

Так «куда идешь», психиатрия, или скрытая антипсихиатрия

Носачев Г.Н.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Статья является институциональным дискурсом со статьей Н.Г. Незнанова с соавторами «Куда идешь?». С позиций философии науки обсуждаются некоторые признаки кризиса современной психиатрии в период постмодернизма, в качестве иллюстрации взяты попытка замены наркологии на аддиктологию и экспансия отечественных неврологов в диагностику и терапию синдрома деменции. Делается попытка на основе методологии и философии науки, принципа демаркации показать пути выхода из кризиса вне и кризиса внутри психиатрии.

Ключевые слова: кризис психиатрии, постмодернизм, аддиктология, экспансия неврологов, антипсихиатрия.

So «where to go», psychiatry, or antipsychiatry hidden

Nosachev G.N.

Samara state medical University, Russia

Summary. The article is an institutional discourse with article N. G. Neznanov with the co-authors of «Where go?». From the standpoint of the philosophy of science discusses some of the signs of the crisis of modern psychiatry in the period of postmodernism, in an illustration taken any attempt to replace the addiction to addictology and expansion of domestic neurologists in the diagnosis and therapy of the syndrome of dementia. An attempt is made on the basis of the methodology and philosophy of science, the principle of demarcation to show the way out of the crisis and out of crisis in psychiatry.

Key words: crisis of psychiatry, postmodernism, addictology, the expansion of neurologists, antipsychiatry.

Основанием для институционального общения и написания статьи (дискурса) стала статья «Куда идешь?» Н.Г. Незнанова, П.В. Морозова и И.А. Мартынихина [15], в которой авторы подняли проблему кризиса современной психиатрии. Ожидалось, что психиатрическая общественность активно отзовется на поднятую проблему, но ведущие журналы как бы не заметили ее появления, и дискуссия не состоялась. В отечественной наркологии «возмутитель спокойствия» В.Д. Менделевич последние два десятилетия выступает с рядом критических статей по синдрому «патологического влечения» к ПАВ, поведенческим расстройствам и продвигает новую парадигму: аддиктивное влечение, аддиктивное поведение, аддиктивная личность, объединенные в «новую» науку (субнауку, метанауку, раздел психиатрии (?)) — аддиктологию [9-13], появилось руководство по аддиктологии [26]), но философско-методологическая позиция автора не была полностью понятна. Появление статьи [13] и проведение конференции в конце 2016 года «Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития» (Казань, 09.12.2016 г.), где автор определил свою философскую позицию в психиатрии и ее разделе наркологии (в качестве спонсора конференции указан журнал «Психопатология и аддиктивная медицина»). По существу, поставлен основной вопрос — философско-методологический подход (направление) в рамках методологии и философии науки как направление будущего развития отечественной психиа-

трии и наркологии. Не осталась незамеченной и статья Ю.С. Савенко [27] о кризисе, связанным с антипсихиатрией.

Попробуем разобраться в поставленном вопросе и тенденциях отечественной психиатрии и частично наркологии. Во-первых, на смену философии прагматизма пытается прийти философия постмодернизма, а с ней грядёт смена парадигмы, в том числе в медицине, особенно в наркологии на теоретическом уровне — аддиктивные представления (аддиктивное влечение, аддиктивная медицина, аддикции) [17, 19].

В.П. Самохвалов, анализируя динамику философии и культуры XX века, пишет:

«...в ней сначала умирает Бог, вместе с ним — душа, далее в литературе умирает автор и смысл и, наконец личность погружается из космоса в хаос, покрытый стромой паутины всякого рода случайных связей... Если постмодернизм является системой деконструкции всего, то постмодерн утверждает эстетику и философию неоакадемизма как в искусстве, так и в науке, то есть знаменует эпоху Реставрации.

Возможно, стройность прошлого и множественность настоящего являются лишь иллюзией, так как еще в архаической Греции одновременно существовали противоположные и противоречивые точки зрения, а в результате естественного отбора научных и философских идей стали доминировать лишь те, которые являются сутью времени и обладают эволюционной значимостью.

Словом, постмодернизм и постмодерн могут быть результатом когнитивной эволюции, как части эволюции человека вообще. Они существуют одновременно. Акценты на индивидуацию, мультикультурализм, многовекторность и многополярность противостоят консерватизму, сохранению традиций, общинности и вечным ценностям» [28, с. 63].

Во-вторых, в нарушение принципа демаркации в науке появился обобщающий термин «нейронауки» («корзина нейронаук*»), включая клинические нейронауки (неврология, психиатрия, клиническая психология), которые, тяготея к междисциплинарному подходу, нередко автоматически (недостаточно осмыслено или ошибочно) переносят понятия из одной науки в другую (например, в неврологию термины психиатрии).

В-третьих — выбраны разные точки опоры. «Большая» клиническая психиатрия вместе с психофармакотерапией тяготеет к естественнонаучной (биологической) парадигме с опорой на нейровизуализационные техники исследования мозга**, т.е., проводятся физико-психологические, морфо-психологические «параллелизмы».

И. Зислин, считая, что постмодернизм не угрожает современной психиатрии, пишет: «...изоляция и последующая биологизация психиатрии способствовали успешному решению многих вопросов...Эти успехи закономерно породили иллюзию, что все проблемы диагностики и лечения можно решить в недалеком будущем, стоит лишь добраться до главного биохимического/генетического нарушения... Биологизация и редукционизм в системе психиатрии имели как сугубо позитивные, так и негативные последствия» [2, с. 72].

Пограничная психиатрия вместе с психотерапией ближе к гуманитарной парадигме, использующей преимущественно психологические (нейропсихологические, патопсихологические, клинко-психологические) «параллелизмы» нередко с включением когнитивной психологии.

В-четвертых, используется междисциплинарный характер данных различных разделов психиатрии и наркологии (биологического, клинического, социального, правового и др.), включая психопатологию и клиническую психологию. Поэтому позволим себе дать наше понимание основных философско-методологических основ новой парадигмы в период философии постмодернизма.

Постмодернизм родился как ответ на распространение в философии и деятельности прагматизма, когда, по мнению французского философа

Ж.Ф. Лиотара, в век информационных технологий прагматика становится недоступной науке: «Дистанцирование от науки пришло по вкусу многим философам» [5, с. 195]. Возникнув в постклассический период развития науки и проделав путь «структурализм — постструктурализм — постмодернизм», постмодернизм стал «моден» в философии, в социальных науках, в частности в экономике и политологии, но мало используется в медицине. Между тем в клинических нейронауках, особенно в наиболее молодой из них — наркологии в виде «аддиктологии» [20].

Вот какой краткий перечень концептов постмодернизма приводит отечественный философ В.А. Канке [3]: агонистика языковых игр (а не логика), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), множественность (а не единство), нестабильность (а не стабильность), локальность (а не пространственная общность), фрагментарность (а не целостность), случайность (а не необходимость), открытость (а не замкнутая системность), игра (а не плановая цель), анархия (а не иерархия), рассеивание (а не центрирование), негативность (а не позитивность), движение по поверхности вещей и слов (а не вглубь их), след (а не обозначаемое и обозначающее), симулякр (а не образ), лабиринт (а не линейность), неопределенность (а не определенность), имманентное (а не трансцендентное), эстетика парадоксально-возвышенного (а не прекрасного и представляемого), соблазн страстей (а не производство).

Подводя итог, В.А. Канке пишет: «Упрощая до крайности характеристику постмодернизма, можно определить его как деконструкцию и рассеивание текста, сопряженные с внезапностью соблазна» [3, с. 195].

Итак, в XXI веке идеи постмодернизма стали постепенно проникать в отечественные клинические нейронауки, в первую очередь, в психиатрию. Первой давление на себе стала чувствовать достаточно молодая отрасль психиатрии — наркология. Ярким представителем данного направления методологии и философии постмодернизма стал В.Д.Менделевич, который пытается заменить понятие «патологическое влечение к ПАВ» на «аддиктивное влечение» [9-13, 26]. По существу, наркология («химическая зависимость») превращается в междисциплинарный раздел психиатрии или новую дисциплину — аддиктологию*** и даже в аддиктивную медицину с разными специалистами (и не только врачами).

* Особенностью современного периода нейронаук является нарастающая междисциплинарность, создающая «цунами» новых нейронаук: нейропсихиатрия, нейропсихология, нейробиология, нейропсихоанализ, социальная нейронаука, интерперсональная нейробиология и др. При этом исследователи и создатели «новых» наук не утруждают себя выделением предмета науки [4].

** «И уже совершенно революционными выглядят последние исследования под руководством А.Сачиа дифференциальной диагностики истинных и псевдогаллюцинаций у больных шизофренией, осуществляемых на уровне морфометрии мозга» [15, с.8].

*** Егоров А.Ю. (2007) [1] приводит классификацию нехимических зависимостей: 1. Патологические влечение к азартным играм (гемблинг). 2. Эротические аддикции: 2.1. любовные, 2.2. сексуальные... 3) «Социально-приемлемые» аддикции: 3. 1. Трудоголизм, 3.2. спортивные... 3.4. шопинг... 3.6. религиозная аддикция. 4. Технологические: 4.1. Интернет-аддикция 5. Пищевые: 5.1. Аддикция переедания (булимия). 5.2. Аддикция к голоданию (анорексия). Можно добавить селфи-аддикцию [1]. В МКБ-11 предлагается включить «хординг» — патологическое накопительство [13].

К сожалению, ни наркологи, ни психиатры практически не выступили с оценкой новой парадигмы психиатрии — наркологии [17, 19], не почувствовали кризиса и даже стали его отрицать (Павлов И.С. [21, 22]). Между тем, В.Д. Менделевич стал экстраполировать свои идеи постмодернизма и на психиатрию. В лекции для школы молодых психиатров и наркологов он, ссылаясь на работы Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой [6,7], указывает в период постомодерна на «теневые синдромы» или «повреждающие психические дисфункции», не описывая их. И приходит к выводу, что «современная психиатрия должна адаптироваться «к среде постомодерна», предлагающей «удивительно интересные и сложные задачи врачам и предоставляющей возможность пересмотреть свою роль и свои обязанности», то есть В.Д. Менделевич видит в аддиктологии «новую реальность» [13, 33-34].

Ю.С. Савенко, анализируя антипсихиатрические тенденции в психиатрии с середины прошлого века и в настоящее время, приходит к выводу, что «это кризис идентичности трудностей, переживаемых психиатрией, который выражается в приписывании внешним силам и обстоятельствам того, что в значительной мере связано с собственным поведением, что проявляется в неочевидной форме, а на деле закрывает перспективу собственными руками» [27].

Знаменем разрушения психиатрии стала статья Н. Katschnig «Являются ли психиатры вымирающим видом?» [32], где обсуждаются вопросы эволюции психиатрии, сложности психиатрических диагнозов для обывателя, т.е. автор преимущественно разбирает вопросы стигматизации и самостигматизации, разочарования в эффективности фармакотерапии, а также экспансию неврологов в область психиатрии со стремлением замены термина «психическое заболевание» на «болезнь мозга». По мнению автора, психиатрия в ближайшем будущем рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишиться статуса медицинской науки.

Способствует кризису психиатрии с поглощением психиатрической диагностики и лечением психических расстройств практическая деятельность отечественных неврологов [14, 24, 31], т.е. «экспансия неврологов в психиатрию». В качестве иллюстрации приведем стремление неврологов диагностировать когнитивные расстройства, включая синдром деменции*. Так, отечественные

неврологи в новом веке издали монографий и пособий по деменциям во много раз больше, чем психиатры, в основу диагностики деменции положили не неврологический и не психопатологический, а клиничко-психологический метод (опросники, тесты, шкалы), по-видимому забывая, что специалистами в этом методе являются клинические психологи.

Итак, неврологи используют понятие «деменция» как сборное: и как синдромальное, и как нарушение познания.

Посмотрим, как обстоят дела с пониманием когнитивных нарушений в клинической психиатрии. В национальном руководстве «Психиатрия» [23] в главе 17 «Основные психопатологические синдромы» не обсуждаются когнитивные функции, а выделен «энцефалопатический синдром», включающий все основные когнитивные процессы, а эйфорический и апатический его варианты традиционно рассматриваются как органическое слабоумие (синдром деменции). Даже в главе 19 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» автор практически избегает понятия «когнитивные расстройства», хотя, описывая синдром деменции, использует те же термины, включая высшие корковые (локальные) функции. «Клиническая картина синдрома деменции зависит от её этиологии, степени выраженности интеллектуального дефекта. Традиционно деменцию подразделяют на парциальную и тотальную», а также подразделяется три степени выраженности деменции: легкая, средняя и тяжелая. К сожалению, подробного клинического описания степеней деменции не приводится ни с позиций когнитивных, ни с позиций интеллектуальных нарушений. Тот же автор [23, с. 352, 257] выделяет три основные группы клинических проявлений. Первая из них: «проявления собственно когнитивного дефицита: расстройства речи (афазия, дисфазия), в том числе, номинативная, моторная (экспрессивная), сенсорная (импрессивная) афазия; расстройства исполнительной деятельности (апраксия, диспраксия) при нарушенных моторных функциях; нарушения оптико-пространственной деятельности (агнозия, дисгнозия); нарушения памяти (амнезия, дисмнезия) и расстройства аналитико-синтетической деятельности, т.е. собственно интеллектуальных функций» [23, с. 358].

В классический период психиатрии синдром деменции определялся как нарастающий распад (дефект локальный, тотальный) интеллекта, всей психической деятельности, и одновременно личности, в постклассический период — как тяжелое

состояние, позволяющих ему выполнять специфические действия в специфических обстоятельствах. На стадии легкой деменции дееспособность пациента часто бывает сохранена и утрачивается лишь по мере нарастания ее проявления [24, с. 25-26]. А чего стоят термины неврологов «мягкая деменция», «преходящая деменция»?

* В качестве иллюстрации приведем некоторые психопатологические термины из национального руководства «Неврология» (2009). В главе 26 «Нарушения когнитивных функций» эти нарушения рассматриваются и как определение «деменции», как «когнитивные нарушения (ухудшение памяти, интеллекта,...)» [14, с. 532]. Среди других симптомов «к поведенческим нарушениям» авторы относят: «апатию (вместо абулии), «раздражительность, не критичность, бред, галлюцинации.» [14, с. 535]. О.С. Левин утверждает в главе «1.7. Деменция и дееспособность», что диагноз деменции не является синонимом недееспособности. Констатация недееспособности требует функционального анализа сохранившихся навыков и возможностей па-

когнитивное расстройство*, выделялись три степени деменции без четкого описания структуры варианта, а также описывался когнитивный дефицит практически при всех позитивных психопатологических синдромах, выявленных не патопсихологическим, а именно нейропсихологическим исследованием (!!).

Таким образом, «новое — это хорошо забытое старое», то есть, по существу, когнитивные и интеллектуальные расстройства являются синонимами. Так, клиническая картина того или другого органического психического расстройства зависит не столько от ведущего синдрома, сколько от нозологической природы развития синдрома когнитивных нарушений, включая синдром деменции: присоединение локальных корковых синдромов или их возникновение еще в остром (подостром) периоде (например, мультиинфарктная деменция). При легких когнитивных расстройствах преимущественно страдает собственно интеллект (Малкин П.Ф., Носачев Г.Н.) [18], в первую очередь, способность к обучению, креативности, продуктивности мышления; при умеренных — помимо собственно интеллекта страдает «духовный инвентарь» (запас знаний и навыков, их пополнение) текущего времени за счет ослабления когнитивных процессов и только позже появляются количественные дефекты когнитивных процессов (предпосылки к интеллекту), хотя их временное ослабление есть при предшествующих синдромах.

Таким образом, неврологи слабо знают психопатологические симптомы и синдромы и довольно безответственно ими пользуются, а если к этому добавить правовой нигилизм по отношению к медицинскому праву в целом и в частности к закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», то возникает еще больше вопросов к диагностике, лечению и особенно к реабилитации пациентов с когнитивными расстройствами, особенно с деменцией.

Следует полностью согласиться с утверждением В.И. Крылова: «Существующие расхождения в понимании клинического содержания и диагностической значимости базисных психопатологических понятий создают трудности при сравнительном рассмотрении и обобщении результатов научных исследований. Разночтения в определении и интерпретации психопатологических понятий делают результаты научных исследований несопоставимыми и неприменимыми на практике» [8, с.12-13]. К сожалению, пока психиатры уклоняются от дискуссий** с неврологами на указан-

* В отечественной психиатрии выделяются негативные синдромы: истощение психической деятельности, субъективные расстройства личности, объективные расстройства личности, дисгармония личности, «редукция энергетического потенциала», снижение личности, регресс личности, синдром деменции и психический маразм [11], практически не известные неврологам и, к сожалению, не «модные» у молодых психиатров [18].

** Неврологи на образовательных программах, конференциях, тематических циклах лекций, в личных беседах объясняют необходимость диагностики и лечения синдрома де-

ментии чаще всего стигматическими и дискриминационными взглядами пациентов и «недоступностью» психиатров. И если первое утверждение частично правильно: все врачи должны бороться со стигматизацией и дискриминацией во всех их проявлениях; то в второе просто нелепость, так как существуют психоневрологические диспансеры, где принимают всех обратившихся сиюминутно, без направлений, никому не отказывая и решая все виды медицинского вмешательства с соблюдением медицинского права пациента.

Вот Всероссийском проекте МЗ РФ «Территория заботы» доклад «Деменция — основная проблема гериатрии» проводил невролог. Среди участников программы психиатра не было (информационное письмо МЗ Самарской области от 16.11.2016 г. № 30/2771).

Выше уже говорилось о постмодернистских проявлениях среди специалистов, которые вольно или невольно, в борьбе за пациента, бизнес, предложения фармацевтических фирм или в погоне за «модным» направлением в науке и «свободой» высказываний (языковыми играми), выступают как активные антипсихиатры, не сознавая в этом открыто. Авторы, обсуждаемой статьи [15] сосредоточили свое внимание на биологической психиатрии, психофармакологии и технических (физико-морфологических) успехах психиатрии и только в конце статьи цитируют психиатра из Израиля Л.Айзенберга, надеюсь, разделяя его мнение: «Психиатрия сегодня остается единственной медицинской дисциплиной с настойчивым интересом к пациенту как Личности, особенно в эпоху доминирующих медицинских специальностей, изучающих лишь отдельные параметры человеческого тела» [15], т.е. сохраняют антропологический и биопсихосоциальный подходы.

Необходимо согласиться с тем, что хотим мы того или нет, признаём или не признаём кризис психиатрии, кризис налицо, но что это за кризис: кризис вне или кризис внутри нас? Кризис теоретический или практический? Кризис парадигм: естественнонаучной или гуманистической?

В одной статье невозможно разобрать все основы кризиса, поэтому остановимся на базовом кризисе парадигм, наиболее важном для психиатрии: континуум или разрыв психиатрии?

Психиатрия всегда была и будет оставаться двуликой, обращенной одновременно и к нейронаукам (то есть к головному мозгу) и к гуманитарным наукам, в первую очередь, к психологии и социологии.

Такова особенность предмета*** психиатрии — патология (расстройство, болезнь) психической функции (деятельности) головного мозга, а, следовательно, и его дисфункция (поражение, аномальное развитие) на генетическом, физико-морфологическом, биохимическом, нейрофизиологическом и других биологических уровнях.

менции чаще всего стигматическими и дискриминационными взглядами пациентов и «недоступностью» психиатров. И если первое утверждение частично правильно: все врачи должны бороться со стигматизацией и дискриминацией во всех их проявлениях; то в второе просто нелепость, так как существуют психоневрологические диспансеры, где принимают всех обратившихся сиюминутно, без направлений, никому не отказывая и решая все виды медицинского вмешательства с соблюдением медицинского права пациента.

Вот Всероссийском проекте МЗ РФ «Территория заботы» доклад «Деменция — основная проблема гериатрии» проводил невролог. Среди участников программы психиатра не было (информационное письмо МЗ Самарской области от 16.11.2016 г. № 30/2771).

*** Предмет науки — референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, т.е. это то, что она изучает [3, с. 203].

Научная психиатрия исходит из того, что человеческая психика и ее патология не существует вне живого организма и главное — вне головного мозга. Психические процессы, состояния и образования являются функцией индивида*, сформировавшиеся в результате эволюции на Земле. Именно у индивида возникает патология психической деятельности как функции (дисфункция) головного мозга. И в этом качестве патология психической деятельности предстает и относится как предмет к биологии, в частности к нейронаукам, но не может сводиться к ним полностью, т.е. психиатрия никогда не сведется к неврологии («как болезнь мозга»)** даже при дальнейшем ее техническом развитии.

Однако со времен античности сложилось мнение, что с помощью биологических закономерностей психическая жизнь человека не может быть описана и понята в терминах биологических наук. Без «психологизации психиатрии» не обойтись, так как болеет не просто индивид, а субъект деятельности (в том числе поведения в болезни), личность, к тому же обладающая индивидуальностью. И, несмотря на все успехи научно-технического оснащения медицины, на сохранении физического здоровья человека и личности с его проблемами, страхами, ожидаемыми надеждами, психическими расстройствами и их стигматизацией и дискриминацией и дезадаптацией в социуме не обойтись без сохранения психического здоровья.

«С самого начала развития психологии как самостоятельной науки области научного знания в ней возникли две главные линии: одна — ориентированная на естественные науки, другая — на общественные» (Ломов Б.Ф.) [25, с. 342].

Абсолютно то же происходит с психиатрией, о чем свидетельствуют ее разделы: биологическая, генетическая, психофармакотерапия и другие, клиническая, социальная этнопсихиатрия, реабилитация и психотерапия. С естественными науками психиатрия связана поиском объяснений причин психической патологии в русле вопроса «Почему?», что предлагает психиатрии характер естественных нейронаук, «роднит» с неврологией и остальной медициной по каузальному характеру развития патологии, т.е. «отставание» от дру-

гих медицинских наук не велик. Гуманистическая составляющая психиатрии занята ответом на вопрос «Зачем?», с которым к ней обращаются эти науки, откуда проистекает «понимающая», описательная природа гуманистического направления в психиатрии.

Современная психиатрия сегодня настолько связана с биологическими разделами (генетика, биохимия мозга, психофармакология), что позволяет авторам статьи [15] говорить о разочаровании и отставании. А ведь всего 40 лет назад это был прорыв, «перевернувший» всю психиатрию, сейчас он оценивается как один из признаков кризиса.

И. Зислин так оценивает сложившуюся в настоящее время в психиатрии ситуацию: «Несмотря на всю свою биологичность, по своей природе психиатрия была и остается на сегодняшний день самой языковой медицинской специальностью. Развитие нейролингвистики и когнитивной лингвистики, теоретически должно было приблизить всю область исследования языка в психиатрической клинике к нейронаукам, однако на сегодняшний день этого не произошло. Причина не столько в невнимании к проблеме языка, сколько в упрощенном его понимании. Это упрощение выражается, например, в том, что проблема сознания (без которой рассмотрение проблемы языка бесплодно) является для клиники абсолютно периферийной, и ее формальное решение остается именно на уровне модернистской/картезианской парадигмы» [2, с. 76]. И далее: «Центральные проблемы постмодернизма — текст и реальность, автор и текст — в психиатрии не затронуты вовсе. Игнорирование происходит как на уровне философии, так и на уровне практического невнимания к тексту и нарративу (больного не слышат, а содержание бредового или галлюцинаторного переживания почти полностью теряет свою значимость)» [2].

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

Гуманистическая парадигма психиатрии представлена такими разделами как социальная психиатрия, включая реабилитологию, этнопсихиатрию, психолингвистику, социобиологию, психотерапию, но базовой останется психология, включая клиническую психологию, в частности пато- и нейропсихологию как теоретическую, так и практическую.

К сожалению, между парадигмами существует разрыв. В качестве иллюстрации приведем соотношение фармако- и психотерапии в практике и теории. Последние годы ряд конференций был посвящен их соотношению для преодоления мнения в профессиональном сообществе тезиса

* В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев [29] дают следующие определения: 1. Индивид — человек как представитель рода, имеющий природные свойства; телесное бытие человека. 2. Субъект — человек как носитель предметно-практической деятельности; распорядитель душевных сил. 3. Личность — человек как представитель общества, определяющий свободно и ответственно свою позицию среди других. 4. Индивидуальность — человек как уникальная, самобытная личность, реализующая себя в творческой деятельности. 5. Универсум — высшая ступень духовного развития человека, осознающего свое бытие и место в мире. И все эти этапы и стадии развития человека проходят в течение всей его жизни.

** Несмотря на то, что с помощью морфометрии мозга якобы можно провести дифференциальную диагностику истинных и псевдогаллюцинаций у больных шизофренией (см. сноску два), но в начале диагностика была клинико-психопатологической, а при морфометрии мозга была лишь установлена разная их локализация.

«Или фармакотерапия, или психотерапия», вместо «и/и». И данный разрыв еще не преодолен. В психотерапевтическом сообществе продолжает витать мнение, что психотерапия — самостоятельная междисциплинарная наука. Пока не удается убедить психотерапевтическую общественность в подходе к психотерапии как к психотерапевтическому методу, использующему разные модели, в том числе медицинскую (клиническую) модель психотерапии (Ледер С., 1973, Кабанов М.М. 1976-2005; Карвасарский Б.Д., 1985-2012; Макаров В.В., 1996-2015; Носачев Г.Н., 1996-2016).

К этому можно добавить мнение ведущих отечественных психологов о текущем кризисе в психологической науке [30], что не может не отраз-

иться на теоретических и практических парадигмах психиатрии.

Итак, мы только обозначили кризис внутри психиатрии, показали разрывы между парадигмами и разделами психиатрии, отрицательные тенденции между клиническими нейронауками с тенденцией к скрытой антипсихиатрии. Но психиатрия была и будет, в первую очередь, прагматической дисциплиной и практической реальностью, которая нуждается и в теоретическом, и практическом континууме. И этот континуум мы видим в философии науки, теории познания, в антропологическом и биопсихосоциальном подходах с принципом демаркации клинических нейронаук.

Литература

- Егоров А.Ю., Сабо А., Фельсендорфф С. Модели спортивной аддикции. — *Вопросы психологии*. — 2016. — № 3. — С. 96-109.
- Зислин И. Почему постмодернизм не угрожает современной психиатрии? Тезисы и вопросы к проблеме. — *Неврологический вестник*. — 2016. — № 4. — С. 71-75.
- Канке В.А. Философия науки. Краткий энциклопедический словарь. — М.: *Омега-Л*. — 2008. — 329 с.
- Канке В.А. Общая философия науки. — М.: *Омега-Л*. — 2009. — 354 с.
- Канке В.А. История, философия и методология психологии и педагогики: учеб. Пособие для магистров. — М.: *Издательство Юрайт*. — 2014. — 487 с.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Ното Postmodernus.. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире... — *Новосибирск*. — НГПУ. — 2009. — 248 с.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддикция в культуре отчуждения. — *Новосибирск*. — НГПУ. — 2013. — 434 с.
- Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза). — *Психиатрия и психофармакотерапия*. — *Журн. им П.Б. Ганнушкина*. — 2011. — т. 13. — № 4. — С. 9-13.
- Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка. *Наркология*. — 2010. — № 5. — С. 94-100.
- Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. — М.: *МЕДпресс-информ*. — 2012. — 264 с.
- Менделевич В.Д. Концепция «патологического влечения к ПАВ» сквозь призму канонов современной клинической психиатрии и принципов доказательной медицины. — *Вопросы наркологии*. — 2012. — № 1. — С. 133-143.
- Менделевич В.Д. Проблема дифференциации психопатологических расстройств и поведенческой патологии (на модели физиологически обусловленных расстройств волевой регуляции). — *Рос. психиатр. журн.* — 2013. — № 5. — С. 54-60.
- Менделевич В.Д. Наркология в зеркале психиатрии. — *Вопросы наркологии*. — 2016. — № 5-6. — С. 123-136.
- Неврология: национальное руководство, под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцов, А.Б. Гехт. — М.: *ГЭОТАР-Медиа*. — 2009. — 1040 с.
- Незнанов Н.Г., Морозов П.В., Мартынихин И.А. «Куда идешь?» — *Психиатрия и психофармакотерапия*. — *Журн. им П.Б. Ганнушкина*. — 2011. — т. 13. — №4. — С. 2-9.
- Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В. От наркологии к аддиктологии или все-таки психиатрии? Материалы третьих антинаркотических чтений проф.-препод. состава, студентов и практ. работников, посвященных десятилетию действия Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» 04.04/2008 г. Самара. — 2008. — С. 166-173.
- Носачев Г.Н. Методологический анархизм в наркологии: Дискурс 1. Феноменология и синдромология аддикции. — *Вопросы наркологии*. — 2015. — № 6. — С. 63-73.
- Носачев Г.Н., Романов Д.В., Носачев И.Г. Семiotика психических заболеваний. *Общая Психопатология: учебное пособие*. — М.: *ФОРУМ: ИНФРА-М*. — 2015. — 336 с.
- Носачев Г.Н. Методологический анархизм в наркологии: Дискурс 2. Кризис психодиагностики аддиктивного влечения. — *Вопросы наркологии*. — 2016. — № 1. — С. 95-104.
- Носачев Г.Н. Наркология с позиций философии науки и деятельности. — *Неврологический вестник*. — 2016. — Т.XLVIII, № 4. — С. 77-81.
- Павлов И.С. Науковедение в наркологии: стратегия организации научно-практической деятельности. — *Вопросы наркологии*. — 2012. — № 5. — С. 106-118.
- Павлов И.С. Не кризис современной отечественной наркологии, а проблема взаимодействия теоретических и практических подходов. — *Вопросы наркологии*. — 2015. — № 3. — С. 120-132.

23. Психиатрия: национальное руководство: под ред. Т.В. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанов, В.Я. Семке, А.С. Тиганов. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 1000 с.
24. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. 3-е изд., испр. и доп.- М.: МЕДпресс-информ. — 2011. — 192 с.
25. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. — М.: Наука. — 1984. — 346 с.
26. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д.Менделевича. — СПб.: Речь. — 2007. — 768 с.
27. Савенко Ю.С. Латентные формы антипсихиатрии как главная опасность//Независимый психиатрический журнал. — М. — 2010. — №4. — С. 13-17.
28. Самохвалов В.П. Психиатрия и постмодернизм: из прошлого в будущее //Неврологический вестник. — 2016. — Т. XLVIII, № 4. — С. 61-67.
29. Сводобчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. Введение в психологию субъективности. — М. — 1995. — 387 с.
30. Юревич А.В. Психология и методология. — М.: ИП РАН. — 2005. — 272 с.
31. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локишина А.Б., Коберская Н.Н, Мхитарян Э.А. Деменции: Руководство для врачей. 2-е изд.- М.: МЕДпресс-информ. — 2010. — 272 с.
32. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession// World Psychiatry. — 2010. — №9. — P. 21-28.

References

1. Egorov A., Szabó A., Fellendorf S. Model of sports addiction. Questions of psychology. — 2016. — № 3. — P. 96-109.
2. Zislin I. Why postmodernism is not threatened by modern psychiatry? Abstracts and questions to the problem. Neurological Bulletin. — 2016. — V. XLVIII, No. 4. — P. 71-75.
3. Kanke V.A. Philosophy of science. Short encyclopedic dictionary. — М.: Omega-L. — 2008. — 329 p.
4. Kanke V. A. General philosophy of science. — М.: Omega-L. — 2009. — 354 p.
5. Kanke V.A. History, philosophy and methodology of psychology and pedagogics: textbook. The allowance for master's students. — Moscow: Urait. — 2014. — 487 p.
6. Korolenko C.P., Dmitrieva N. In. Homo Postmodernus. Psychological and mental disorders in the postmodern world... — Novosibirsk. — NSPU. — 2009. — 248 p.
7. Korolenko C.P., Dmitrieva N. In. Addiction to the culture of exclusion. — Novosibirsk. — NSPU. — 2013. — 434 p.
8. Krylov V. I. Clinical psychopathology and evidence-based medicine (the problem of the methodology of diagnosis). — Psychiatry and psychopharmacotherapy. Sib. P.B. Gannushkin. — 2011. — Vol. 13. — № 4. — Pp. 9-13.
9. Mendeleovich V.D. Addictive attraction: theoretical and phenomenological assessment. — Drug and alcohol abuse. — 2010. — № 5. — P. 94-100.
10. Mendeleovich V.D., Sobin M.L. Addictive attraction. — М.: Medpress-inform. — 2012. — 264 p.
11. Mendeleovich V.D., The Concept of „pathological attraction to the surfactant“ through the prism of the canons of modern clinical psychiatry and principles of evidence-based medicine. Issues addiction. — 2012. — № 1. — P. 133-143.
12. Mendeleovich V.D. The Problem of differentiation of psychopathological disorders and behavioral pathologies (on the model of physiologically mediated disorders of volitional regulation). ROS. psychiatrist. — Sib. — 2013. — № 5. — P. 54-60.
13. Mendeleovich V.D. and drug Addiction in the mirror of psychiatry. Issues addiction.- 2016. — № 5-6. — P. 123-136.
14. Neurology: national leadership, ed. by E.I. Gusev, A.N. Konovalov, V. I. Skvortsov, A. B. Hecht.- М.: GEOTAR-Media. — 2009. — 1040 p.
15. Neznanov N.G., Morozov P.V., Martynikhin I.A. „Where are you going?“ — Psychiatry and psychopharmacotherapy. Sib. P. B. Gannushkin. — 2011. — Vol. 13. — № 4. — С. 2-9.
16. Nosachev G.N., Nosachev I.G., Kiseleva V.J. From addiction to addiktology or is it psychiatry? The anti-drug materials of the third readings of Professor-lecturer.staff, students, and pract. workers on the tenth anniversary of the action of the Federal law „On narcotic drugs and psychotropic substances“ 04.04.2008 Samara. — 2008. — P. 166-173.
17. Nosachev G.N. Methodological anarchism to addiction: Discourse 1. Phenomenology and syndromology addiction. Issues addiction. — 2015. — № 6. — 63-73.
18. Nosachev G.N., Romanov D.V., Nosachev I.G. Semiotics of mental illness. General Psychopathology: textbook. — М: FORUM: INFRA-M. — 2015. — 336 p.
19. Nosachev G.N. Methodological anarchism to addiction: Discourse 2. The crisis of psychodiagnostics of addictive desire. Issues addiction. — 2016. — № 1. — P. 95-104.
20. Nosachev G.N. Narcology from positions of philosophy of science and activities. Neurological Bulletin. — 2016. — V. XLVII. — P. 77-81.
21. Pavlov I. S. sociology of Science in addiction: a strategy for organization of scientific-practical activities. Issues addiction. — 2012. — № 5. — P. 106-118.
22. Pavlov I.S. is Not a crisis of modern national addiction, and the problem of interaction of theoretical and practical approaches. Issues addiction. — 2015. — №3. — P. 120-132.
23. Psychiatry: national leadership: ed. by T.V. Dmitrieva, V.N. Krasnova, N.G. Neznanov, V.Y. Semke, A.S. Tiganov. — М.: GEOTAR-Media. — 2009. — 1000 S.

24. Levin O.S. *Algorithms of diagnosis and treatment of dementia*. 3-e Izd., Rev. and extra — M.: Medpress-inform. — 2011. — 192 p.
25. Lomov B.F. *Methodological and theoretical problems of psychology*. — M.: Nauka. — 1984. — 346 S.
26. *Guide addiktology / Under the editorship of Professor V.D. Mendelevich*. — SPb.: It. — 2007. — P. 768.
27. Savenko Y.S. *Latent forms of anti-psychiatry as the main danger // Independent journal of psychiatry*. — M. — 2010. — №4. — S. 13-17.
28. Samokhvalov, V.P. *Psychiatry and postmodernism: from past to future // Neurological Bulletin*. — 2016. — V.XLVIII, No. 4. — P. 61-67.
29. Soobtsokov V.I., Isaev E.I. *Psychology of the person. Introduction to the psychology of subjectivity*. — M., 1995. — 387 p.
30. Yurevich, A. *Century Psychology and methodology*. — Moscow: IP RAS. — 2005. — P. 272.
31. Yakhno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B., Kuberskaya N.N., Mkhitarian E.A. *Dementia: a Guide for physicians*. 2-e Izd. — M.: Medpress-inform. — 2010. — 272 s.

Сведения об авторе

Носачев Геннадий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор по кафедре психиатрии. Специализированный консультативно-диагностический центр клиник Самарского государственного медицинского университета. E-mail: nosachev.g@mail.ru