

Биопсихосоциальная модель в психиатрии: антропо-синергетический взгляд на проблему (сообщение № 1)

Абрамов В.А.¹, Мельниченко В.В.¹, Бабура Е.В.²

¹ Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького, Россия

² Психиатрическая больница № 1, Макеевка, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Статья посвящена проблеме идентичности психиатрии как медицинской науки в описательных категориях биологического редукционизма и гуманитарно-антропологического подхода. Представлены позитивные и негативные стороны использования биомедицинских принципов доказательной медицины в психиатрическом дискурсе. Подчеркивается важность познания человека как синергической (целостной) данности с учетом научнообразных предрассудков. Дается системное холистическое описание патокинеза и содержания психического расстройства через изучение эмерджентных качеств личности и ее потенциала. Приводятся особенности различных типов биопсихосоциальной модели, которые, по мнению их приверженцев, обеспечивают системный подход к взаимоотношениям биологического субстрата (головного мозга) с психическими явлениями и социальным поведением.

Ключевые слова: биопсихосоциальная модель, биологический редукционизм, целостность, личность, антропоцентризм.

Информация об авторах:

Абрамов Владимир Андреевич — e-mail: psihiatria@dnu.ru <https://orcid.org/0000-0003-1605-2131>

Мельниченко Владислава Владимировна* — e-mail: original7771@mail.ru <https://orcid.org/0000-0003-4721-229X>

Бабура Елена Васильевна — e-mail: lena.babura@mail.ru <https://orcid.org/0009-0007-4288-4835>

Как цитировать: Абрамов В.А., Мельниченко В.В., Бабура Е.В. Биопсихосоциальная модель в психиатрии: антропо-синергетический взгляд на проблему (сообщение № 1). *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:2:8-19. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-2-835>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Biopsychosocial model in psychiatry: an anthropo-synergistic view of the problem (Report №1)

Vladimir A. Abramov¹, Vladislava V. Melnichenko¹, Elena V. Babura²

¹M. Gorky Donetsk State Medical University, Russia

²Psychiatric Hospital № 1, Makeevka, Russia

Research article

Summary. The article is devoted to the problem of the identity of psychiatry as a medical science in the descriptive categories of biological reductionism and humanitarian-anthropological approach. The positive and negative aspects of the use of biomedical principles of evidence-based medicine in psychiatric discourse are presented. The importance of cognition of a person as a synergistic (holistic) reality is emphasized, taking into account scientific prejudices. A systematic holistic description of pathokinesis and the content of a mental disorder is given through the study of the emergent qualities of a personality and its potential. The features of various types of biopsychosocial models are given, which, in the opinion of their adherents, provide a systematic approach to the relationship of the biological substrate (the brain) with mental phenomena and social behavior.

Keywords: biopsychosocial model, biological reductionism, integrity, personality, anthropocentrism.



Information about the authors:Vladimir A. Abramov — e-mail: psihiatria@dnmu.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1605-2131>Vladislava V. Melnichenko* — e-mail: original7771@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4721-229X>Elena V. Babura — e-mail: lena.babura@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0007-4288-4835>

To cite this article: Abramov VA, Melnichenko VV, Babura EV. Biopsychosocial model in psychiatry: an anthropo-synergistic view of the problem (Report №1). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:2:8-19. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-2-835>. (In Russ.)

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Психиатрия как самостоятельная дисциплина и одна из наук о человеке прошла долгий и трудный путь своего становления, опираясь на собственные теоретические и методологические принципы. Предпосылки современных представлений в психиатрии находят отражение в трех исторических этапах процесса познания (О. Конт): теологическом (сверхъестественные представления), метафизическом (стремление к умозаконениям и абсолютному знанию о первопричинах) и научном (позитивное познание, опирающееся на наблюдения и факты).

На протяжении всего периода своего развития человечество пыталось понять сущность психических расстройств (безумия, помешательства, сумасшествия) на основе тех или иных представлений о соотношении и взаимосвязи телесного и душевного, биологических и психологических параметров психического функционирования человека. Непримиемые разногласия в понимании природы душевных страданий сформировали два антагонистических направления — школу «психиков», полагавших, что имеются собственные, психогенно обусловленные болезни души, и школу «соматиков», считавших, что «душа сама не может заболеть», заболевает только тело, поэтому психические болезни обусловлены соматически.

После появления в 1803 году термина «психиатрия», предложенного Иоганном Христианом Рейлем, и возникновения необходимости в определении ее официального статуса (статуса самостоятельной дисциплины) у психиатрии был выбор: или оставаться на метафизических (ненаучных) позициях «психиков», или примкнуть к классическому аналитическому естествознанию. Принципиальную и основополагающую роль в этой дискуссии сыграла позиция одного из основоположников научной психиатрии Вильгельма Гризингера, изложенная в его книге «Патология и лечение психических болезней» (1845 г.). Исследования В. Гризингера способствовали созданию теоретических основ и выработке собственной методологии. Он развил положение о том, что психическая деятельность представляет функцию мозга, психическое расстройство — это заболевание мозга, а формы психических расстройств — стадии единого патологического процесса. Этот подход, выведивший психиатрию из области метафизической философии и сближавший ее с общей медициной, был принят классической психиатрией в качестве основополагающего принципа без каких-либо обоснований, то

есть в качестве а priori — веры в сводимость как нормальных, так и аномальных психических процессов к материальному субстрату человеческого тела. На фундаменте этой веры и было возведено здание естественнонаучной психиатрии, которая до сих пор определяет все аспекты ее эволюционного развития, включая психиатрическое законодательство, классификационные подходы, мировоззренческую позицию специалистов и терапевтическую тактику.

Классическая естественнонаучная клиническая психиатрия, основанная на принципах биологического редукционизма, не видит противопоказаний для использования позитивистски ориентированных подходов не только к формализации психиатрических диагнозов, но и к познанию сущности психических расстройств. При этом следует отметить, что в этом случае проблемы идентичности психиатрии как науки, а также верифицируемости основных понятий, методов диагностики и лечения не могли быть решены из-за принципиальной неразрешимости «Mind-body-problem». Проблеме редукционизма в психиатрии не смогли преодолеть все последующие поколения психиатров, включая работающих в эпоху Э. Крепелина.

По мнению Ю.Л. Нуллера [12], благодаря Э. Крепелину «мировая психиатрия, наконец, обрела общий язык», однако, этот язык оказался недостаточно надежным и естественным. Этот язык — язык биологической психиатрии — оказался языком в никуда. И хотя В. Гризингер и Э. Крепелин были уверены, что в будущем их вера в наличие материального субстрата психических расстройств будет подтверждена доказательствами, в действительности, несмотря на достижения в сфере нейронаук, этих доказательств нет до сих пор. Тезис В. Гризингера о том, что эмпиризм «вынужден терпеливо ждать того времени, когда вопросы, касающиеся связи между содержанием и формой психической жизни человека, станут, наконец, проблемами физиологии, а не метафизики», не выдержал испытания временем. В значительной степени этому способствовали неопределенность взаимоотношений между биологическими и психологическими параметрами психического функционирования человека и невнимание к гуманитарным аспектам психиатрии.

В настоящее время именно биологической редукционизм является базовой концепцией, определяющей все аспекты теории, методологии и практики этой дисциплины. При этом продолжает сохраняться вера, что когда-нибудь эти

взгляды получают экспериментальное подтверждение. А пока, как пишет Л. Стивенс [15], «когда мы не понимаем действительных причин, мы создаем объясняющие мифы, а верить в мифы гораздо удобнее, чем признаться в собственном невежестве». Биологические редукционистские взгляды прочно удерживают свои позиции, однако это — тупиковый путь развития психиатрии, поскольку он ведет к неразрешимому в ее системе психофизическому противоречию: наряду с телесной субстанцией позитивистская психиатрия не в состоянии изучать субстанцию души или духа.

Серьезные возражения, касающиеся применимости данной (естественнонаучной) концептуальной основы в психиатрии, можно свести к следующему:

1. Согласно принципам научного познания, субъективное впечатление врача-психиатра о нарушениях психических процессов не дает ему научной информации ни о деятельности головного мозга, ни о реальных и подлинных интрапсихических переживаниях.
2. Классические естественнонаучные представления о психиатрии, какую бы модификацию они не принимали, существенно расходятся с пониманием сущности психической жизни человека, пониманием психики как внутреннего субъективного мира, душевной субъективности человека, его бытия-в-мире, смыслового контекста его жизнедеятельности.
3. Естественнонаучный дискурс психиатрии не позволяет в рамках теории и методологии классической психиатрии преодолеть несовместимость и несводимость двух концепций реальности — физиологического и психического, психофизической двойственности человека, и обеспечить поиск адекватных лечебно-восстановительных методов.

В основе всех концептуально-методологических трудностей в психиатрии, обозначаемых понятиями «противоречия», «кризис», «стагнация» и др., лежит проблема соотношения тела и души, телесного и психического, объективного и субъективного (mind-body-problem), воздвигающая между ними непреодолимый барьер. По мнению В.В. Дунаевского [5], это сводит клинический анализ к одностороннему использованию одного из двух методологических подходов. Однако, хорошо известно, что любая односторонность уводит специалиста от необходимости реализации принципа «лечи не болезнь, а больного» как индивидуальную целостность.

Ни одна из парадигм, односторонне и линейно рассматривающих сущность психических явлений и психических нарушений, не может претендовать на ведущую (краеугольную) концепцию в психиатрии. Совершенно неоправданным, в частности, является традиционное и общепринятое разделение, а, по существу, противопоставление пси-

хиатрии на биологическую и социальную. Проблемным в этом случае оказывается выделение различных предметов и методологии исследования в рамках единой клинической дисциплины.

Современная психиатрия как область знаний выходит за рамки предмета медицинских наук и актуализирует проблему интеграции и структурированности на системном уровне психиатрических знаний. Из этого вытекает необходимость разработки альтернативных научно-философских представлений о сущности психики как единой соматопсихической субстанции и осознания психиатрией своих собственных оснований как науки и собственного предмета исследования. Для решения этой проблемы недостаточно узко-дисциплинарного, одностороннего подхода, ориентированного, в частности, на биологические функции психического.

Биологическому редукционизму «противостоят» пробные попытки антропологических исследований в психиатрии, где человек не классифицируется по категориям (естественнонаучным или каким-либо иным), а понимается, исходя из перспективы его собственного — человеческого — бытия... Здесь психическое заболевание не объясняется с точки зрения нарушений либо функции мозга, либо биологической функции организма и не понимается в соотношении с жизненным циклом развития. Оно описывается, скорее, в его связи со способом и образом конкретного бытия-в-мире» [2].

Отсюда ясно, что реальной альтернативой позитивизму, соответствующей целям антропологической психиатрии, является способ мышления, исходящий из противоречий конкретной целостности личности или диалектический метод. Необходим междисциплинарный синтез знаний о человеке и соответствующая, холистическая, по своей сути, методология. Средствами одной науки, без учета онтологической специфики психических явлений, невозможно объяснить ни их природу, ни их сущность. Однако трудно представить специалиста в области традиционной (классической) психиатрии, у которого психиатрический тезаурус одновременно отражал бы его компетентность в таких областях знаний как медицина, философия, психология, феноменология, антропология, психотерапия, «науках о духе» [4].

Особое значение в перечне этих знаний занимает философия. На всем пути становления и развития психиатрии ей сопутствовал методологический раскол, связанный с невозможностью преодоления противоречий между науками о духе и науками о природе (нейронауками), «объясняющей» и «понимающей», «объективной» и «субъективной» психологией. Не находя в себе самой достаточных оснований для выбора между двумя взаимоисключающими научными концепциями, психиатрия не могла не прийти к пониманию своих научных проблем на основе философского, то есть онтологического понимания в целом. Как подчеркивает Л. Бинсвангер [2], ни одна наука не может объяснить свою интерпретацию, используя

собственные методы просто потому, что последние для этого не предназначены: любой специальный метод имеет в виду особенный предмет, а не себя самое в качестве предмета и уж тем более не тот способ, каким научная дисциплина превращает первоначально безразличное ей явление в свой предмет. Поэтому, по его мнению, стержневая методологическая установка в психиатрии должна заключаться в том, что наука не способна достичь метарефлексии без философии, т.е. без некоторой совокупности базисных онтологических допущений, способов доказательств и обоснования, принципов классификации и т.п.

Между тем, в XXI веке наука заявила свои претензии на тотальное и исчерпывающее познание. Это правило распространилось на все области естествознания, в том числе, на медицину. И, в конечном счете, вылилось в такое ее инновационное направление как доказательная медицина. Но все ли возможно описать методами науки? На этот вопрос А. Эйнштейн ответил так: «Да, это мыслимо, но не имеет никакого смысла. Это было бы изображением неадекватными средствами, как если бы изложить какую-нибудь симфонию Бетховена в виде кривой, выражающей давление воздуха» [19].

Тем не менее, современный статус медицины — это доказательная медицина, то есть научная выверенность и объективность всех компонентов лечебно-диагностического процесса. Использование принципов доказательной медицины означает понимание всех медицинских дисциплин как биологически однослойных. Объект и предмет исследования в этих случаях доступен непосредственному наблюдению, количественной оценке и объективному анализу полученных фактических данных. На практике это означает возможность использования унифицированных диагностических стандартов и клинических протоколов, основанных на современных достижениях медицинской науки, внедрение исключительно психофармакологических методов лечения больных. В рамках таких представлений психиатрия — это раздел медицины, а все аспекты клинической психиатрии должны рассматриваться в рамках доказательной медицины. Так ли это?

Если считать психиатрию медико-биологической наукой (это мнение поддерживает абсолютное большинство психиатров), предметом и объектом которой является организм человека, то на этот вопрос можно ответить утвердительно. Об этом еще в начале XIX века заявил Филипп Пинель, который, после окончания естественно-исторического факультета в Тулузе, защитил диссертацию на тему: «О достоверности, которую математика дает нашим суждениям при занятиях науками».

Однако, в связи с тем, что психиатрия связана с необходимостью применения дуалистического (биологического и гуманитарно-ориентированного) подхода к диагностике и лечению больных, а также с учетом отсутствия надежных биологических коррелятов психических расстройств, а,

следовательно, возможности их количественной оценки, использование принципов доказательной медицины сопряжено со значительными трудностями. По существу, использование в психиатрии доказательств, возможных и естественных в рамках естественнонаучных оснований соматической медицины, совершенно бессмысленно в рамках гуманитарно-ориентированных подходов.

Попытки применения таких технологий (двумерных) сводятся не к достоверности и валидности получаемых фактов, а к жесткой стандартизации и регламентации различных аспектов лечебно-диагностического процесса, не имеющих концептуально-теоретического смысла: от использования стандартизованных опросников и диагностических категорий до фиксированных исследовательских процедур проверки эффективности новых лекарственных средств. При этом принципы доказательной медицины вступают в противоречие с качественными методами исследования, являющимися приоритетными в рамках неклассической (гуманитарной) психиатрии. Такие важнейшие критерии доказательной медицины как надежность (неизменность полученных данных при повторных измерениях вне изменения состояния) и валидность (адекватность, достоверность того, что исследуется и измеряется именно то, что имеется в виду) не могут использоваться при индивидуальном, личностно-ориентированном клиническом подходе.

Естественнонаучный подход, отражающий возможности человеческого разума познавать только материальное, в рамках классической психиатрии и ее позитивистских оснований, не может использоваться в гуманитарных целях для изучения внутреннего, субъективного мира пациента. Несостоятельность такой стыковки позитивного и гуманитарного знания связана с непригодностью эпистемологических подходов точного и естественного знания к «наукам о духе» [27]. Во-первых, по причине ограниченности применения в гуманитарных дисциплинах таких объективных методов верификации научных гипотез, как эксперимент и наблюдение, а также невозможности для гуманитариев в ходе изучения человеческой психики и продуктов ее деятельности полностью абстрагироваться от своей субъективной мировоззренческой парадигмы [7]. Во-вторых, по причине качественно иного функционала гуманитарных дисциплин по сравнению с естественными дисциплинами. Гуманитарные науки не могут и в силу этого не должны, подобно естественным наукам, стремиться «открывать объективные законы», дабы на их базе обосновать тот или иной вариант «идеологии универсального прогресса». Объективно их задача другая — предложить социуму некую «правильную мобилизующую парадигму» [9].

Доказательная медицина — это то, что, безусловно, полезно в плане поиска эффективной терапии биологически обусловленных компонентов психического расстройства. В то же время система доказательности терапевтической эффективно-

сти препаратов оказывается бесполезной в случае изучения психологически и онтологически сформированных психопатологических феноменов. Работая в этом направлении парадигма неклассической психиатрии никак не связана с системой доказательств терапевтической эффективности препаратов, а, следовательно, доказательной медициной как таковой. Тем не менее, принципы «доказательной» психиатрии продолжают оставаться приоритетными в научно-исследовательской работе психиатров. Эта тенденция и явное доминирование биомедицинской парадигмы в дальнейших научных исследованиях психических расстройств могут затормозить и ограничить развитие и внедрение в практику необходимых психологических и социальных методов лечения и профилактики психических нарушений, психосоциальной реабилитации психически больных [17]. В этом случае лечение, сводимое к жесткому выполнению фармакологически акцентированных «протоколов», то есть к шаблонизированному назначению определенных препаратов при конкретных клинических формах заболеваний, вне какой-либо связи с интегративным пониманием не только болезни, но и больного, оказывается никак не связанным ни с социальной несостоятельностью, ни с психологической дезадаптивностью пациентов [9].

Абсолютная невостребованность в психиатрии личностно-ориентированных гуманитарных подходов связана с тем, что они неспособны, подобно естественным наукам, быть объективными. При этом парадокс заключается в том, что и естественные науки применительно к познанию субъективной психической реальности оказываются беспомощными, принципиально неспособными устанавливать объективно верифицируемые факты интрапсихического феномена. Поэтому стремление распространения сугубо формализованного «доказательного» подхода (эффективного по преимуществу лишь в отношении использования фармакологических препаратов) на гуманитарную компоненту медицины и заменить им всю совокупность наработанных десятилетиями методов обоснования эффективности немедикаментозных видов терапии и форм организации медицинской помощи представляются спорным [9]. Эти авторы отмечают, что попытки осмысления данного обстоятельства, наблюдавшиеся, в частности, в отечественной психиатрии в последние десятилетия, повлекли за собой дискурсивный переход от длительному времени доминировавшего в ней биологизаторского (организмо-центричного) подхода к более сложному — эволюционно-популяционному (экологическому). Однако развитие нового гуманитарно-ориентированного взгляда на природу психических болезней и их эффективной терапии столкнулось с тем же препятствием, которое является актуальным для всей научно-гуманитарной сферы — с практической невостребованностью («табуированностью») или лишь формально-ритуальной вербализацией новых концептуально-теоретических моделей.

Тем не менее, доказательная психиатрия имеет право на существование, но только не в рамках неклассической, гуманитарной, личностно-ориентированной психиатрии, направленной (на основе методологии и критериев качественной оценки различных психопатологических феноменов с использованием адекватных методов исследования), на изучение субъективной психической реальности — внутреннего мира пациента. Приоритетность качественных методов исследования в неклассической психиатрии, не относящихся к предмету доказательной медицины, выводит гуманитарный психиатрический дискурс за рамки общепринятых представлений о научности и способах познания психопатологической реальности.

Говоря о проблеме познания человека как целостности, К. Ясперс [20] подчеркивал, что всякий раз, когда мы пытаемся постичь некий смысл, мы исходим из чего-то такого, что уже присутствует в нашем сознании и сообщает нашим усилиям направленность и форму. Речь идет о предрассудках, которые отягощают и парализуют нашу мысль и препятствуют истинному познанию, хотя воспринимаются нами как нечто несомненное и абсолютное.

Развитие психиатрии как науки, ориентированной на изучение человека как биологического объекта, не смогло избежать этих предрассудков, которых в значительной мере лишены работы, выполненные в рамках холистического и экзистенциально-феноменологического подходов, отстаивающих биопсихосоциальную модель психиатрии. К сожалению, методологическая направленность этих исследований не смогла преодолеть линейных, однобоких интерпретаций с приоритетным выделением медико-биологических аспектов, что не способствовало пониманию сущности этого феномена, упрощенно рассматривая его как «иерархическую структуру биологической, психологической и социальной систем с простыми взаимодействиями между этими системами» [16].

Любое психическое расстройство имеет как процессуальную (патокINETическую), так и содержательную стороны. Содержательная (понятийная) сторона определяется предметом психиатрии и ее категорией принадлежности: биологической, психологической или антропоцентрической (духовной) ориентацией. А что является объектом и предметом психиатрии в рамках биопсихосоциальной концепции психических расстройств и ее биологической, психологической и социальной составляющих? Как объединить в единую методологическую конструкцию методы исследования, специфичные для каждой составляющей? Если позитивного ответа на этот вопрос не существует, то биопсихосоциальная концепция психических расстройств является тупиковой. В этой связи можно согласиться с мнением Н.Г. Незнанова, А.П. Коцюбинского и Д.А. Коцюбинского [9] о том, что для подтверждения ее жизнеспособности и преодоления концептуальной стагнации в психиатрии необходима скорейшая разработка

полноценной теории эволюционной психиатрии и интеграционной методологии в целях синтеза биологической психиатрии (как естественно научной дисциплины) и психосоциальной психиатрии (как в значительной степени гуманитарной науки), без чего невозможен успех комплексных терапевтических усилий.

Возможно ли межкатегориальное объединение методологически разных аспектов рассмотрения психических расстройств в рамках набираемой популярности биопсихосоциальной концепции? Возможно ли в принципе концептуальное оформление теоретических представлений такого подхода в связи с несводимостью свойств элементов этой концепции?

Считается, что научной основой таких представлений является холистический (целостный) подход [8, 9], нацеленный на многоосевую (многомерную мультиаксиальную) оценку психических расстройств. Однако холистический подход, связанный с интеграцией различных по своей сути составляющих (био-психо-социо)—это не механическая совокупность элементов. Холистический подход заключается в появлении у целостной системы новых качеств (эмерджентных, системных эффектов) и механизмов синергии, т.е. способности к самоорганизации и поддержанию равновесного состояния системы. Таким эмерджентным качеством, характерным только для человека, является личность (личностный потенциал) как уникальная целостная система, которая представляет собой «открытую возможность» самореализации фундаментальных экзистенциальных (антропоцентричных) констант.

Биопсихосоциальный подход в психиатрии—это не сумма элементов с различными инструментами их познания, поэтому он не может быть объяснен с помощью только научного изучения этих элементов. Биопсихосоциальный подход—это оценка собственно человеческих (бытийных, экзистенциально-феноменологических) отношений человека. Поэтому методологической основой такого подхода могут быть только общепсихологические категории, трансформированные в базисные категории психического здоровья, в т.ч. по версии ВОЗ. Исходя из этого, проработка идеи о целостном единстве тела, психики, социума и духа человека возможна только в рамках гуманистического подхода, предметом анализа которого выступает экзистенциально-бытийные проблемы, структура личностного потенциала человека, его способность к аутентичному существованию, в том числе в условиях экстремально-стрессового воздействия. Целостность биопсихосоциальной конструкции при этом вытекает из самой сущности гуманистического направления и эмерджентных свойств целостной личности—способности ее к полноценному функционированию в различных сферах жизни.

С целью проанализировать альтернативные подходы к современной трактовке биопсихосоциальной модели, которая заслуженно считается основным эпистемологическим (познавательным)

направлением в психиатрии, мы воспользовались двумя современными теоретическими исследованиями, авторы которых демонстрируют различное понимание сущности биопсихосоциальной модели в психиатрии. В статье психиатров Н.Г. Незнанова и соавт. [11] «Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований» приводятся данные, расширяющие биологические границы этой модели за счет генетических характеристик человека, которые выступают мощным, возможно, ведущим фактором этиопатогенеза психических расстройств. В качестве иной точки зрения анализируется научная статья известных психологов А.Б. Холмогоровой и О.В. Рычковой [18] «40 лет биопсихосоциальной модели: что нового?», в которой современная ситуация в нейронауках квалифицируется как методологический кризис, связанный с преобладанием редукционистских подходов, которые игнорируют уникальность человеческой психики. Авторы обосновывают эвристические положения культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского, которые, с их точки зрения являются важным противовесом чрезмерному увлечению современными технологиями изучения мозгового субстрата и его приоритетной роли в понимании биопсихосоциальной концепции в психиатрии.

Н.Г. Незнанов и соавт. [9], уточняя свои взгляды, рассматривают биопсихосоциальную концепцию психических расстройств как путь преодоления концептуальной стагнации в психиатрии и обосновывают её как теоретическую основу для конвергенции и полноценного применения дуалистического, биологического и гуманитарно-ориентированного подхода к лечению больных. В соответствии с базовыми положениями биопсихосоциальной концепции психических расстройств [31, 36], возникновению психической патологии способствуют три глобальных фактора: биологический, включая генетический, психологический и социально-экологический. В связи с этим возникла необходимость в таком многоосевом диагностическом подходе, который, в отличие от имеющихся атеоретических мультиаксиальных разработок, базировался бы на определенных концептуально оформленных теоретических представлениях и одновременно отвечал современным потребностям службы психического здоровья. Такой научной и практической потребности в наибольшей степени соответствует холистический (целостный) подход [8], нацеленный на многоосевую (многомерную, мультиаксиальную) оценку психических расстройств. В этом же контексте можно рассматривать и концепцию функционального диагноза, нацеленного на постановку *diagnosis aegrofti* [1, 3].

Термин «биопсихосоциальный» в контексте психиатрии впервые был упомянут еще в 1964 г. R.R. Grinker в *American Journal of Psychiatry* в статье «Борьба за эклектику». Однако развитие биопсихосоциальной модели в медицине и в психиатрии, в частности, берет начало со статьи G.L. Engel «The need for a new medical model: a

challenge for biomedicine» («Необходимость новой медицинской модели: вызов для медицины»), опубликованной в журнале Science в 1977 году [29].

Предложенная Дж. Энгелем [28, 29] биопсихосоциальная модель как попытка преодоления разных форм редукционизма на основе системного подхода является одним из серьезных методологических прорывов середины XX века. Эта холистическая модель оказалась альтернативной общепринятому на тот период биомедицинскому подходу.

Взгляды Энгеля резко контрастировали с редукционистскими воззрениями, в соответствии с которыми сложные феномены континуума здоровье-болезнь могут быть объяснены с опорой на физикальные, например, молекулярные взаимодействия. Энгель пришел к пониманию того, что на уровне конкретного пациента (как открытой системы) различные уровни биопсихосоциальной иерархии оказывают взаимное влияние друг на друга, и результат — в виде болезни, расстройства — зависит от многих составляющих, не может быть предсказан на основе линейных закономерностей, в рамках редукционистских моделей. В числе значимых идей — убеждение в том, что психосоциальная составляющая влияет на биологическую сильнее, чем это обозначено сторонниками биомедицинских взглядов на болезнь.

Биопсихосоциальный подход приобрел значительное влияние в сфере научных исследований, медицинской практики и образования, а также лег в основу многих международных стратегий здравоохранения [35]. В психиатрии многие исследователи считают его основным [39]. Однако, как справедливо отмечают Н.Г. Незнанов и соавт. [11], ни Энгель, ни его последователи не представили в своих работах четких критериев по внедрению модели ни в научные исследования, ни в клиническую практику. Более того, так и не были в полной мере разработаны методологические и статистические основы анализа характеристик биопсихосоциальной модели, таких как двунаправленные причинно-следственные связи между психологическими и физиологическими переменными, психофизиологические механизмы обратной связи, а также стресс-индуцированные переходы от нормальных состояний к болезненным [40].

Критическая рефлексия этой концепции, рассматриваемой в рамках классической позитивистски-ориентированной психиатрии, показывает контрпродуктивность такого подхода из-за редукционистски-биологической направленности ее психологических и социальных аспектов. Кроме того, социальный вектор биопсихосоциального подхода и неизбежное введение в лексикон психиатров чуждого их профессиональной ориентации понятийного арсенала социальных наук затрудняет не только создание теоретической модели психиатрии, но и ее практическое использование. С другой стороны, социальная составляющая классической психиатрии предполагает понимание внутреннего мира человека как результата его

взаимодействия с социумом, что делает излишним выделение социального контекста как самостоятельного вектора психиатрии как клинической дисциплины. В результате выделение социальной проблематики как важного направления психиатрии является оправданным не в контексте диагностических подходов, а с позиции проведения реабилитационных мероприятий

Таким образом, полноценное теоретическое развитие биопсихосоциального подхода и его соединение с медицинской практикой остается проблематичным: «...биопсихосоциальная парадигма в психиатрии и наркологии еще не получила своего надлежащего воплощения в теоретических и конкретно научных эмпирических исследованиях... Взгляд многих психиатров на больного не проникает дальше психопатологических симптомов и синдромов. Они не видят страдающую личность больного, рассчитывающего на сострадание, понимание и эмоциональную поддержку» [13].

Следует также отметить, что биопсихосоциальная парадигма в психиатрии не имеет однозначного методологического толкования и рассматривается разными авторами или как сочетание разнородных подходов в различных комбинациях, или как смещение в процессе интеграции и синтеза, или как столкновение диаметрально противоположных концепций. Осмысление этих позиций не позволяет понять особенности взаимодействия различных компонентов этой модели. Остается неясным, позволяет ли это взаимодействие дать качественно новый результат, по сравнению с традиционным подходом, и углубить системные представления о сущности психических расстройств. Но самое главное заключается в методологической непроработанности возможности создания на компетентном уровне биопсихосоциальной «формулировки случая», позволяющей устранить междисциплинарные понятийные различия. Все это привело к отсутствию единой методологии в применении модели и накоплению под ее формальным названием крайне разрозненных знаний, предположений, гипотез и точек зрения.

В настоящем исследовании биопсихосоциальная модель в психиатрии анализируется с позиции психиатрии как нейронауки, а именно — генетических оснований, возможностей когнитивной нейронауки, социальной нейронауки, претендующих на статус междисциплинарных и интегративных, и собственно системного подхода. Ниже приводятся особенности различных типов моделей, которые, по мнению их приверженцев, обеспечивают системный подход к взаимоотношениям биологического субстрата (головного мозга) с психическими явлениями и социальным поведением.

Генетическая основа биопсихосоциальной модели. Н.Г. Незнанов и соавт. [10, 11] считают, что современная трактовка биопсихосоциальной модели в основном имеет отношение к этиологии и патогенезу психических заболеваний на основе строго научного подхода с использованием доказательного дизайна и мощных статистических

инструментов. В частности, появление многочисленных и убедительных фактов о существенном генетическом контроле психологического (личностного) домена и важнейшей роли генетических факторов в формировании и функционировании социального домена, а также значительного уровня генетического перекрытия между тремя доменами биопсихосоциальной модели позволяет сформулировать современную трактовку биопсихосоциальной модели на основе приоритетности генетических парадигм, в частности, для психических заболеваний [38], которые подтверждают эту точку зрения и открывают новые возможности для генетического анализа.

Генетическая основа психических заболеваний представляет собой сложнейшую систему множественных взаимосвязанных генетических факторов, влияние которых на риск формирования, сроки и варианты манифеста, клиническую картину, исход и ответ на терапию нуждается в количественном анализе и корректной оценке. Широкомасштабные генетические исследования значительных когорт пациентов доказывают тот факт, что большинство психических заболеваний имеют значительную долю общих генетических детерминант [42].

Считается, что генетические факторы в виде особенностей генов, контролирующих нейрхимические системы этиопатогенеза, непосредственно определяют биологическую основу заболевания на уровне нейромедиаторных систем головного мозга. Прямой вклад генетических факторов в развитие психических заболеваний болезней очень высок и составляет, по разным оценкам, 30-85% [22].

Таким образом, современная трактовка биопсихосоциальной модели на приоритетности генетической основы позволяет достаточно логично и эффективно рассматривать сложные вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний и проводить комплексные исследования по их изучению. Анализ генетического влияния в рамках биопсихосоциальной модели этиологии и патогенеза психических заболеваний представляется ключевым как для понимания роли отдельных доменов модели, так и для оценки вариантов взаимодействия доменов в процессе развития заболевания [11].

Интерпретировать приведенные рассуждения можно как подтверждение приверженности авторов биологической (генетической) концепции психических расстройств, несмотря на постулирование биопсихосоциального подхода. Что касается единого этиопатогенетического комплекса, обозначающего совокупность разнородных биологических, психологических и социальных факторов, то за внешней эффектностью такой семантической структуры просматривается ско-

рее единство мнений авторов, а не сущностных характеристик психических расстройств. При отсутствии четких представлений об этиопатогенезе психической патологии нет оснований считать эти характеристики едиными, скорее они отражают индивидуальные особенности заболевания у конкретного больного. К сожалению, значение совместного действия психологических и социальных факторов в возникновении и развитии заболеваний ограничивается ролью «триггеров» или «модификаторов» [6].

Когнитивная основа биопсихосоциальной модели. Когнитивная нейронаука или модель социального мозга предполагает существование нейроанатомической основы в виде особой функциональной системы (или систем), обеспечивающих осуществление социального познания или социальных когниций — «social cognition» [23]. Концепт «социальный мозг» был создан в парадигме «системного подхода» и предполагал реализацию междисциплинарного направления, с целью «интегрировать современные нейробиологические теории функционирования мозга, данные из когнитивной, клинической психологии, психологии развития, общей и частной психопатологии, этологии, антропологии, социальной психологии и других областей знания» [13]. Интерес к системе «зеркальных нейронов» — как важной составляющей «социального мозга» был обусловлен их многообещающим вкладом в понимание генеза социального поведения, а также патологии последнего.

Дефицит мозговых структур, относящихся к названной системе, и, соответственно, слабость функциональной роли зеркальных нейронов обозначались в качестве причины патологических состояний, таких как шизофрения и расстройства аутистического спектра [24]. Причем, связь между генетической основой, нарушениями мозговых структур и поведением мыслилась прямой, линейной, и роль научения, внешних влияний не рассматривалась.

В русле современных разработок биопсихосоциальной модели британские ученые Р. Мюррей и О. Хоуэс [36, 37] предложили интегративную когнитивную модель социоразвития, объясняющую механизмы возникновения и развития шизофрении. Эта линейная модель объединяет дофаминовую гипотезу, идеи нейроразвития, социоразвития и когнитивную теорию, и включает следующие этапы развития психического расстройства:

- Генетическая уязвимость приводит к нарушениям нейроразвития.
- Последние усиливаются действием неблагоприятных биологических факторов в процессе нейроразвития.
- Это приводит к дизрегуляции дофаминовой системы.
- Социальные стрессоры в детстве также способствуют усилению дизрегуляции дофаминовой системы.
- Социальные стрессоры способствуют и формированию негативных когнитивных схем, кон-

цептуализирующих опыт отрицательных переживаний.

• Негативные когнитивные схемы приводят к неадекватной переработке стимулов, к параноидным интерпретациям, усиливающим психологический стресс и дисрегуляцию дофаминовой системы.

• Возникает острый психотический эпизод.
• Дальнейшее развитие болезни во многом определяется уровнем стресса.

Авторы этой модели отмечают, что «жизненные события и сопряженные с ними когнитивные играют ключевую роль, что, изменяя негативную схему и снижая уровень психологического стресса, психологические терапии и социальные интервенции могут разорвать порочный круг дисрегуляции дофамина и предохранить траекторию социоразвития от возникновения психоза» [36, 37].

Социальная нейронаука: наука о взаимовлиянии между нервной системой и значимым для социума поведением человека. Ее цель: обнаружение механизмов самых сложных форм поведения и переживаний человека (мозговых основ эмпатии, моральных поступков, эмоциональных состояний) с помощью картирования мозга. Этот конструктор (область знаний) претендует на модель, обеспечивающую системный подход к сложным проблемам соотношения биологического субстрата — мозга, социального познания и поведения.

Социальную нейронауку трактуют как «концептуальную дисциплину, сфокусированную на поиске нейрональных, гормональных, клеточных, молекулярных и генетических механизмов, лежащих в основе социальных структур и процессов», в силу чего она может стать основой для понимания важных аспектов психических расстройств [26]. Авторы говорят о «возможностях социальной нейронауки для психиатрии», а также о необходимости нейровизуализационных и генетических исследований, нацеленных на выявление специфических процессов, лежащих в основе социальной жизни. Для обозначения своей позиции по взаимодействию разных направлений они приводят так называемый «золотой треугольник исследований в области социальных нейронаук: электроэнцефалограмма, вызванные потенциалы, вегетативная нервная система, транскраниальная магнитная стимуляция».

Обозначаются возможности социальной нейронауки стать основой «для артикуляции и интеграции теорий, методов и данных, полученных на разных уровнях организации и с использованием подходов разных научных дисциплин для того, чтобы лучше понять причины и лечение психических расстройств» [26], и даже для соединения фармакологического (биологического) подхода к лечению психических расстройств и подхода, основанного «на лечении словом».

Методология социальных нейронаук связана с использованием методов функциональной нейровизуализации (картирования мозга), подтверждающих наличие нейронных систем и цепей,

отражающих аффективные, когнитивные и регуляторные компоненты различных психических (психопатологических) феноменов: эмпатии, моральных реакций, альтруизма, депрессии и многого другого [25, 26]. При этом следует отметить, что данные, на которые опирается социальная нейронаука никак не поддерживают статус последней как системной, а картирование мозга не заменяет сложных биопсихосоциальных моделей. Едва ли знания мозговых основ позволят приблизиться к пониманию переживаний человека. Картирование мозга — это метод исключительно биологической направленности. Он не обладает системностью и не может служить инструментом для формирования интегративных биопсихосоциальных моделей. Невозможно с помощью данных социальной нейронауки объяснять феномены, требующие настоящего мультидисциплинарного подхода и соотвествующей системной методологии.

Достижения в области нейронаук — это достижения в области наук, изучающих деятельность объективно существующего головного мозга с помощью соответствующих нейровизуализационных техник, а не психиатрии, предметом исследования которой является субъективный мир человека и совершенно иная методология.

Следует напомнить, что биопсихосоциальная концепция, предложенная Д. Энгелем, изначально предполагала вызов медицине. Однако сторонники биологических моделей психической патологии, не отрицая полностью роль психологических и социальных факторов, на фоне впечатляющего прогресса в технике исследования современных нейронаук, не спешили освобождать свое сознание от искушения отождествлять процессы в мозге и психические процессы. В наиболее очевидной форме на эту тему высказался один из наиболее ортодоксальных адептов биомедицинской модели в психиатрии — британский психиатр Самуэль Гузе [34]: «Не может быть чересчур биологической психиатрии... базисными науками для психиатрии являются биохимия и молекулярная биология, а не психология».

Даже в основе масштабного исследовательского проекта RDoC (Research Domain Criteria), финансируемого Национальным институтом психического здоровья (NIMH) США, который ориентирован на биопсихосоциальную концепцию в психиатрии, лежит методология нейронаук, биологического редукционизма, которая переживает, по мнению А.Б. Холмогоровой и О.В. Рычковой [14], свой новый ренессанс на фоне успехов технологий нейровизуализации.

Однако, существует и иное мнение. Так, Д. Вейкфилд [41] считает, что в этом проекте недостаточное внимание уделяется значению смысла, субъективного опыта и психической репрезентации, а А. Френсис [30] подтвердил, что энтузиазм, связанный с нейронауками, охвативший весь мир, не оказал пациентам с психическими расстройствами никакой практической пользы.

В работах критической направленности обращается внимание на «отсутствие философской

согласованности и чувствительности к субъективному опыту пациента», что, по мнению критиков, приводит к неконтролируемой эклектике и не дает гарантий против доминирования или, напротив, недостаточной оценки каждого из доменов модели: биологического, психологического и социального» [21]; невозможность обеспечения надежного климата междисциплинарности и плюралистического ландшафта, который бы учитывал весь спектр знаний о человеке (Benning T.V., 2015); использование биопсихосоциальной модели только ради «научного этикета», оставаясь в рамках своих видений причин развития психических расстройств [11]. В настоящее время появляется все больше критических замечаний о том, что биопсихосоциальная парадигма утратила свои первоначальные цели и все чаще используется как объект для «пространных воскресных проповедей», бесполезных и в научном, и в терапевтическом плане [33]. Выказываются сомнения в возможности ее применения в психиатрии, что привело к необходимости выступить на «защиту» этой концепции журнала «Lancet» [32].

Можно согласиться с мнением Н.Г. Незнанова и соавт. [11], которые считают биопсихосоциальную модель в медицине умозрительной гипотезой, не основанной на эмпирическом опыте, результатах экспериментов, но ставшей явной и вполне плодотворной попыткой сформулировать сложность организации человека как живой системы. Авторы считают, что эта умозрительная гипотеза может быть как научным (гениальным) предвидением или ошибкой, тупиковым направлением в развитии науки и только время позволит это оценить. На данном этапе классическая биопсихосоциальная модель не смогла в действительности создать ни новую методологию исследований, ни качественно новый интегративный подход к терапии психических расстройств, который бы реально улучшал прогноз и исход у пациентов.

Конструктивный, по нашему мнению, взгляд на биопсихосоциальную модель в психиатрии в виде антропосинергетического подхода будет изложен во втором сообщении данной работы.

Литература / References

1. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк; 2004. Abramov V.A. Standarty mnogoosevoi diagnostiki v psikhiiatrii. Donetsk; 2004. (In Russ.).
2. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.; 1999. Binsvanger L. Bytie-v-mire. M.; 1999. (In Russ.).
3. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Ленинград, 1975. Volovik V.M. Funkcional'nyj diagnoz v psikhiiatrii i nekotorye spornye voprosy psikhiiatricheskoj diagnostiki. Teoretiko-metodologicheskie problemy klinicheskoi psikhonevrologii. Leningrad, 1975. (In Russ.).
4. Дильтей В. Понимающая психология: Хрестоматия по истории психологии. М.; 1980. Dil'tei V. Poniimayushchaya psikhologiya: Khrestomatiya po istorii psikhologii. M.; 1980. (In Russ.).
5. Дунаевский В.В. О предосудительных стереотипах и воинствующем догматизме. И о врачевании как искусстве. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018;2:125-129. Dunaevsky VV. About reprehensible stereotypes and militant dogmatism. And about healing as an art. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2018;2:125-129. (In Russ.).
6. Кибитов А.О. Биопсихосоциальная модель этиопатогенеза психических заболеваний: критическая роль генетических факторов. Биомаркеры в психиатрии: поиск и перспективы. Томск: Типография «Иван Федоров». 2016. Kibitov A.O. Biopsihosocial'naya model' etiopatogeneza psihicheskikh zabolevanij: kriticheskaya rol' geneticheskikh faktorov. Biomarkery v psikhiiatrii: poisk i perspektivy. Tomsk: Tipografiya «Ivan Fedorov». 2016. (In Russ.).
7. Копосов Н.Е. Как думают историки. М.: Новое литературное обозрение. 2001. Korosov N.E. Kak dumayut istoriki. M.: Novoe literaturnoe obozrenie. 2001. (In Russ.).
8. Незнанов Н.Г. Значение школы В.М. Бехтерева в формировании биопсихосоциальной концепции нервно-психических расстройств. Сиб. Вестник психиатр. и наркол. 2013;1:77-81. Neznapanov NG. The value of the school of V.M. Bekhterev in the formation of the biopsychosocial concept of neuropsychiatric disorders. Sib. Vestnik psikhiiatr. i narkol. 2013;1:77-81. (In Russ.).
9. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2019;1:8-15. Neznapanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. The crisis of natural science and humanitarian approaches in psychiatry. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019;1:8-15. (In Russ.).
10. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная психиатрия: Руководство для врачей. М.: СИМК. 2020. Neznapanov N.G., Kotsyubinsky A.P., Mazo G.E. Biopsihosocial'naja psihiiatrija: Rukovodstvo dlja vrachej. M.: SIMK. 2020. (In Russ.).
11. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д. и др. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2020;26:2-15.

- Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED. Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for modern biomedical research. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2020;26:2-15. (In Russ.).
12. Нуллер Ю.Л. Парадигмы в психиатрии. К.; 1993. Nuller Yu.L. *Paradigmy v psikiatrii*. K.; 1993. (In Russ.).
 13. Полищук Ю.И. О доминировании биологического и отставании психосоциальных направлений в Российской психиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2016;24(4):71-74. Polishchuk Yu.I. *On the dominance of the biological and the lag of psychosocial trends in Russian psychiatry*. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2016;24(4):71-74. (In Russ.).
 14. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Ч. 1. Концепция «социальный мозг» — продукт современной нейронауки. *Культурно-историческая психология*. 2012;3:86-94. Rychkova OV, Kholmogorova AB. *The concept of «social brain» as the basis of social cognition and its disorders in mental pathology. Part 1. The concept of «social brain» is a product of modern neuroscience*. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya*. 2012;3:86-94. (In Russ.).
 15. Стивенс Л. Существует ли душевная болезнь? Академия. 2000. Stivens L. *Sushchestvuet li dushevnyaya bolezni?* Akademiya. 2000. (In Russ.).
 16. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2002;12(3):97-104. Kholmogorova AB. *Biopsychosocial model as a methodological basis for the study of mental disorders*. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2002;12(3):97-104. (In Russ.).
 17. Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;4:53-61. Kholmogorova AB. *Sharpening the struggle of paradigms in the mental health sciences: in search of a way out*. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2014;4:53-61. (In Russ.).
 18. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? *Социальная психология и общество*. 2017;8(4):8-31. Kholmogorova AB, Rychkova OV. *40 years of the biopsychosocial model: what's new?* *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo*. 2017;8(4):8-31. (In Russ.).
 19. Эйнштейн А. Принцип относительности и его следствия в современной физике. В сборнике: Бурсиан В. Принцип относительности. Новые идеи в физике: Неperiod. изд., выходящее под ред. и с предисл. заслуж. проф. И.И. Боргмана. Вып. 3. СПб: Образование; 1912. Ejnshtejn A. *Princip otноситel'nosti i ego sledstviya v sovremennoj fizike*. V sbornike: Bursian V. *Princip otноситel'nosti. Novye idei v fizike*: Neperiod. izd., vyhodyashchee pod red. i s predisl. zasluzh. prof. I.I. Borgmana. Вып. 3. СПб: Образование; 1912. (In Russ.).
 20. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика. 1997. Yaspers K. *Obshchaya psikhopatologiya*. M.: Praktika. 1997. (In Russ.).
 21. Benninge TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Adv Med Educ Pract*. 2015;2(6):347-352.
 22. Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric diseases versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychol. Med*. 2011;41(1):33-40.
 23. Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci*. 1990;1:27-51.
 24. Burns JK. The social brain hypothesis of schizophrenia. *World Psychiatry*. 2006;5:77-81.
 25. Cacioppo J.T., Berntson G.G. *Social neuroscience. Foundations in social neuroscience*. Cambridge: MA: MIT Press; 2002.
 26. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S, Palmer A. *Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry*. *World Psychiatry*. 2014;13(2):131-139.
 27. Dilthey W. *Einleitung in die Geisteswissenschaften*. Bd. 1. Leipzig: Duncker&Humblot; 1983.
 28. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*. 1980;137:535-544.
 29. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-136.
 30. Frances A. RDoC in necessary, but very oversold. *World Psychiatry*. 2014;13:48-49.
 31. Garety PA. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med*. 2001;31:189-195.
 32. Gask L. In defense of the biopsychosocial model. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):548-549.
 33. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009;195:3-4.
 34. Guse S. Biological psychiatry: is there any other kind? *Psychological Medicine*, 1989;19:315-323.
 35. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015;79(5):362-363.
 36. Howes O, Murray R. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014;383:1677-1687.
 37. Howes O, McCutcheon R, Owen M, Murray R. The Role of Genes, Stress and Dopamine in the Development of Schizophrenia. *Biol. Psychiatry*. 2017;81(1):9-20.
 38. Lo MT, Hinds DA, Tung JY, Franz C, Fan CC et al. *Genome-wide analyses for personality traits*

- identify six genomic loci and show correlations with psychiatric disorders. Nat. Genet. 2017;49(1):152-156.*
39. Shubert C. Biopsychosocial research revisited. *Journal of Psychosomatic Research. 2010;68:389-390.*
40. Strauss J, Bernard P, Harper A. Towards a Biopsychosocial Psychiatry. *Psychiatry. 2019;82(2):103-112.*
41. Wakefield JC. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a cjoceptual dimension. *World Psychiatry. 2014;13:38-39.*
42. Zhao H, Nyholl D. Gene-based analyses reveal novel genetic overlap and allelic heterogeneity across five major psychiatric disorders. *Hum. Genet. 2017;136(2):263-274.*

Сведения об авторах

Абрамов Владимир Андреевич — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач ДНР, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава Российской Федерации (283003, г. Донецк, пр. Ильича, д.16). E-mail: psihiatria@dnmu.ru

Мельниченко Владислава Владимировна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава Российской Федерации. E-mail: original7771@mail.ru

Бабура Елена Васильевна — кандидат медицинских наук, главный врач Психиатрической больницы № 1 (Макеевка, ул. Трояновского, д.88А). E-mail: lena.babura@mail.ru

Поступила 28.06.2023

Received 28.06.2023

Принята в печать 16.01.2024

Accepted 16.01.2024

Дата публикации 24.06.2024

Date of publication 24.06.2024