ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ПРИРОДНЫЙ КАТАКЛИЗМ:
ГРАНИЦЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛАНДШАФТА

Степан Эдуардович Давтян

Санкт-Петербургский государственный университет,
199106, г. Санкт-Петербург, Васильевский остров, 21-я линия, 8а, e-mail: stepandavtian@gmail.com

Реферат

Главное препятствие в развитии надёжной систематики психических расстройств — неверно сформулированная задача: естественная классификация требует наличия дискретных элементов, в то время как клинические картины болезней таковыми не являются. Автором предложен альтернативный проект, суть которого заключается в создании карты психопатологического ландшафта на основе дискретных ландшафтообразующих факторов по аналогии с моделями, успешно применяемыми в климатологии.

Ключевые слова: психопатологический ландшафт, ландшафтообразующие факторы.

MENTAL DISORDER AS A NATURAL CATAclysm:
BOUNDARIES OF A PSYCHOPATHOLOGICAL
LANDSCAPE

Stepan E. Davtian

St.-Petersburg State University,
199106, St. Petersburg, Vasiljevsky Island, 21-st line, 8a,
e-mail: stepandavtian@gmail.com

Abstract

The main obstacle to the development of a reliable taxonomy of mental disorders is an incorrectly formulated problem: natural classification requires discrete elements, while the clinical picture of diseases does not meet this requirement. An alternative project is proposed, the essence of which is to create a map of the psychopathological landscape based on discrete landscape-forming factors, by analogy with models successfully used in climatology.

Keywords: psychopathological landscape, landscape-forming factors.

В последние годы стремительно растёт количество публикаций [1–5], авторы которых акцентируют своё внимание на порочном круге, заключающемся в том, что любые существующие на сегодняшний день способы систематики психических заболеваний (категориальные, димENSIONАЛЬНЫЕ, нейробиологические и др.) создают гетерогенные группы, не позволяющие выявить надёжное этиопатогенетическое основание для естественной классификации болезней, а незнание патогенеза препятствует надёжной систематике расстройств. Более того, справедливо утверждают, что некоторые из этих подходов (в частности, МКБ/DSM¹) «лишены научной базы и тормозят как исследование механизмов психиче-

ских расстройств, так и поиск эффективных методов лечения» (см., например, [6]). Вероятно, причина обозначенной проблемы — неверно сформулированная задача: любая естественная классификация требует наличия дискретных элементов, в то время как клинические картины болезней таковыми не являются (в отличие от механизмов их развития, отнюдь не только нейробиологических).

Цель данной работы — изучение возможности разработки ландшафтного подхода к классификации психических расстройств.

Понятие ландшафта используют в разных областях науки (от математики до космологии — например, [7]) для пространственного представления параметров сложных систем. Количество медицинских публикаций, упоминающих «ландшафт» в названиях статей, за последние 5 лет превышает 5000, что приблизительно равно половине всех таких публикаций за все предшествующие десятилетия. Число же работ, посвящённых анализу психопатологического ландшафта, не достигает и 1% публикаций (по результатам поиска в базе PubMed). Нетривиальная задача обозначенного подхода — выделение главных и второстепенных ландшафтообразующих факторов, обуславливающих ключевые параметры исследуемой системы (психики человека в данном случае).

Так, климатический ландшафт Земли определяется тремя главными факторами: географической широтой, рельефом местности и доминирующими воздушными потоками. К второстепенным факторам относятся близость к воде, морские течения, высота над уровнем моря, растительный покров и т.д. Знание этих факторов, от которых зависит многолетний режим погоды (климат) в любой местности, позволяет не только понимать любые капризы природы, но и с неплохой точностью прогнозировать погоду. Наглядной демонстрацией особенности ландшафтного подхода служит то обстоятельство, что погода и климатообразующие факторы описываются совершенно разными наборами параметров: температурой

¹МКБ — Международная классификация болезней. DSM (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

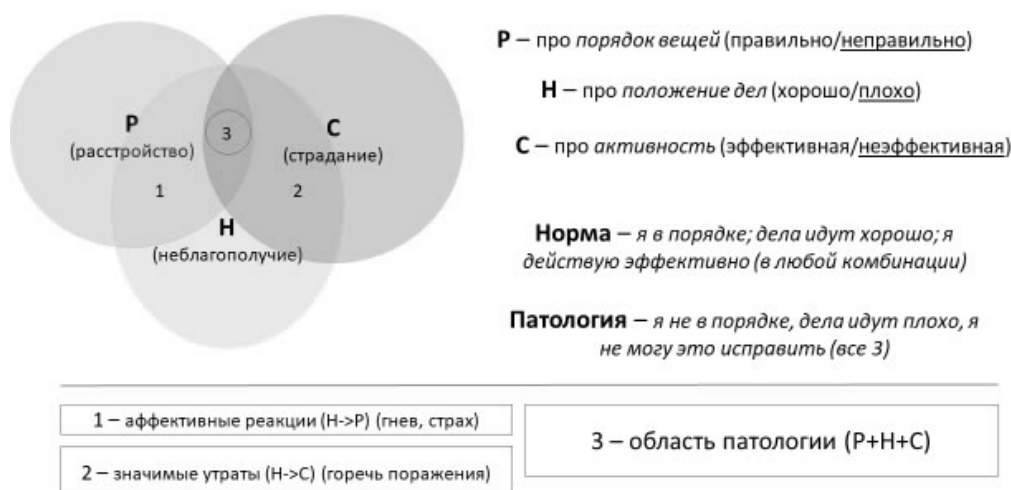


Рис. 1. Границы патологии

и влажностью воздуха, атмосферным давлением, наличием осадков, скоростью ветра и т.п. — в отношении погоды, в отличие от таких «непогодных» параметров для климатообразующих факторов, таких как широта или рельеф местности. Всё это хорошо известно метеорологам, использующим в своей работе сложнейшие математические модели и мощные вычислительные ресурсы для изучения и прогнозирования погоды.

Аналогия между состоянием человека и погодой, с одной стороны, и его болезнью и климатом — с другой, напрашивается сама собой. В случае успешной реализации предлагаемого проекта *диагностика психического расстройства будет заключаться в определении места человека на карте психопатологического ландшафта вместо приклеивания к нему искусственных феноменологических/категориальных ярлыков.*

Немного теории. Не существует хороших определений для таких понятий, как норма, патология или болезнь. Проблема эта выходит далеко за рамки медицины и остаётся предметом многочисленных дискуссий в рамках философского дискурса [8]. Для преодоления этой трудности воспользуемся изобретённой Лейбницем геометрической уловкой, которая называется «*круги Эйлера*». Метод работает в тех случаях, когда для искомого определения не существует *достаточного* условия, но есть несколько *необходимых*. Постулируем три условия, выполнение которых необходимо для развития любой патологии:

1) нарушение *порядка вещей*, свойственного нормальному состоянию системы (не всякое нарушение порядка свидетельствует о патологии, но при всякой патологии порядок должен быть нарушен);

2) неблагополучие, ухудшающее *положение дел* (опять же, не всякое неблагополучие означает патологию, но не бывает патологии без неблагополучия);

3) неспособность системы к восстановлению порядка вследствие дефицита *эффективной активности*, направленной на преодоление неблагополучия;

такое состояние системы мы будем называть страданием (страдание возможно и в норме, но нет патологии без страдания).

Модель. Гипотеза №1: патология возникает при выполнении трёх и только трёх условий — нарушение порядка (disorder/расстройство), неблагополучие, страдание. Поскольку каждое из трёх условий необходимо для развития патологии, то никакие комбинации двух условий не порождают патологию (зоны 1, 2 на рис. 1). Даже выполнение трёх условий не свидетельствует о патологии, но наличие патологии требует, чтобы все три условия выполнялись.

Мы определили патологию через область пересечения всех трёх кругов (зона 3). Вопреки традиции, под словом «расстройство» (буквально нарушение строя) будем понимать не болезнь, и не патологию, а любое нарушение порядка (disorder) как в норме, так и при патологии. В частности, в норме порядок нарушается в двух важных случаях:

1) в целях *адаптации* к меняющимся условиям среды;

2) в целях *развития*, когда на смену прежнему порядку приходит новый.

Именно поэтому порядок в живой самоорганизующейся системе не бывает задан слишком жёстко: он балансирует на грани потери устойчивости (*неравновесность*) в определённом диапазоне вокруг оптимальных параметров (*стационарность*), характеризующих стремление системы к его энергетическому минимуму. При таких условиях функционирования в замкнутых системах неизбежно возрастает энтропия (хаос, противостоящий порядку).

В открытых же системах, *активно* обменивающихся со средой веществом, энергией и информацией, порядок может поддерживаться долго — вплоть до деградации системы вследствие накапливающихся ошибок в регулирующих гомеостаз механизмах. Таким образом, активность (как внутренняя, так и внешняя)



Рис. 2. Границы психопатологического ландшафта

служит важнейшим антиэнтропийным фактором, направленным на поддержание порядка в открытых системах. В норме она может быть высокой и низкой (абсолютные величины, отражающие индивидуальное разнообразие норм), повышенной и пониженной (относительные величины, отражающие текущее состояние отдельного человека). При этом *избыточная, дефицитная, нецеленаправленная* или *нецелесообразная* активность (варианты неэффективной активности) становится ключевой предпосылкой для развития любой патологии. Подробное изложение синергетических и семиотических аспектов модели представлено в работе [9].

Выбранная терминология отражает все важные аспекты, закреплённые в специальной и обыденной лексике для обозначения патологии: МКБ, DSM (расстройство, disorder), Всемирная организация здравоохранения (здоровье как благополучие), болеть=страдать (X страдает Y). Выражения *порядок вещей* и *положение дел* изобрели философы [10] для решения своих задач, мы же используем их для решения своих. Обозначим повышение/улучшение параметра значком ↑, понижение/ухудшение — значком ↓. Тогда нормально функционирующую систему можно описать следующей динамической схемой:

$\downarrow \text{ПВ} \rightarrow \downarrow \text{ПД} \rightarrow \uparrow \text{А} \rightarrow \uparrow \text{ПВ} \rightarrow \uparrow \text{ПД} \rightarrow \downarrow \text{А} \rightarrow \downarrow \text{ПВ}$,

где ПВ — порядок вещей; ПД — положение дел; А — активность.

Нарушение порядка вещей ведёт к ухудшению положения дел, что порождает активность, направленную на преодоление неблагополучия, в результате чего порядок восстанавливается, о чём становится известно по улучшению положения дел, следствием чего становится снижение активности, которое со временем подводит систему к очередному нарушению порядка.

Гипотеза №2: изменения порядка непосредственно не воспринимаются системой, она отвечает только на изменение положения дел.

Мы не знаем уровень глюкозы в крови, но, когда он низкий (нарушение), мы испытываем чувство голода (неблагополучие) и направляем свою активность на поиск еды, а испытав приятную сытость (благополучие), прекращаем есть (в норме). Уровень глюкозы

при этом уже высокий, но мы опять же об этом не знаем — достаточно чувства сытости. Со временем вся история повторяется.

Нормальное или здоровое (для живых систем) состояние поддерживается, пока эта схема работает без ошибок при доминировании отрицательной обратной связи. Патология возникает в тех случаях, когда особый характер нарушения порядка препятствует эффективной активности: (1) в случаях *угнетения* или *возбуждения* системы (порождающих дефицитную или избыточную активность) либо (2) при нарушении *взаимодействия* отдельных подсистем (порождающих нецелесообразную или нецеленаправленную активность). При вышеуказанных нарушениях формируются замкнутые причинно-следственные контуры с доминированием *положительной* обратной связи, ведущие к развитию патологии, то есть возникновению *болезненных* состояний.

Следует различать патологические *реакции*, патологические *состояния*, патологический *процесс* и патологическое *развитие*. Последнее бывает неблагоприятным вариантом *аномального* развития (например, умственная отсталость) либо нейтральной аномалии (например, гомосексуальность), либо благоприятной (например, одарённость) аномалии. Болезнь, как частный случай патологии (ограниченная область внутри зоны 3), включает состояния, требующие лечения — сюда можно отнести все варианты патологических процессов и тяжёлые формы патологического развития. На границе этой области расположены затяжные патологические реакции и тяжёлые стационарные патологические состояния.

Модель РНС (см. рис. 1) описывается параметрами, которые можно охарактеризовать как группу *динамических* ландшафтообразующих факторов. Она, разумеется, не претендует ни на полноту, ни на непротиворечивость, и представляет собой лишь маленький шаг в направлении полной модели, включающей, в частности, описание *структурных* ландшафтообразующих факторов, базирующихся на описании структуры личности (предварительная модель представлена в [11]), и типологии человека — задач необычайной сложности, выходящих за рамки обсуждаемой в данной работе проблемы. Если включить в модель гипотетические структурные факторы (сектора 1, 2, 3, 4), то предварительный набросок карты психопатологического ландшафта будет выглядеть так (рис. 2).

Как видно из рис. 2, область за границами патологического круга представлена большим разнообразием вариантов нормы, каждый из которых граничит со своим (а также ещё с соседним) сектором патологии. Важная особенность карты — наличие *пограничных* и *приграничных* зон (там тоже живут люди!):

- 1) между нормой и патологией;
- 2) между болезненными и неболезненными областями патологии;
- 3) между разными секторами.

Вместе с обширными «континентальными» (закрашенными) областями представленный набросок психопатологического ландшафта (даже с его четырьмя секторами, а их, вероятно, будет намного больше, не говоря уже об уровнях над и под плоскостью рисунка) позволяет, пока гипотетически, покрыть десятки «нозологических единиц» без необходимости их стигматизирующего именованья в рамках существующих эклектических диагностических систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д. и др. Новый подход к систематике психических заболеваний: точка опоры или точка зрения? *Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. 2020; (3): 3–10. [Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V., Kas'yanov E.D. et al. Novyy podkhod k sistematike psikhicheskikh zabolevaniy: tochka opory ili tochka zreniya? *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020; (3): 3–10. (In Russ.)] DOI: 10.31363/2313-7053-2020-3-3-10.
2. Павличенко А.В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике (по материалам XXII Конгресса Европейской психиатрической ассоциации). *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2014; 06: 11–18. [Pavlichenko A.V. Nastoyashchee i budushchee diagnoza v psikhiatricheskoy praktike (po materialam XXII Kongressa Evropeyskoj psikhiatricheskoy assotsiatsii). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*. 2014; 06: 11–18. (In Russ.)]
3. Тиганов А.С. Современная классификация и вопросы клинической психиатрии. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115 (3): 122–124. [Tiganov A.S. Sovremennaya klassifikatsiya i voprosy klinicheskoy psikhiatrii. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015; 115 (3): 122–124. (In Russ.)]
4. Mansell W. Transdiagnostic psychiatry goes above and beyond classification. *World Psychiatry*. 2019; 18 (3): 360–361.
5. Stephan K.E., Bach D.R., Fletcher P.C. et al. Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 1: classification and diagnosis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (1): 77–83.
6. Зобин М.Л., Устинова Н.В. Проблемы психопатологической симптоматики: альтернативные подходы и запросы клинической практики. *Неврологич. вестн.* 2020; LII (2): 20–28. [Zobin M.L., Ustinova N.V. Problemy psikhopatologicheskoy simptomatiki: al'ternativnye podkhody i zaprosy klinicheskoy praktiki. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2020; LII (2): 20–28. (In Russ.)] DOI: 10.17816/nb34129.
7. Сасскинд Л. Космический ландшафт. Теория струн и иллюзия разумного замысла Вселенной. СПб.: Питер. 2015; 448 с. [Sasskind L. *Kosmicheskij landshaft. Teoriya strun i illyuziya razumnogo zamysla Vselennoy*. SPb.: Piter. 2015; 448 p. (In Russ.)]
8. Бардина С.М. Это бред! Можно ли осмыслить безумие? М.: АСТ. 2018; 224 с. [Bardina S.M. *Ehto bred! Mozhno li osmyslit' bezumie?* M.: AST. 2018; 224 p. (In Russ.)]
9. Давтян С.Э. Природа человека и эволюция психотической реальности (трансдисциплинарная модель). *Известия Иркутского гос. ун-та. Серия: Психология*. 2013; 2 (2): 18–32. [Davtyan S.E. Priroda cheloveka i ehvolyutsiya psikhoticheskoy real'nosti (transdistiplinarnaya model'). *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya*. 2013; 2 (2): 18–32. (In Russ.)]
10. Витгенштейн Л. Логико-философский трактат. Пер. с нем. И. Добронравова, Д. Лахути. М.: Наука. 2009; 133 с. [Vitgenshteyn L. *Logiko-filosofskiy traktat*. Per. s nem. I. Dobronravova, D. Lakhuti. M.: Nauka. 2009; 133 p. (In Russ.)]
11. Давтян С.Э., Давтян Е.Н. О природе человека в свете постнеклассической науки (биперсональная модель личности). *Неврологич. вестн. Ж. им. В.М. Бехтерева*. 2017; XLIX (1): 61–68. [Davtyan S.E., Davtyan E.N. O prirode cheloveka v svete postneklassicheskoy nauki (bipersonal'naya model' lichnosti). *Nevrologicheskiy vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva*. 2017; XLIX (1): 61–68. (In Russ.)]

Поступила 17.01.21; принята в печать 01.02.2021.