью и расстройством расплывчатые и трудноопределимые, а не жесткие и незыблемые. В некоторых других областях медицины биомаркеры могут быть полезны и при принятии клинических решений, и при диагностике, но это не касает-

ся психиатрии. Критики психиатрии могут считать, что психические расстройства являются только лишь результатом консенсуса и что диагностика в психиатрии лишь вопрос «ярлыков». Так или иначе, такая позиция игнорирует сложность реального сочетания психических явлений и симптомов. Психиатрические фенотипы – не элементы в периодической таблице, а скорее комплекс пересекающихся дименсий, а пороговые значения основываются на множестве соображений[160].

Второе понятие – *плюрализм объяснений*. Философы подчеркивают, что наука использует множество моделей для разных частей. В самом деле, модель, или метафора карты, может быть использована для объяснения такого типа плюрализма. Картограф может использовать множество различных карт мира, каждая из которых будет описывать разные аспекты реальности, и каждая из которых может быть полезна для практического применения. Как было отмечено ранее, в философии психиатрии продолжаются споры относительно того, насколько биопсихосоциальная модель, включающая различные аспекты заболеваний, просто эклектика, а насколько предоставляет качественную опору для выявления всей широты причинных механизмов.

Темой большого количества споров в философии науки являются редукционистские объяснения. Долгое время считалось, что феноменология мира может быть организована в соответствии с различными уровнями, начиная с физического, продолжая биологическим и заканчивая социальным. Редукционистский подход пытается объяснить теории более высоких уровней (например, биологические модели) понятиями более низкого уровня (например, физических моделей). Конечно, с научным прогрессом такая межтеоретическая редукция стала возможна: например, мы можем изучить свойства ДНК (которая играет ключевую роль в биологии) на основании ее фактической структуры (то есть ее физико-химических свойств)[161,162].

Плюралисты подчеркивают тем не менее, что такой успех является лишь частью истории науки. Зачастую наука занимается такими феноменами, которые представлены только на более высоких уровнях организации и требуют моделей, которые просто не могут быть упрощены до понятий нижележащего уровня[163–165]. Более того, как подчеркивалось в метафоре о картографии, различные модели реальности могут быть полезны для различных целей. S. Mitchell относительно биологической науки высказался так: «Учитывая множественный характер причинно-следственных путей и историческую роль случайности в биологических феноменах, интеграция возможна… лишь в ограниченном формате… Плюрализм, учитывающий различные модели, может и должен сосуществовать с интегративным подходом при объяснении сложных и многообразных биологических феноменов»[166].

Обсуждение плюрализма зачастую относится к взаимоотношениям между различными «уровнями» объяснений, однако сами «уровни» следует понимать как способы взаимоотношений в организационном (часть – целое), пространственном и временном измерениях[167]. Разделения на медленных и быстрых или на больших или малых выделяют феномены иным образом, нежели чем разделение на более высоких и более низких, соответственно, для формулирования объяснения требуется плюралистский подход[167]. В философии науки и нейронауки продолжаются поиски лучшего способа концептуализации причинных процессов и механизмов, включая причинно-следственные связи на разных уровнях[168–171]. В контексте психиатрии тем не менее важно учитывать сложность психобиологических систем, а также избегать чрезмерно упрощенного нейроредукционизма[75,172,173].

Повторимся, эти философские конструкты имеют практическую применимость. Психиатрическая практика и исследования должны включать широкий спектр дисциплин и методологий. С позиции научного плюрализма в психиатрии Kendler утверждал, что субъективный опыт самого человека и социокультурные факторы играют принципиальную роль в этиологии психических расстройств, таким образом их этиология не может быть познаваема сугубо через изучение базовой биологии мозга[174]. Он предполагает, что плюралистский подход в психиатрии должен стать «лоскутным редукционизмом» и «частичной интеграцией», так как его задача – понять многоуровневые причинно-следственные взаимодействия, которые приводят к развитию психопатологии[174].

Когда мы размышляем о психотропных препаратах, например, мы часто фокусируемся на воздействии на конкретные рецепторы. Однако, несмотря на безусловную важность этого воздействия, такой подход преуменьшает значимость того, как эти вещества влияют на нейронные сети глобально, в итоге меняя поведение. Требуется более плюралистический подход к клинической фармакологии, чтобы детально изучить эти механизмы более высокого уровня. Более того, сложные многоуровневые объяснения, включающие целый спектр участвующих процессов, требуются для объяснения таких высокоуровневых феноменов, как эффекты плацебо и ноцебо, а также молекулярно-социальные взаимодействия, например, влияние серотонинергических антидепрессантов на социальную иерархию. В то время как наибольшее внимание психофармакологии было направлено на низкоуровневые механизмы, такие как эффекты воздействия на рецепторы, плюралистский подход подчеркивает, что когнитивные и феноменологические процессы также могут быть важными психофармакологическими мишенями[175]. Аналогично плюралистский подход может быть применим при изучении причин изменений в ходе психотерапии[176], а также при разработке интегративных моделей психотерапии[177,178].

Третье понятие – *плюрализм ценностей*. Это понятие обычно используется в контексте философии морали, так как подчеркивает существование множества различных моральных ценностей. Тем не менее ценностный плюрализм также широко применим в науке в целом и в психиатрии в частности. В частности, выбор того, как лучше классифицировать и описывать структуры и механизмы реальности, отражает спектр эпистемологических ценностей, а обсуждение научного плюрализма пересекается с дискуссиями о науке и обществе[137]. Различия между DSM-5 и МКБ-11, например, могут отражать не столько разногласия научного характера, а отличия между их наиболее важными целями и ценностями, которые они отражают[179].

Кроме этого, идея, что естественные виды являются отражением совокупности свойств, распространилась и на ценностные конструкты. Например, «здоровье» может обозначать множество связанных характеристик, предположительно связанных с соответствующими биологическими процессами[180]. Тем не менее при взгляде с нормативистских позиций на определение психического расстройства, которое подчеркивает влияние социальных и культурных ценностей, различные общества и культуры могут по-разному понимать психическое расстройство, так как в них могут различаться ценности, отражающие благополучие человека[42].

Философы в области ценностного плюрализма долгое время подчеркивали, что, учитывая разнообразие ценностей, выбор между ними будет сложным. Философ I. Berlin обращал внимание на то, что различные ценности могут быть несовместимы, что соответствует нашему опыту относительно принятия морально-нагруженных решений[181]. Тем не менее это не значит, что выбор, основанный на ценностях, не может быть сделан рациональным способом. Аристотель подчеркивал важность практической мудрости, утверждая, что добродетельный человек успешно принимает правильные решения[182]. Хотя практическая мудрость может частично вовлекать применение общих принципов, Аристотель настаивал на «приоритете частного» при выборе правильного способа действовать[183].

Плюрализм ценностей также имеет множество точек приложения в клинике. Как было отмечено ранее, психиатр-философ K.W.M. Fulford с коллегами утверждали, что доказательная медицина должна быть дополнена ценностно ориентированной медициной[184]. Растущий интерес к вопросу равноправного принятия решений в литературе также подчеркивает важность точки зрения людей с пережитым опытом психического заболевания[185,186]. Более того, цен-

ностный плюрализм подчеркивает важность многих эпистемологических преимуществ, включая эпистемологическую и культурную сдержанность[187].

Инструменты для концептуализации в психиатрии: за рамками редукционизма

Три важные и связанные между собой концепции могут быть применимы для объяснений в психиатрии: *динамическая структура («dynamical constitution»), нисходящая причинность («downward causality») и дуализм восприятия («dual aspectivity»)*[188–191]. Они могут быть использованы в нескольких современных плюралистских подходах и являются важными аспектами подхода воплощенного познания, о котором речь пойдет ниже.

Динамическая структура – это представление о том, что объекты и процессы в малых масштабах изучения могут взаимодействовать таким образом, что с течением времени приводит к образованию объектов, систем и процессов на более крупных масштабах изучения, и что свойства больших объектов возникают как результат взаимодействия их компонентов и процессов[188,190]. *Нисходящая причинность* – это идея, что такие возникающие объекты, системы и процессы на более крупных масштабах изучения могут вовлекать, ограничивать или, наоборот, иметь причинное влияние на объекты меньшего масштаба. *Дуализм восприятия* – идея, что разговор о живых системах всегда должен включать две точки зрения: одна – «тело как объект», натуралистский взгляд или взгляд от третьего лица; вторая – «тело как субъект», персоналистский взгляд или взгляд от первого лица. В соответствии с плюралистским подходом, обе точки зрения направлены на один физический объект, однако им раскрываются разные стороны изучаемой живой системы/личности[189,192].

Таким образом, перечисленные концепции дают возможность понять такие структурно сложные системы, как живые организмы. Организмы состоят из множества частей (например, органов, клеток, рецепторов), и производные свойства, такие как осознанность, возникают в результате сложных взаимодействий между этими частями в конкретном контексте. И части, и весь организм не становятся менее реальными из-за того знания, которое мы приобретаем о частях и о том, как они динамически складываются в разумное существо. Анализ на множестве уровней, согласующийся с парадигмой комплексных систем и плюралистским подходом, – эффективный способ понять, как это существо функционирует и что может пойти не так.

С клинической точки зрения, вышеописанное отражает сложность концептуализации и вмешательств в клинике. Учитывая концепцию динамической структуры, нейробиологические механизмы являются важной частью той основы, на которой строятся поведение, мысли и эмоции. Тем не менее, учитывая нисходящую причинность, эти механизмы не могут считаться первопричинами в наших объяснениях. В противовес мнению неокрепелинистов и чрезмерно редукционистской трансляционной нейронауке, психические расстройства – это не просто расстройства мозга[29,30]. Напротив, ведь такие вмешательства, как психотерапия, влияют как на мозг, так и на разум[193].

Биопсихосоциальная модель продолжает оказывать большое влияние на формирование плюралистского подхода к диагностике и лечению психических расстройств в клинической практике. Несмотря на критику ее недостатков, в том числе отсутствия объяснений рассматриваемых причинно-следственных механизмов, эта модель остается ценной, поскольку она побуждает нас воздерживаться от упрощенной дихотомии при объяснении психиатрической этиологии, такой как: органический и функциональный, биологический и психологический, медицинский и социальный, болезнь и поведенческие изменения[194,195]. Биопсихосоциальная модель служит важным напоминанием, что плюралистский взгляд, включающий широкий спектр «различающих факторов», требуется и клинической науке, и практике[75,117,148].

Ясперс настаивал, что и подлежащие механизмы, и понимание индивидуальных особенностей играют важную роль для всеобъемлющего понимания психических расстройств. Это актуально для клинической практики и по сей день. Медицинские антропологи различают патологию как биомедицинское состояние и болезнь как субъективный опыт страдания от патологии[196]. В связи с этим, работа над тем, что было названо «нейрофеноменология», посвящена попытке интеграции нейронаучного знания с индивидуальным опытом[192,197]. В конце концов, «понимание, основанное на объяснении» – это идея о том, что знание причинных механизмов может усилить признание нами важности личного опыта, что является важнейшим шагом для улучшения клинической практики[198].

ВОПЛОЩЕННОЕ ПОЗНАНИЕ КАК ПРАВДОПОДОБНЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

Психофизиологическая проблема – парадигмальная проблема философии, возникающая на пересечении психиатрии и философии. Философ Р. Декарт часто упоминается в контексте его представления о *дуализме* субстанции (что разум и тело существуют как радикально разнородные субстанции), в связи с чем клиницисты обычно не спешат разделять такую позицию в связи с современными натуралистскими или научными представлениями. В то же время клиницисты обычно не спешат и изучать во время обучения современные представления в такой философски сложной области, в связи с чем могут делать некоторые преждевременные выводы[199].

Существует довольно распространенное мнение, что разум сам по себе бессилен и является «супервентным» побочным эффектом физических процессов в головном мозге. Это представление ложится в нейроцентричную концепцию, например, внутри биологический психиатрии, которая настаивает на необходимости направить основные исследовательские и лечебные усилия на головной мозг. Как отмечалось ранее, хотя мозг очевидно важен для понимания психических функций и психического здоровья, такой подход может критиковаться за нейроредукционизм, не оставляющий шанса для сосуществования таких столь же важных аспектов человеческого функционирования, как опыт, значение, культура и контекст.

Другим распространенным представлением, вдохновленным распространением компьютеров, является идея, что разум – это «программное обеспечение», запущенное на «железе» мозга. Такая *компьюталистская* и *функционалистская* концепция подразумевает, что когнитивное функционирование можно понять как форму обработки информации, где мозг воспринимает сигналы от органов чувств и вычисляет соответствующие ответы. Такое предположение часто можно встретить при объяснении когнитивных искажений и глубинных убеждений в когнитивно-поведенческой терапии. Эти искажения и убеждения выступают в роли «ошибок в программе», влияющих на восприятие объективного мира. Хоть это и наглядная метафора, такой взгляд на вещи несовершенен со многих сторон. Практически невозможно представить интеграцию такого представления в биологическую концепцию, в которой нейроны и поведение сложным образом переплетены. Действительно, такое представление кажется неправдоподобным, ведь живые существа – это не компьютеры с заданными функциями, и такая аналогия может сузить наше поле зрения.

Выходя за пределы супервентности и компьютализма, концепция *воплощенного познания (embodied cognition)* отражает биологически возможную интегративную концепцию отношений разума и тела, учитывающую весь спектр биопсихосоциальных факторов как имеющих потенциал для объяснения психических феноменов[144]. Эта концепция набирает все большее влияние в философии психиатрии в последние годы, но до сих пор не была широко принята клиницистами и пока не обсуждается в образовательных программах. Использование воплощенного познания для понимания связи между разумом и телом – ключевое достижение философии психиатрии.

В приложении к психопатологии понятие *воплощенности (embodiment)* и связанные с ним идеи *встроенности*

(embedment), расширенности (extension) и энактивизма (enactivism), которые будут раскрыты далее, образуют правдоподобную интегративную структуру для исследований и терапии психических расстройств. По нашему мнению, этот подход потенциально может инкорпорировать и взять за свою основу множество современных концептуальных разработок, которые были описаны выше, при этом не вступая в противоречие со многими другими современными теоретическими и методологическими разработками из различных дисциплин. В этом разделе мы, во-первых, дадим определение некоторым ключевым понятиям и проведем обзор разработки концепции воплощенного познания. Затем мы перейдем к обсуждению применения этого подхода для изучения и лечения психических расстройств.

Что такое воплощенное познание?

К *воплощенному познанию* можно отнести разнообразный спектр подходов среди различных дисциплин внутри когнитивной науки, включающий в себя психологию, нейронауки, философию, робототехнику, искусственный интеллект, но не исчерпывающийся ими. Воплощенный подход в когнитивной науке объединен стремлением к уходу от «когнитивистского» или «компьюталистского» взгляда, в рамках которых мозг воспринимается как изолированное «место познания», который принимает сенсорную информацию, воспроизводит окружающий мир и вычисляет соответствующую реакцию. Напротив, воплощенные подходы по-разному видят роль тела и контекста как в состоянии когниций здесь и сейчас, так и в их изменении в процессе развития, таким образом децентрализуя то, как мы пытаемся понимать разум[200]. Вместо представления разума через имплицитную аналогию с компьютером воплощенные подходы представляют разум как сложную живую систему, адаптирующуюся к динамике окружающей ее среды.

Исторически концепция воплощенного познания имеет множество предпосылок. Чаще прочих к ним относят: отказ от традиционного символико-репрезентативного восприятия когниций, которое подразумевает, что воспринимаемый мир – это модель/воспроизведение реальности; интерес к расширению таких минимально репрезентативных «коннективистских» концепций, как нейронные сети; внимание к идеям философов-прагматиков, таких как J. Dewey, о том, как знание формирует взаимодействие с миром; феноменологические открытия таких авторов, как M. Merleau-Ponty, о неотъемлемости тела в структуре опыта и взаимодействия с миром; работы в области психологии развития Ж. Пиаже и других, кто описывал взаимодействие с миром в течение времени; а также вдохновение от успеха теории динамических систем в моделировании поведения сложных систем[201]. Сочетание этих исторических предпосылок привело к возникновению представления о разуме, учитывающее широкий спектр факторов, влияющих на человеческое познание: от генов и молекул до культуры и контекста.

Воплощенные когнитивные науки – неоднородное направление. Даже само слово «воплощенный» можно понимать по-разному в зависимости от контекста. В связи с этим важно уточнить значение, в котором мы используем этот термин. В своем обобщающем обзоре воплощенного познания Shapiro и Spaulding выделяют три пересекающихся, но различных варианта использования термина «воплощенный». Они так определяют эти три значения: *конституциональное, концептуализационное* и *замещающее*[202]. В нашей статье мы используем это слово в конституциональном понимании воплощенности. Тем не менее стоит коротко объяснить смысл всех трех вариантов.

В *замещающем* смысле «воплощенный» подчеркивает необходимость замены наших систем понимания разума на менее репрезентативные и более динамические. Другими словами, развитие способов понимания мозга не как зеркала, где происходит репрезентация мира, а как сущности, взаимодействующей с миром напрямую. Классическим примером является рассуждение о том, как лучше думать о ловле летящего бейсбольного мяча. Вместо того чтобы воспроизводить все окружение и вычислять траекторию мяча, с точки зрения воплощенной и нерепрезентативной концепции, мы реализуем простую визуальную стратегию для того, чтобы убедиться, что мы в оптимальной позиции для ловли мяча[203]. Этот смысл воплощенности, по сути, связан с позицией «радикально энактивного восприятия», которая воспринимает когнитивный процесс без участия репрезентации[204].

Когда термин «воплощенный» используется в значении *концептуализации*, фокус направлен на психологические концепции и процессы, а также на их изменения под влиянием имеющихся у нас тела и опыта. Ключевая идея состоит в том, что наша концептуализация мира отличалась бы, если бы наши тела были бы иными, чем есть. Например, наше мышление в терминах «вверх», метафорически связанном с позитивностью и действием, и «вниз», связанном с депрессией и бездействием, не просто культурная особенность, а глубоко укорененное восприятие, связанное с телесным опытом и деятельностью[205]. Накапливающиеся поведенческие и нейробиологические данные подтверждают идеи о том, что: а) существует значительное пересечение в нейронных процессах, вовлеченных в сенсомоторную координацию, и вовлеченных в так называемую «высшую» нервную и социальную деятельность; и б) такое пересечение значит, что «высшая» нервная деятельность не изолирована в мозге, а связана с телесным и сенсомоторным контекстом, то есть текущей позой, действием и внутренним физиологическим состоянием[206,207].

При использовании в *конституциональном* значении, как в нашем случае, «воплощенный» подразумевает, что психические процессы стоит воспринимать не как сформированные только мозгом, а скорее как возникающие в результате взаимодействия мозга и тела, то есть одной расширенной системы. Разум возникает не в результате попытки мозга воспроизвести мир, а скорее в результате того, что весь организм перемещается, адаптируется и осознает мир[197,205,208–211]. С этой точки зрения, например, выделение кортизола и адреналина из надпочечников в ответ на острый стресс – не просто событие, происходящее на одном уровне, влияющее на когнитивные функции, находящиеся на более высоком уровне, а *часть* единого включающего тело когнитивно-аффективного ответа на угрозу. Таким образом, процессы формирования эмоций, выходящие за границы мозга и вновь в него входящие, включают многие интероцептивные компоненты[207,212]. Воплощенность в этом понимании включает идеи динамической конституции, нисходящую причинность и дуализм восприятия, обсужденные ранее.

Теперь, после разъяснения значения *воплощенности (embodiment)*, было бы полезно дать определения некоторым другим связанным идеям, особенно *встроенности (embedment), расширенности (extension) и энактивизму (enactivism)*. Эти концепции вместе с воплощенностью часто обсуждаются под зонтичным термином «4E». Иногда говорят и о «5E», как правило, добавляя *эмоции (emotion)*.

Встроенность подразумевает, что когнитивное функционирование включает постоянное взаимодействие со средой в разных временных масштабах. Следовательно, для того, чтобы понять познание, необходимо учитывать роль контекста. При размышлении о человеческом функционировании внешняя среда также рассматривается не просто как физическое окружение, но и как социокультурное, сформированное окружающими, их артефактами и общими смысловыми структурами[213]. Встроенность подчеркивает одновременно и глубокую подверженность людей влиянию окружающей среды, и их собственное влияние на нее во временных масштабах эволюционных изменений, социокультурного развития, обучения в течение жизни и восприятия здесь и сейчас. Даже самая абстрактная и интеллектуальная деятельность, такая как математика, требует глубоко воплощенного и встроенного набора навыков[195,205].

Расширение – идея, во многом схожая со встроенностью, но представляющая собой более радикальное заявление. Согласно этой концепции когнитивные процессы можно понять лучше, если принять, что они выходят за рамки тела и замыкаются через внешний мир[213]. Продолжая пример с математикой, калькулятор является не просто поддержкой

для когнитивных процессов индивида, а становится частью когнитивного процесса. В известном мысленном эксперименте Clark и Chalmers сравнивают Ингу, которая ориентируется по памяти, с Отто, который, в связи с болезнью Альцгеймера, полагается на записанные в записной книжке указания. Учитывая, что единственная разница между этими случаями в том, что процесс навигации в одном из них происходит полностью в мозге Инги, а в случае Отто – частично за его пределами, авторы утверждают, что ограничение познания до того, что происходит внутри черепа, весьма условно[214].

Идея *энактивизма* формируется из сочетания *воплощенности* и *расширения*. Его можно объяснить разными способами, расставляя акценты в разных местах, но мы сфокусируемся на *аутопоэтическом энактивизме*[215]. «Аутопоэтический» – это, простыми словами, «создающий себя сам». Соответственно, в рамках аутопоэтического энактивизма акцент сделан на том, что осознанность появляется или, вернее, вводится, «энактивируется», через организационные структуры организмов и их усилия по постоянному поддержанию включенности в контекст их окружающей среды. Энактивная точка зрения подразумевает, что формы жизни меняются в процессе эволюции в попытке выжить и эта цель создает необходимую основу для появления относительного *смысла*. С целью выживания организмам требуется научиться искать еду, избегать хищников и так далее, в зависимости от того, что преподносит мир[216]. Познание – *смыслообразующий*, постоянно разворачивающийся процесс, который включает тело, и действие и является по своей сути относительным и аффективным/движимым смыслом. Таким образом, познание – это не линейный процесс из ощущения-восприятия-познания-действия, а циклический процесс сенсомоторной вовлеченности. Мозг не получает и перерабатывает информацию для моделирования мира, как предполагается в нейроцентричной концепции, а скорее является органом координации, обучения и влияния внутри этого сенсомоторного цикла, что позволяет существовать более сложным вариантам смыслообразования и деятельности в мире[189,217].

В целом, воплощенная/4E модель познания представляет недуалистическое восприятие разума, что представляется правдоподобным биологически и не становится жертвой редукционистского соблазна. Восприятие человеческого функционирования в этой концепции сохраняет возможность агентности, при этом учитывая многообразие влияний, которые влияют на здоровье и поведение людей: от генов до культуры. Таким образом, это интегративный подход, требующий анализа как настоящего состояния, так и истории всей системы мозг-тело-среда, если мы хотим понять паттерны человеческого поведения и познания. Этот подход соответствует координированному плюрализму[218], а вероятно, даже и интегративному плюрализму[219] и ведет к предположению, что учет психических расстройств, основанный на концепции воплощенного/4E познания, может предоставить возможность решить «проблему интеграции» в психиатрии. Эта проблема заключается в том, что мы выявили причинные факторы в мозге, в теле и в среде, но не можем концептуализировать, как все они вместе влияют на паттерн расстройства[220].

Клиническое применение воплощенного/ 4E познания

Некоторые концепции, основанные на воплощенном/4E подходе, применялись для психических расстройств в целом[189,191,220,221]. В рамках этих концепций психические расстройства рассматриваются как *нарушение смыслообразования*, что согласуется с попытками преодолеть натуриалистско-нормативистскую дихотомию с акцентом на контекстуальной адаптации индивида, что соответствует мягкому натурализму[62,222]. В этих концепциях также разделяется идея, что воплощенное/4E познание служит интегративной моделью для концептуализации, исследований и лечения психических расстройств с акцентом на мультидисциплинарных и плюралистских подходах. В дополнение к этому ранее предпринимались и некоторые попытки разработать описательные и объяснительные модели конкретных психических расстройств с позиции воплощенного/4E подхода[223–228].

Фокус на воплощенном познании создает представление о психических расстройствах как о *конституционально сложных*, включающих биологические, когнитивно-эмоциональные, средовые и социокультурные аспекты. Такое направление подчеркивает важность как *биологии*, так и *агентности*, признавая важность исследований биологического уровня, но не сводя к нулю объяснительную важность человеческого опыта и выбора. В это также встраиваются и представления о динамической конституции и нисходящей причинности, позволяющие разрушить дихотомию разума и тела, а также соответствующие понятию о психических расстройствах как о кластерах размытых механистических свойств[229].

Через понятие воплощенности эти концепции подчеркивают актуальную и историческую роль физической и социокультурной сред. В развитии всех живых существ, а в особенности людей, играют важную роль исторические и экологические факторы. Считается, что благодаря изменениям, полученным в процессе эволюции, социокультурного прошлого и развития в целом, мы стремимся к адаптации к настоящему контексту и предполагаемому будущему[207,212]. Применительно к психиатрии это позволяет взаимно интегрировать эволюционную психиатрию[230], культурную психиатрию[196,231] и психиатрию развития[232].

В воплощенной модели тем не менее культура рассматривается не только как историческая сила, которая оказывает влияние в процессе развития, но также и как живой контекст. С этой «конституциональной точки зрения», культура представляется в виде «общего мира» или структуры знаний, смыслов и артефактов, обусловленных текущими процессами[212]. Такой общий мир отражает исторический контекст индивидуального развития, а также то, как индивид вкладывает смысл в мир. Кроме того, этот мир продолжает играть роль во взаимодействии индивидов здесь и сейчас, в том числе в условиях клинической практики. Воплощенность, таким образом, подталкивает клиницистов внимательнее относиться к роли культуры в жизни и истории своих пациентов, а также во взаимодействии между клиницистом и пациентом.

Через понятие энактивизма, эти модели *процессуально ориентированы*, то есть психические расстройства рассматриваются не столько как статичные проблемы/дисфункции в мозге или психике, сколько постоянно происходящие процессы осмысления и взаимодействия с миром. Именно посредством взаимодействия со своей специфической средой и ее конкретными возможностями, мыслящие существа открывают и создают для себя новые смыслы. Психические расстройства возникает скорее в цикле взаимодействий пациента и мира в качества дезадаптивного паттерна смыслообразования, а не являются просто следствием «когнитивной ошибки» или «психического неблагополучия»[191].

Такая процессуальная ориентированность хорошо согласуется с фокусом нейронауки и вычислительной психиатрии на *активных умозаключениях (active inference)*, в которых модель предсказательных процессов описывает, как организмы реализуют вероятностные вычисления окружающей их среды для лучшей адаптации. Действительно, некоторые авторы предлагали лучшие варианты интеграции этих моделей в воплощенные/4E подходы, замечая, что мозг и разум, включая интероцептивные компоненты, вовлечены в воплощенный предсказательный процесс, направленный на поддержание энактивного взаимодействия со средой[206,233,234]. В своих воплощенных/4E концепциях Friston et al. предлагают термин *энактивных умозаключений (enactive inference)*[235]. Их модель объединяет репрезентативный и нерепрезентативный подходы[236], осуществляя плюралистический, хотя в то же время формальный и механистический учет многих психиатрических состояний, часто с фокусом непосредственно на интероцепции и телесных состояниях[237,238].

В условиях клиники, где центральная роль в энактивистском подходе отводится возможностям и аффективности,

процессуальная ориентированность рифмуется с психотерапевтическими подходами, в которых внимание пациента направляется на ранние дезадаптивные схемы и текущую динамику эмоций для обучения навыками управления ими[239,240], что есть, по сути, упражнение по осмыслению смыслообразования[191]. Кроме этого, с энактивистской точки зрения, терапевтические вмешательства в психиатрии направлены на повышение соответствия человека его/ее окружающей среде. Это влечет за собой интеграцию с социальной психиатрией и терапевтическими вмешательствами, сфокусированными на внешней среде.

Поучительным примером клинической применимости воплощенного/4E подхода может служить работа Tschacher и коллег по шизофрении[225]. Авторы указывают, что сенсомоторная дисфункция, приводящая к изменению скорости обработки стимулов и нарушению оценки внешней среды, тесно связана с психотическими симптомами. Они утверждают, таким образом, что проблемы в социальном функционировании можно считать расстройствами воплощенной коммуникации. Подводя итог, на основании этих данных они предлагают новые лечебные стратегии с использованием телесно ориентированных вмешательств. Повторимся, воплощенный/4E подход теоретически может позволить интегрировать биологический и феноменологический подходы, а также может использоваться в клиническом контексте.

В завершение можно привести клинический пример, иллюстрирующий воплощенный/4E подход применительно к зависимости[227]. Зависимость воплощена, то есть влияние психоактивных веществ на нейробиологические механизмы меняет психическую активность, тело само по себе изменяется в сторону нездоровья и подкрепления употребления, а привычное поведение играет важную роль в поведении, связанном с психоактивными веществами. Зависимость встроена/расширена, то есть зависимое поведение как обусловлено окружающей средой, так и влияет на нее, а также сформировано индивидуальной историей процессов обучения. Наконец, зависимость энактивна, то есть, у человека с зависимостью изменены воспринимаемый опыт и взаимодействие с миром в сторону, противоположную его/ее ценностям, так как человек действует в конкретном негибком ключе, пытаясь удовлетворить свои потребности. В этом подходе нейрональная в узком смысле модель заменяется представлением о зависимости как об одновременно нейрально и внешне обусловленном состоянии, но также с учетом того, как употребление психоактивных веществ меняет мир человека, нарушая его/ее самостоятельность и жизненный опыт.

У данного подхода есть несколько преимуществ. Во-первых, он позволяет интегрировать нейробиологические аспекты зависимости с аспектами жизненного опыта. Во-вторых, дихотомия восприятия зависимости как болезни или как личного выбора – ключевая проблема в философии этого состояния – может выглядеть как чрезмерно упрощенная ложная дихотомия[241,242]. В-третьих, этот подход позволяет переосмыслить стратегии к восстановлению, а именно предоставляет способ оценки того, как человек с зависимостью может менять свой жизненный опыт, меняя окружение, и ее возможности, что и приведет к перемене в динамическом взаимодействии биологии мозга, интероцепции и окружающего контекста.

ОБСУЖДЕНИЕ

Психиатрия – это, по своей сути, концептуально сложная и нагруженная область. Тем не менее возможность поразмыслить над концепциями, косвенно влияющими на психиатрическую практику, нечасто представляется как практикующим врачам, так и ординаторам. При этом множество негласных допущений – о природе психических расстройств, диагностических категориях, причинных объяснениях и разуме – влияет на повседневное взаимодействие с психиатрической таксономией, клиническую оценку и диагностику, а также на обсуждение с пациентами их состояния и лечения. Эти негласные допущения тем не менее глубоко изучены философами психиатрии, а мы, в свою очередь, описали ключевые достижения в этой области и их клиническое применение.

Концептуализация и категоризация психического расстройства, как в натуралистском, так и в нормативистском ключах одинаково важны, и в этой области растет принятие таких работ, которые учитывают как факты, так и ценности. На концептуальном уровне это приводит к движению от строгого сциентизма к мягкому натурализму, позиции, которая охватывает и психобиологические механизмы, и личную агентность. В клинической практике объединение натурализма и нормативизма способствует уходу от материалистичного восприятия расстройств в сторону одинаково всеобъемлющего и индивидуализированного отношения к пациентам. Внимание к важности и фактов, и ценностей может способствовать становлению психиатрической помощи, основанной одновременно и на доказательствах, и на ценностях.

При рассмотрении природы психиатрической науки растет внимание к плюралистскому подходу, включающему онтологический плюрализм, плюрализм ценностей и объяснений. Концептуально это включает многоуровневые причинно-следственные взаимодействия, которые углубляют изучение психопатологии и, согласуясь с ранним плюралистским подходом Ясперса, объединяют объяснение поведения и понимание индивидуальности, что поддерживается многими философами[50]. Клинически этот подход подчеркивает важность как широкого спектра «влияющих на различия» явлений, так и рассмотрение «пережитого опыта» в науке и практике.

Концептуальная и эмпирическая работа в области воплощенного познания приобретает все большее значение при изучении многих вопросов о разуме и мозге и о соматических и психических факторах, играющих ключевую роль в психических расстройствах. Восприятие разума и мозга как воплощенного, встроенного и энактивного позволяет интегрировать достижения как когнитивно-аффективной нейронауки и феноменологической психопатологии, так и широкого круга других дисциплин. Работа в области воплощенного познания в настоящий момент приобретает все большее значение и влияние в процессе переосмысления психического здоровья и психических расстройств[189,191,220,221].

Концепция считается состоятельной при наличии нескольких элементов, включающих эксплицитные концептуальные предположения, разработка философского словаря, близость к схожим концептам, а также сохранение уровня «концептуальной скромности»[7]. Эти элементы были отражены в данной работе, но тут мы бы хотели подчеркнуть именно значимость эпистемологической скромности. Например, философия нозологии учит нас, что, несмотря на огромный объем работы, которая была проведена для улучшения классификаций, они остаются ориентировочными, и следует всячески избегать овеществления предлагаемых в них элементов.

Аналогичные рассуждения справедливы и в отношении наших попыток развить философию психиатрии. Мы начали с утверждения о том, что прогресс в философии спорен и мы остерегаемся ожидать многого. Некоторые из проблем в философии психиатрии возникли в древние времена, а некоторые используемые идеи выглядят «спорными по своей сути»: существует множество противоборствующих направлений, и продолжающиеся обсуждения и споры вокруг них имеют место по праву[243]. В частности, это применимо к концепции болезни, которая, вероятно, неразрешимо запутана[31,244]. Тем не менее задача философии состоит не столько в том, чтобы полностью разрешить все споры или стереть разногласия, сколько в том, чтобы внятно сформулировать и понять обсуждаемые вопросы. Можно сказать, что некоторый прогресс все же был достигнут, так как обсуждаемые проблемы в теоретических работах были сформулированы более строго, а в практическом клиническом контексте были рассмотрены более тщательно.

Некоторые ограничения используемого подхода стоит отдельно подчеркнуть. Во-первых, мы обобщили утверждения и выводы из литературы, но не пытались защитить какую-либо конкретную позицию. В связи с этим мы не

уделили внимания текущим работам и ключевым вариантам некоторых положений, которые были упомянуты, а также важным критическим оценкам этих положений[50,245–248]. Ключевые конструкты, используемые в работе, включая мягкий натурализм, плюрализм и воплощенное познание, заслуживают намного большего внимания.

Во-вторых, хоть мы и наметили некоторые связи между рассматриваемыми конструктами (мягкий натурализм, плюрализм и воплощенное познание), на наш взгляд, в отношении этих связей возможна намного более глубокая работа. В максимально широком смысле, часть работы над этими конструктами может позволить в некоторой степени сблизить аналитическую и континентальную философию[249]. В более узком смысле, мы считаем, что также возможно связать идеи ключевых философов, которые высказывались по этим вопросам (включая J. Dewey, который предвосхитил появление понятия воплощенного познания[250], W. Sellars, который противопоставил научный и проявляющийся в действительности образ[251], и H. Putnam, который работал над преодолением разрыва факта и ценности[252]), а также связать работы из области когнитивно-аффективной нейронауки и феноменологической психопатологии[192,253].

В-третьих, мы выборочно рассматривали прогресс в области, опуская огромные пласты работ по философии психиатрии, многие из которых посвящены этике (которая станет темой другого грядущего Форума в этом журнале), и потенциально преуменьшили спектр авторов и достижений. Также мы детально не освещали вопросы философии отдельных психиатрическим симптомов или расстройств, несмотря на огромный объем литературы, посвященный целому ряду психиатрических состояний. Ширина и глубина работы как античных, так и современных философов, которые обсуждали вопросы, поднятые в нашей работе, невероятна, в связи с чем мы рекомендуем читателям погрузиться в них глубже.

Важный метавопрос состоит в том, в какой степени была проведена работа в отношении когнитивной науки, философии и психиатрии. В рамках концепции воплощенного познания предполагается, например, что, когда мы размышляем о таких категориях, как психические расстройства, мы скорее склонны придавать существенное значение нашим концепциям, вместо того чтобы обращать внимание на то, насколько мы зависим от воплощенных метафор[60,254]. Возможно, мы таким образом сталкиваемся с вполне конкретными трудностями в попытке избежать ловушки редукционизма и овеществления и при формулировании и работе с такими расплывчатыми конструктами, как объединение натурализма и нормативизма.

Ряд ключевых тем был затронут в разных частях этой статьи. Мы выделим три из них. Первой ключевой темой была интеграция. Мы обсудили интеграцию элементов натурализма и нормативизма; помощи, основанной на доказательствах, и помощи, основанной на ценностях; научного знания и пережитого опыта; психобиологических механизмов и личной агентности. Далее мы подчеркнули потенциальную ценность воплощенного/4E подхода в интеграции ряда дисциплин, изучающих мозг и разум, включая когнитивно-аффективную нейронауку, психопатологию развития и социальную психиатрию.

Связана с этим была и тема «баланса». Наше понятие психических расстройств должно избегать полюсов сциентизма и релятивизма; наши объяснения должны избегать как нейроредукционизма, так и культурализма; в нашем подходе к психофизиологической проблеме следует избегать как «безмозглой», так и «бездушной» психиатрии[139]. Во введении мы упомянули понятие Аристотеля о «золотой середине», и акцент на балансе *Инь* и *Янь*, существующий в китайской философии. Сбалансированный подход, способный рассудительно взвесить всю широту общего и частного, однозначно находится в самом сердце качественной клинической практики[255].

Финальной темой была сложность. Мы заявили о важности избегания эссенциализма и редукционизма в психиатрии, а также о том, что клиническая оценка требует шагнуть далеко за пределы диагностических критериев, чтобы учесть всю широту доменов и понять каждого пациента как уникальную личность. Хотя монокаузальные модели заболеваний (например, нейросифилис, вызванный *Treponema pallidum*) были полезны, современная психиатрия требует координированного[218] или интегративного плюрализма. Воплощенный/4E подход подчеркивает сложность динамического взаимодействия живого существа с окружающей его/ее средой в течение времени. Сложность мозга, разума и клинических состояний – ключевая причина, по которой мечте о простой смене парадигм в психиатрии не суждено сбыться. Наоборот, как философия является любовью к мудрости, так требуется и развитие «мудрой психиатрии».

Философские источники, представленные здесь, могут быть полезны для понимания степени, в которой психиатрия осуществила прогресс, существующий баланс успехов и провалов и наши будущие стремления. По нашему представлению неоспоримо то, что философия сыграла ключевую роль в психиатрии, будь то явно или косвенно, и это продолжится в будущем. Мы всегда надеемся, что работа в области философии психиатрии будет способствовать концептуальной осведомленности клиницистов. Делая неявное явным, философский анализ может помочь выявить последствия, ограничения, противоречия и даже абсурдность, которые потенциально таятся в общепринятых идеях и убеждениях. Мы надеемся, в будущем эти успехи философии психиатрии возымеют положительное влияние на клинику, способствуют интеграции, балансу и мудрости в психиатрической практике.

Перевод: Северцев Всеволод Владиславович, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Pearson G. Aristotle on psychopathology. In: Kontos P (ed). Evil in Aristotle. Cambridge: Cambridge University Press, 2018:122-49.
2. McLeod A. The dao of madness: mental illness and self-c ultivation in early Chinese philosophy and medicine. Oxford: Oxford University Press, 2021.
3. Schwartz MA, Mokalewicz M, Wiggins OP. Karl Jaspers: the icon of modern psychiatry. Isr J Psychiatry Relat Sci 2017;54:4-7.
4. McHugh PR, Slavney PR. The perspectives of psychiatry, 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
5. Fulford KWM, Thornton T, Graham G et al (eds). The Oxford textbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2006.
6. Sadler J, van Staden W, Fulford KWM (eds). The Oxford handbook of psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press, 2015.
7. Aftab A, Waterman GS. Conceptual competence in psychiatry: recommendations for education and training. Acad Psychiatry 2021;45:203-9.
8. Tekin Ş, Bluhm R (eds). The Bloomsbury companion to philosophy of psychiatry. London: Bloomsbury Academic, 2022.
9. Wilkinson S. Philosophy of psychiatry: a contemporary introduction. Oxon: Routledge, 2023.
10. Sidhu NS, Allen KJ, Civil N et al. Competency domains of educators in medical, nursing, and health sciences education: an integrative review. Med Teacher 2023;45:219-28.
11. Barry ES, Merkebu J, Varpio L. State-o f-the-a rt literature review methodology: six-step approach for knowledge synthesis. Perspect Med Educ 2022;11:1-8.
12. Blackford R, Broderick D (eds). Philosophy's future: the problem of philosophical progress. London: Wiley, 2017.
13. Williamson T. The philosophy of philosophy, 2nd ed. London: Wiley, 2021.
14. Klerman G. The evolution of a psychiatric nosology. In: Shershow JC (ed). Schizophrenia: science and practice. Cambridge: Harvard University Press, 1978:99-121.
15. Andreasen NC. The broken brain: the biological revolution in psychiatry. New York: Harper & Row, 1985.
16. Guze SB. Why psychiatry is a branch of medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.
17. Wakefield JC. Klerman's "credo" reconsidered: neo-K raepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past. World Psychiatry 2022;21:4-25.

18. Decker HS. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo- Kraepelinians? – from Emil Kraepelin to DSM-III. Hist Psychiatry 2007;18:33760.
19. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. Psychopharmacologia 1964;5:397-408.
20. Quitkin F, Rifkin A, Klein DF. Monoamine oxidase inhibitors: a review of antidepressant effectiveness. Arch Gen Psychiatry 1979;36:749-60.
21. Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. JAMA 2005;294:2221-4.
22. Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. Am J Psychiatry 2010;167:134-42.
23. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC Med 2013;11:126.
24. Luhrmann TM. Of two minds: an anthropologist looks at American psychiatry. New York: Vintage Books, 2001.
25. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. Princeton: Princeton University Press, 1987.
26. Zachar P, Kendler KS. The removal of pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. Philos Ethics Humanit Med 2012;7:4.
27. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
28. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. World Psychiatry 2022;21:393-414.
29. Maj M. Mental disorders as "brain diseases" and Jaspers' legacy. World Psychiatry 2013;12:1-3.
30. Jefferson A. Are mental disorders brain disorders? Oxon: Routledge, 2022.
31. Bortolotti L. Doctors without 'disorders'. Aristot Soc 2020;94:163-84.
32. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philos Sci 1977;44:542-73.
33. Boorse C. A rebuttal on health. In: Humber JM, Almeder RF (eds). What is disease? Totowa: Humana Press, 1997:1-134.
34. Boorse C. A second rebuttal on health. J Med Philos 2014;39:683-724.
35. Schramme T. Christopher Boorse and the philosophy of medicine. J Med Philos 2014;39:565-71.
36. Fulford KWM. Moral theory and medical practice. Cambridge: Cambridge Uni versity Press, 1990.
37. Glackin SN. Grounded disease: constructing the social from the biological in medicine. Philos Quart 2019;69:258-76.
38. Cooper R. What is wrong with the DSM? Hist Psychiatry 2004;15:5-25.
39. Gagné- Julien AM. Wrongful medicalization and epistemic injustice in psychiatry: the case of premenstrual dysphoric disorder. EuJAP 2021;17:5-36.
40. Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-f ocused approach. Psychol Med 2021;51:894-901.
41. Pellegrino E, Thomasma D. A philosophical basis of medical practice: towards a philosophy and ethic of the healing professions. Oxford: Oxford University Press, 1981.
42. Glackin SN. Three Aristotelian accounts of disease and disability. J Appl Philos 2016;33:311-26.
43. Rosqvist H, Chown N, Stenning A. Neurodiversity studies: a new critical paradigm. Oxon: Routledge, 2020.
44. Chapman R. Neurodiversity and the social ecology of mental functions. Perspect Psychol Sci 2021;16:1360-72.
45. LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G (eds). Mad matters: a critical reader in Canadian mad studies. Toronto: Canadian Scholars' Press, 2013.
46. Beresford P, Russo J (eds). The Routledge international handbook of mad studies. Oxon: Routledge, 2022.
47. Longino HE. Science as social knowledge: values and objectivity in scientific inquiry. Princeton: Princeton University Press, 1990.
48. Boudry M, Pigliucci M. Science unlimited? The challenges of scientism. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
49. de Ridder J, Peels R, van Woudenberg R. Scientism: prospects and problems. Oxford: Oxford University Press, 2018.
50. De Caro M, Macarthur D (eds). The Routledge handbook of liberal naturalism. Oxon: Routledge, 2022.
51. Amoretti MC, Lalumera E. Wherein is the concept of disease normative? From weak normativity to value-conscious naturalism. Med Health Care Philos 2022; 25:47-60.
52. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. Psychol Rev 1992;99:232-47.
53. Spitzer RL. Harmful dysfunction and the DSM definition of mental disorder. J Abnorm Psychol 1999;10:430-2.
54. Faucher L, Forest D. Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics. Cambridge: MIT Press, 2021.
55. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
56. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. World Psychiatry 2014;13:317-9.
57. Tsou JY. Philosophy of psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
58. Boyd R. Homeostasis, species, and higher taxa. In: Wilson R (ed). Species: new interdisciplinary essays. Cambridge: MIT Press, 1999.
59. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM- IV to DSM-V. Psychol Med 2010;40:1759-65.
60. Stein DJ. What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science. Can J Psychiatry 2013;58:656-62.
61. Zachar P, Kendler KS. The philosophy of nosology. Annu Rev Clin Psychol 2017;13:49-71.
62. Nielsen K, Ward T. Mental disorder as both natural and normative: developing the normative dimension of the 3e conceptual framework for psychopathology. J Theor Philos Psychol 2020;40:107-23.
63. Conley BA, Glackin SN. How to be a naturalist and a social constructivist about diseases. Philosophy of Medicine 2021;2:1.
64. Gagné-Julien AM. Towards a socially constructed and objective concept of mental disorder. Synthese 2021;198:9401-26.
65. Fulford KWM. "What is (mental) disease?": an open letter to Christopher Boorse. J Med Ethics 2001;27:80-5.
66. Sadler J. Descriptions and prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs. Baltimore: John Hopkins University Press, 2004.
67. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? World Psychiatry 2005;4:78-86.
68. Reznek L. The philosophical defence of psychiatry. Oxon: Routledge, 1991.
69. Murphy D. Psychiatry in the scientific image. Cambridge: MIT Press, 2006.
70. Stein DJ. Problems of living: perspectives from philosophy, psychiatry, and cognitive- affective science. London: Academic Press, 2021.
71. Aftab A, Rashed MA. Mental disorder and social deviance. Int Rev Psychiatry 2021;33:478-85.
72. Stein DJ. Disorder and deviance: where to draw the boundaries? Philos Psychiatr Psychol 2014;21:261-5.
73. Spitzer RL. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R : an insider's perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich's "On values in recent American psychiatric classification". J Nerv Ment Dis 2001;189:351-9.
74. Stein DJ, Phillips KA. Patient advocacy and DSM-5. BMC Med 2013;11:133.
75. Fulford KWM, Bortolotti L, Broome M. Taking the long view: an emerging framework for translational psychiatric science. World Psychiatry 2014;13:1107.
76. Bueter A. A multi-dimensional pluralist response to the DSM-controversies. Perspect Sci 2019;27:316-43.
77. Fuss J, Lemay K, Stein DJ et al. Public stakeholders' comments on ICD-1 1 chapters related to mental and sexual health. World Psychiatry 2019;18:233-5.
78. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of psychosis: a bottom-u p review co-written by experts by experience and academics. World Psychiatry 2022;21:189-213.
79. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of depression: a bottom-u p review co-written by experts by experience and academics. World Psychiatry 2023;22:352-65.
80. Tekin Ş. Participatory interactive objectivity in psychiatry. Philos Sci 2022; 89:1166-75.
81. Rose D, Rose N. Is 'another' psychiatry possible? Psychol Med 2023;53:46-54.
82. Hyman SE. Psychiatric disorders: grounded in human biology but not natural kinds. Perspect Biol Med 2021;64:6-28.

83. Zachar P. Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us? World Psychiatry 2015;14:288-90.
84. Fulford KWM. Values-based practice: a new partner to evidence-based practice and a first for psychiatry. Mens Sana Monogr 2008;6:10-21.
85. Campbell JK, O'Rourke M, Slater MH. Carving nature at its joints: natural kinds in metaphysics and science. Cambridge: MIT Press, 2011.
86. Kincaid H, Sullivan J. Classifying psychopathology: mental kinds and natural kinds. Cambridge: MIT Press, 2014.
87. Bechtel W. Mental mechanisms. Oxon: Routledge, 2007.
88. Craver C. Explaining the brain: mechanisms and the mosaic unity of neuroscience. Oxford: Clarendon, 2007.
89. Nicolson DJ. The concept of mechanism in biology. Studies Hist Philos Biol Biomed Sci 2012;43:152-63.
90. Glackin SN. Individualism and the medical: what about somatic externalism? Analysis 2017;77:287-93.
91. Huda AS. The medical model in mental health: an explanation and evaluation, 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
92. Heckers S, Kendler KS. The evolution of Kraepelin's nosological principles. World Psychiatry 2020;19:381-8.
93. Blashfield RK. Feighner et al., invisible colleges, and the Matthew effect. Schizophr Bull 1982;8:1-6.
94. Aftab A, Ryznar E. Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. Int Rev Psychiatry 2021;33:486-99.
95. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 1970;126:983-7.
96. Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. Arch Gen Psychiatry 1990;47:969-73.
97. Solomon M, Kendler KS. The problem of aggregating validators for psychiatric disorders. J Nerv Ment Dis 2021;209:9-12.
98. Hacking I. Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press, 1995.
99. Smoller JW, Andreassen OA, Edenberg HJ et al. Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. Mol Psychiatry 2019;24:409-20.
100. Andreassen OA, Hindley GFL, Frei O et al. New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. World Psychiatry 2023;22:4-24.
101. Kendler KS. What psychiatric genetics has taught us about the nature of psychiatric illness and what is left to learn. Mol Psychiatry 2013;18:1058-66.
102. Zachar P. A metaphysics of psychopathology. Cambridge: MIT Press, 2014.
103. Kendler K, Zachar P. The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology. Baltimore: John Hopkins University Press, 2015:368-82.
104. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry 2016;15:512.
105. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. J Abnorm Psychol 2017;126:454-77.
106. Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). World Psychiatry 2018;17:24-5.
107. Haeffel GJ, Jeronimus BF, Kaiser BN et al. Folk classification and factor rotations: whales, sharks, and the problems with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Clin Psychol Sci 2022;10:259-78.
108. DeYoung CG, Chmielewski M, Clark LA et al. The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). J Pers 2022;90:20-33.
109. Michelini G, Palumbo IM, DeYoung CG et al. Linking RDoC and HiTOP: a new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. Clin Psychol Rev 2021;86:102025.
110. Kessler RC. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. J Health Soc Behav 2002;43:171-88.
111. Fulford KWM, Handa A. Categorical and/or continuous? Learning from vascular surgery. World Psychiatry 2018;17:304-5.
112. Zachar P. Non-specific psychopathology: a once and future concept. World Psychiatry 2023;22:154-5.
113. Kendler KS. DSM disorders and their criteria: how should they interrelate? Psychol Med 2017;47:2054-60.
114. Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. J Affect Disord 2015;172:96102.
115. Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. Philos Ethics Humanit Med 2009;4:10.
116. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:155-79.
117. Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. World Psychiatry 2016;15:1-2.
118. Kendler KS. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. Am J Psychiatry 2016;173:771-80.
119. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. World Psychiatry 2020;19:269-93.
120. Schwartz M, Wiggins O. Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view. Perspect Biol Med 1985;28:331-61.
121. Tekin Ş. Self-i nsight in the time of mood disorders: after the diagnosis, beyond the treatment. Philos Psychiatr Psychol 2014;21:139-55.
122. Sadler JZ. The psychiatric significance of the personal self. Psychiatry 2007;70:113-29.
123. Dings R, Glas G. Self- management in psychiatry as reducing self-i llness ambiguity. Philos Psychiatr Psychol 2020;27:333-47.
124. King M, May J. Agency in mental disorder: philosophical dimensions. Oxford: Oxford University Press, 2022.
125. Pickard H. Responsibility without blame for addiction. Neuroethics 2017;10:169-80.
126. Brandenburg D. The nurturing stance: making sense of responsibility without blame. Pacific Philos Quart 2018;99:5-22.
127. Tabb K, Lebowitz MS, Appelbaum PS. Behavioral genetics and attributions of moral responsibility. Behav Genet 2019;49:128-35.
128. Haslam N, Kvaale EP. Biogenetic explanations of mental disorder: the mixed-blessings model. Curr Dir Psychol Sci 2015;24:399-404.
129. Loughman A, Haslam N. Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. Cogn Res 2018;3:43.
130. Harrington A. Mind fixers: psychiatry's troubled search for the biology of mental illness. New York: Norton, 2019.
131. Whooley O. On the heels of ignorance: psychiatry and the politics of not knowing. Chicago: University of Chicago Press, 2019.
132. Richards RJ, Daston L (eds). Kuhn's structure of scientific revolutions at fifty: reflections on a science classic. Chicago: University of Chicago Press, 2016.
133. Leroi AM. The lagoon: how Aristotle invented science. New York: Viking Penguin, 2014.
134. Nesse RM. Tinbergen's four questions. Evol Med Pub Health 2018;2019:2.
135. Tinbergen N. On aims and methods of ethology. Z Tierpsychol 1963;20:410-33.
136. Ghaemi SN. Existence and pluralism: the rediscovery of Karl Jaspers. Psychopathology 2007;40:75-82.
137. Ludwig D, Ruphy S. Scientific pluralism. In: Zalta EN (ed). The Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2021.
138. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
139. Lipowsky ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither. Can J Psychiatry 1989;34:249-54.
140. Chemla K, Keller E. Culture without culturalism: the making of scientific knowledge. Durham: Duke University Press, 2017.
141. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.
142. Bolton D, Gillett G. The biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments. Cham: Springer, 2019.
143. Maung HH. Causation and causal selection in the biopsychosocial model of health and disease. EuJAP 2021;17:5-27.
144. Aftab A, Nielsen K. From Engel to enactivism: contextualizing the biopsychosocial model. EuJAP 2021;17:5-22.
145. Woodward J. Making things happen: a theory of causal explanation. Oxford: Oxford University Press, 2003.

146. Pearl J, Mackenzie D. The book of why: the new science of cause and effect. New York: Basic Books, 2018.
147. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology: smart pills, happy pills, pep pills. Cambridge: Cambridge University, 2008.
148. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic- functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. Mol Psychiatry 2012;17:377-88.
149. Kellert S, Longino H, Waters CK. Scientific pluralism. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2006.
150. Dewey J. Unity of science as a social problem. In: Neurath O, Carnap R, Morris C (eds). International encyclopedia of unified science, Vol. 1. Chicago: Chicago University Press, 1938;29-38.
151. James W. Pragmatism: a new name for an old way of thinking. New York: Longmans, Green and Co., 1907.
152. Cartwright N. The dappled world: a study of the boundaries of science. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
153. Dupré J. The disorder of things: metaphysical foundations of the disunity of science. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
154. Kendig C. Natural kinds and classification in scientific practice. Oxon: Routledge, 2016.
155. Henry D. Aristotle's pluralistic realism. Monist 2011;94:197-220.
156. Dupré J. Processes of life: essays in the philosophy of biology. Oxford: Oxford University Press, 2012.
157. Stein DJ. Psychiatric disorders are soft natural kinds. Philos Psychiatr Psychol 2022;29:183-5.
158. Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Balancing validity, utility, and public health considerations in disorders due to addictive behaviors. World Psychiatry 2018;17:363-4.
159. Geert K, Lara K, Rico H. Vagueness in psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2017.
160. Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P et al. Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. Arch Gen Psychiatry 2003;60:1117-22.
161. Bickle J. Psychoneural reduction: the new wave. Cambridge: MIT Press, 1998.
162. Brigandt I, Love A. Reductionism in biology. In: Zalta NE (ed). The Stanford encyclopedia of philosophy, 2017.
163. Bedau M, Humphreys P (eds). Emergence: contemporary readings in philosophy and science. Cambridge: MIT Press, 2008.
164. Corradini A, O'Connor T. Emergence in science and philosophy. Oxon: Routledge, 2010.
165. De Vreese L, Weber E, Van Bouwel J. Explanatory pluralism in the medical sciences: theory and practice. Theor Med Bioeth 2010;31:371-90.
166. Mitchell S. Biological complexity and integrative pluralism. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
167. Eronen MI. The levels problem in psychopathology. Psychol Med 2021;51:92733.
168. Bickle J (ed). The Oxford handbook of philosophy and neuroscience. Oxford: Oxford University Press, 2007.
169. Beebee H, Hitchcock C, Menzies P (eds). The Oxford handbook of causation. Oxford: Oxford University Press, 2010.
170. Glennan S, Illari PM (eds). The Routledge handbook of mechanisms and mechanical philosophy. Oxon: Routledge, 2018.
171. Calzavarini F, Viola M. Neural mechanisms: new challenges in the philosophy of neuroscience. Cham: Springer, 2021.
172. Frances A. Entrenched reductionisms: the bête noire of psychiatry. Hist Psychol 2016;19:57-9.
173. Kendler KS, Parnas J, Zachar P. Levels of analysis in psychopathology: cross-disciplinary perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
174. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005;162:433-40.
175. Aftab A, Stein DJ. Psychopharmacology and explanatory pluralism. JAMA Psychiatry 2022;79:522-3.
176. Oddli HW, Stänicke E, Halvorsen MS et al. Causality in psychotherapy research: towards evidential pluralism. Psychother Res 2023;33:1004-18.
177. Cooper M, McLeod J. A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: implications for research. Counsell Psychother Res 2007;7:135-43.
178. Castonguay LG, Eubanks CF, Goldfried MR et al. Research on psychotherapy integration: building on the past, looking to the future. Psychother Res 2015;25:365-82.
179. Stein DJ, Reed GM. Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. Braz J Psychiatry 2019;41:3-4.
180. Boyd R. How to be a moral realist. In: Sayre-McCord G (ed). Essays on moral realism. Ithaca: Cornell University Press, 1988:181-228.
181. Berlin I. The crooked timber of humanity. London: Fontana Press, 1991.
182. Kinesella E, Pitman A. Phronesis as professional knowledge: practical wisdom in the professions. Rotterdam: Sense Publishers, 2012.
183. Nussbaum MC. The fragility of goodness: luck and ethics in Greek tragedy and philosophy. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
184. Stoyanov D, Fulford B, Stanghellini G et al (eds). International perspectives in values- based mental health practice: case studies and commentaries. Cham: Springer, 2021.
185. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. World Psychiatry 2017;16:146-53.
186. Fulford KWM, Handa A. New resources for understanding patients' values in the context of shared clinical decision-making. World Psychiatry 2021;20:446-7.
187. Tervalon M, Murray-G arcía J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. J Health Care Poor Underserv 1998;9:117-25.
188. Kirchhoff MD. Extended cognition and the causal-c onstitutive fallacy: in search for a diachronic and dynamical conception of constitution. Philos Phenomenol Res 2015;90:320-60.
189. Fuchs T. Ecology of the brain: the phenomenology and biology of the embodied mind. Oxford: Oxford University Press, 2018.
190. Leuridan B, Lodewyckx T. Diachronic causal constitutive relations. Synthese 2021;198:9035-65.
191. Nielsen K. Embodied, embedded, and enactive psychopathology: reimagining mental disorder. London: Palgrave Macmillan, 2023.
192. Gallagher S. Enactivist interventions: rethinking the Mind. Oxford: Oxford University Press, 2017.
193. Brooks S, Stein DJ. Psychotherapy and neuroimaging in anxiety and related disorders. Dialog Clin Neurosci 2015;17:287-93.
194. Spitzer RL, First MB, Williams JB et al. Now is the time to retire the term "organic mental disorders". Am J Psychiatry 1992;149:240-4.
195. Aftab A. The false binary between biology and behavior. Philos Psychiatr Psychol 2020;27:317-9.
196. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press, 1988.
197. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. The embodied mind: cognitive science and human experience, revised edition. Cambridge: MIT Press, 2016.
198. Kendler KS, Campbell J. Expanding the domain of the understandable in psychiatric illness: an updating of the Jasperian framework of explanation and understanding. Psychol Med 2014;44:1-7.
199. O'Leary D. Medicine's metaphysical morass: how confusion about dualism threatens public health. Synthese 2021;199:1977-2005.
200. Shapiro LA. Embodied cognition, 2nd ed. Oxon: Routledge, 2019.
201. Newen A, De Bruin L, Gallagher S (eds). The Oxford handbook of 4E cognition. Oxford: Oxford University Press, 2018.
202. Shapiro L, Spaulding S. Embodied cognition. In: Zalta EN (ed). The Stanford encyclopedia of philosophy, 2021.
203. Wilson AD, Golonka S. Embodied cognition is not what you think it is. Front Psychol 2013;4:58.
204. Hutto DD, Myin E. Radicalizing enactivism: basic minds without content. Cambridge: MIT Press, 2013.
205. Lakoff G, Johnson M. Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to Western thought. New York: Basic Books, 1999.
206. Gallese V, Lakoff G. The brain's concepts: the role of the sensory-motor system in conceptual knowledge. Cogn Neuropsychol 2005;22:455-79.
207. Seth AK, Friston KJ. Active interoceptive inference and the emotional brain. Phil Trans R Soc B 2016;371:20160007.
208. Thompson E. Mind in life: biology, phenomenology, and the sciences of mind. Cambridge: Belknap, 2010.
209. Shook JR, Solymosi T. Pragmatist neurophilosophy: American philosophy and the brain. London: Bloomsbury Academic, 2014.
210. Engel AK, Friston KJ, Kragic D. The pragmatic turn: toward action-o riented views in cognitive science. Cambridge: MIT Press, 2015.

211. Johnson M. Embodied mind, meaning, and reason: how our bodies give rise to understanding. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
212. Colombetti G. The feeling body: affective science meets the enactive mind. Cambridge: MIT Press, 2017.
213. Durt C, Fuchs T, Tewes C. Embodiment, enaction, and culture: investigating the constitution of the shared world. Cambridge: MIT Press, 2017. 214. Clark A, Chalmers D. The extended mind. Analysis 1998;58:10-23.
215. Ward D, Silverman D, Villalobos M. Introduction: The varieties of enactivism. Topoi 2017;36:365-75.
216. Dotov DG, Nie L, de Wit M. Understanding affordances: history and contemporary development of Gibson's central concept. Avant 2012;3:28-39.
217. Gallagher S. Decentering the brain: embodied cognition and the critique of neurocentrism and narrow-minded philosophy of mind. Construct Found 2018;14:8-21.
218. Sullivan JA. Coordinated pluralism as a means to facilitate integrative taxonomies of cognition. Philos Explor 2017;20:129-45.
219. Gauld C, Nielsen K, Job M et al. From analytic to synthetic-o rganizational pluralisms: a pluralistic enactive psychiatry. Front Psychiatry 2022;13:981787.
220. de Haan S. Enactivism and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
221. Maiese M. Embodied selves and divided minds. Oxford: Oxford University Press, 2016.
222. Maiese M. An enactivist reconceptualization of the medical model. Philos Psychol 2021;34:962-88.
223. de Haan S, Rietveld E, Stokhof M et al. The phenomenology of deep brain stimulation- induced changes in OCD: an enactive affordance-b ased model. Front Hum Neurosci 2013;7:653.
224. Fuchs T. Depression, intercorporeality, and interaffectivity. J Consciousness Studies 2013;20:219-38.
225. Tschacher W, Giersch A, Friston K. Embodiment and schizophrenia: a review of implications and applications. Schizophr Bull 2017;43:745-53.
226. Ramírez-Vizcaya S, Froese T. The enactive approach to habits: new concepts for the cognitive science of bad habits and addiction. Front Psychol 2019;10:301.
227. Glackin SN, Roberts T, Krueger J. Out of our heads: addiction and psychiatric externalism. Behav Brain Res 2021;398:112936.
228. Gallagher S. Integration and causality in enactive approaches to psychiatry. Front Psychiatry 2022;13:870122.
229. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? Psychol Med 2011;41:1143-50.
230. Nesse RM. Evolutionary psychiatry: foundations, progress and challenges. World Psychiatry 2023;22:177-202.
231. Kirmayer LJ, Ramstead M. Embodiment and enactment in cultural psychiatry. In: Durt C, Fuchs T, Tewes H (eds). Embodiment, enaction, and culture: investigating the constitution of the shared world. Cambridge: MIT Press, 2017:397422.
232. Cicchetti D (ed). Developmental psychopathology, 3rd ed. London: Wiley, 2016.
233. Allen M, Friston KJ. From cognitivism to autopoiesis: towards a computational framework for the embodied mind. Synthese 2018;195:2459-82.
234. Gallagher S, Allen M. Active inference, enactivism and the hermeneutics of social cognition. Synthese 2018;195:2627-48.
235. Ramstead MJ, Kirchhoff MD, Friston KJ. A tale of two densities: active inference is enactive inference. Adapt Behav 2020;28:225-39.
236. Constant A, Clark A, Friston KJ. Representation wars: enacting an armistice through active inference. Front Psychol 2021;11:598733.
237. Friston K. Computational psychiatry: from synapses to sentience. Mol Psychiatry 2023;28:256-68.
238. Duquette P. Increasing our insular world view: interoception and psychopathology for psychotherapists. Front Neurosci 2017;11:135.
239. Riso LP, du Toit PL, Stein DJ et al. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide. Washington: American Psychological Association, 2007.
240. Greenberg L. Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. Am Psychol 2012;67:697-707.
241. Pickard H, Ahmed S (eds). The Routledge handbook of philosophy and science of addiction. Oxon: Routledge, 2019.
242. Glackin SN. Philosophical issues in the addictions. In: Sussman S (ed). The Cambridge handbook of substance and behavioral addictions. Cambridge: Cambridge University Press, 2020:38-50.
243. Gallie W. Essentially contested concepts. Proc Aristotelian Soc 1955;56:167-98.
244. Kukla QR. What counts as a disease, and why does it matter? J Philos Disability 2022;2:130-56.
245. Wakefield JC. On winking at the facts, and losing one's Hare: value pluralism and the harmful dysfunction analysis. World Psychiatry 2005;4:88-9.
246. Parfit D. Railton's defence of soft naturalism. In: Parfit D (ed). On what matters, Vol. 3. Oxford: Oxford University Press, 2017:91-8.
247. Nielsen K. Comparing two enactive perspectives. Philos Psychiatr Psychol 2021; 28:197-200.
248. Russell JL. Problems for enactive psychiatry as a practical framework. Philos Psychol 2023;36:1458-81.
249. Egginton W, Sandbothe M. The pragmatic turn in philosophy: contemporary engagements between analytic and continental thought. Albany: State University of New York Press, 2004.
250. Crippen M. Embodied cognition and perception: Dewey, science and skepticism. Contemp Pragmatism 2017;14:112-34.
251. Sellars W. Philosophy and the scientific image of man. In: Colodny R (ed). Frontiers of science and philosophy. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1962:35-78.
252. Putnam H. The collapse of the fact/value dichotomy and other essays. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
253. Stanghellini G, Raballo A, Broome M et al (eds). The Oxford handbook of phenomenological psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2019.
254. Adriaens PR, De Block A. Why we essentialize mental disorders. J Med Philos 2013;38:107-27.
255. Radden J, Sadler J. The virtuous psychiatrist: character ethics in psychiatric practice. Oxford: Oxford University Press, 2010.

DOI:10.1002/wps.21194