

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

В четырех томах

Под редакцией А. Б. ХОЛМОГОРОВОЙ

Том 2

ЧАСТНАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Рекомендовано

*Советом по психологии Учебно-методического объединения
по классическому университетскому образованию
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по направлению и специальностям психологии*

2-е издание, стереотипное



Москва
Издательский центр «Академия»
2013

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.4я73

К493

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор, зам. директора по научной работе
Института коррекционной педагогики РАО *И. А. Коробейников*;
доктор психологических наук, профессор, руководитель лаборатории
судебной психологии Государственного научного центра социальной
и судебной психиатрии им. В. П. Сербского *С. Ф. Сафуанов*

Авторы:

А. Б. Холмогорова — Введение, гл. 1, 2, 4, 6, Заключение; Н. Г. Гараян — гл. 3;
Н. В. Тарабрина — гл. 5; М. С. Радионова — гл. 7

Клиническая психология : в 4 т. : учебник для студ.
К493 учреждений высш. проф. образования / под ред. А. Б. Холмо-
горовой. Т. 2. Частная патопсихология / А. Б. Холмогорова,
Н. Г. Гараян, М. С. Радионова, Н. В. Тарабрина. — 2-е изд.,
стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 432 с.

ISBN 978-5-4468-0184-8 (Т. 2)

ISBN 978-5-4468-0182-4

Книга представляет собой второй том четырехтомного учебника по клинической психологии, подготовленного коллективом сотрудников кафедры клинической психологии и психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ). Данный том посвящен анализу важных и широко распространенных психических расстройств, с которыми клиническому психологу приходится сталкиваться особенно часто. Рассматриваются история их изучения, основные теоретические модели, предложенные для их объяснения, а также наиболее важные результаты эмпирических исследований этих расстройств. На основании проведенного всестороннего анализа формулируются научно обоснованные мишени психологической помощи больным, страдающим шизофренией, депрессией, тревожными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством, личностными расстройствами, а также зависимым от алкоголя и наркотиков.

Для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по направлению «Психология», специальности «Клиническая психология», а также аспирантов, преподавателей и широкого круга специалистов научных, образовательных и медицинских учреждений, интересующихся современными научными данными в области изучения различных форм психической патологии.

УДК 159.9(075.8)

ББК 88.4я73

*Оригинал-макет данного издания является собственностью
Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом
без согласия правообладателя запрещается*

© Холмогорова А. Б., Гараян Н. Г., Радионова М. С.,
Тарабрина Н. В., 2012

ISBN 978-5-4468-0184-8 (Т. 2)

ISBN 978-5-4468-0182-4

© Образовательно-издательский центр «Академия», 2012
© Оформление. Издательский центр «Академия», 2012

История науки должна... критически составляться каждым научным поколением, и не только потому, что меняются запасы наших знаний о прошлом, открываются новые документы или находятся новые приемы восстановления былого. Нет! Необходимо вновь научно перерабатывать историю науки, вновь исторически уходить в прошлое потому, что благодаря развитию современного знания, в прошлом получает значение одно и теряет другое.

В. Вернадский

Предисловие

При подготовке второго тома учебника «Клиническая психология» передо мной как редактором стоял сложный выбор. Раздел «Частная патопсихология», которому посвящен данный том, охватывает огромное количество психических расстройств, выделенных в отдельные диагностические единицы в современной международной классификации. Именно поэтому многие учебники, авторы которых пытаются отразить все многообразие психической патологии, напоминают справочники и имеют очень большой объем. При таком подходе почти неизбежно опускается исторический аспект проблем, а их сложность и дискуссионность редуцируются, создавая опасную иллюзию ясности в сфере наук о психическом здоровье, которые требуют от специалистов системности, самостоятельности и критичности мышления, учета эволюции различных позиций и данных, творческого подхода и поиска.

Так как объем данного тома был существенно ограничен издательскими требованиями, было решено представить лишь наиболее распространенные виды психических расстройств, которые имеют особую важность для профессиональной подготовки клинических психологов и других специалистов в области психического здоровья. При этом авторы учебника старались охватить наиболее значимые разработки зарубежных и отечественных авторов, а также историю изучения рассматриваемых форм психической патологии.

Представляется важным, чтобы в работе с данным учебником будущие специалисты не теряли из виду не только исторический фокус анализируемых здесь проблем, но и историю российского общества, во многом определяющую социально-психологические аспекты психического здоровья населения нашей страны. На протяжении последнего столетия Россия испытывала глубокие социально-экономические потрясения, и в новый XXI век она вступила с большими человеческими и моральными потерями.

Войны, революции, репрессии, чудовищные преступления против человечности в эпоху сталинизма, разочарования в попытках переустройства общества не прибавили многим людям оптимизма, доверия друг к другу и уверенности в завтрашнем дне.

Реализация принципов культурно-исторической психологии предполагает пристальное внимание к состоянию общества, его ценностям, которые реализуются в разных сферах (образование, жизнь современной семьи и т.д.) и задают социальную ситуацию развития личности. Согласно А.Адлеру, психическое здоровье личности во многом определяется наличием «социального интереса», способности к кооперации с другими людьми ради общественно полезных целей. Искренность, способность к доверительному контакту, как еще один важный критерий психического здоровья, признаваемый представителями разных психологических школ, рождается в условиях открытого общения, которое исключает двоемыслие и фасадность, прикрывающие нерешенные проблемы.

Поэтому представляется столь важным для специалистов, работающих в сфере психического здоровья, хорошо осознавать и держать в фокусе внимания болевые точки общества и семьи. Так, вызывает беспокойство и требует системного анализа устойчивая тенденция к депопуляции, которая выражается в сокращении численности детского населения и высоком уровне смертности. Россия занимает одно из последних мест по средней продолжительности жизни, уступая многим более бедным странам. Согласно последним статистическим данным средняя продолжительность жизни российского мужчины менее 59 лет, в то время как для мужчин в странах Западной Европы этот показатель составляет от 74 до 78 лет. Один из главных факторов этой угрожающей ситуации — злоупотребление алкоголем, достигающее 15 литров чистого спирта на человека в год (или три бутылки водки на человека в неделю).

Демографические опросы фиксируют высокий уровень тревоги и неуверенность в завтрашнем дне, а уровень суицидов в нашей стране остается одним из самых высоких в Европе (каждый год в среднем 24 человека из 100 000 населения кончают жизнь самоубийством), 20 % населения живут за чертой бедности, а 40 % имеют доход ниже прожиточного минимума. По сравнению с 1995 в 2008 г. вдвое возросло число детей, родители которых лишены родительских прав, не спадает волна сиротства, охватившая Россию в 1990-е гг.

На XVI конгрессе Европейского союза школьной и университетской медицины и здоровья, который состоялся в 2011 г. в Москве, отмечалось, что нервно-психические расстройства лидируют по распространенности среди других болезней в российской студенческой популяции.

Важно подчеркнуть критическую необходимость разработки серьезных социальных программ, включающих психологическую составляющую и направленных на снижение уровня потребления алкоголя, количества суицидов, случаев жестокого обращения с детьми, числа родителей, лишенных родительских прав, числа беспризорников и детей-социальных сирот. Остро стоят также задачи психологической помощи дезадаптированной студенческой молодежи и другим группам риска, а также страдающим различными психическими расстройствами. Психологи, в том числе клинические, должны быть готовыми включиться в решение перечисленных задач, что требует глубоких знаний о таких наиболее распространенных психических расстройствах в современном обществе, как депрессия, тревожные расстройства и расстройства, связанные со стрессом, патология характера или личностные расстройства, а также такие формы зависимости, как алкоголизм и наркомания. Именно на них сконцентрировали свое внимание авторы данного тома (напомню, что проблемам психопатологии детского возраста, нейропсихологическим аспектам психической патологии и психосоматическим расстройствам будет посвящен третий том, а методам клинической психодиагностики и психологической помощи — четвертый).

Заканчивая это краткое предисловие, хотелось бы выразить благодарность моим соавторам по данному изданию за их терпение в процессе многократной переработки текста и за глубокую заинтересованность в результате. Важную роль в совершенствовании учебника сыграли усилия Веры Григорьевны Щур, осуществлявшей общую редакцию текста, ей также адресована моя признательность и благодарность за психологическую поддержку, продуктивный диалог и неизменное внимание к содержанию и задачам книги. Особая благодарность адресована моему мужу Виктору Кирилловичу Зарецкому, неизменному консультанту по методологическим вопросам, за внимательное отношение к рукописи и поддержку на всех этапах работы над учебником. Отдельно хотелось бы поблагодарить Ольгу Дмитриевну Пуговкину за постоянную техническую поддержку в процессе работы и постоянную готовность выделить на это время и силы. Большое спасибо также Вере Александровне Горчаковой, Анне Владимировне Серебряной, Виктории Валерьевне Красновой, Ирине Валерьевне Никитиной и Лилии Наимовне Якубовой за техническую помощь на разных этапах работы.

А. Б. Холмогорова

Введение

Я думаю, что самое глубокое значение науки раскрывается, когда она рассматривается как одна из сторон недолговечной, но продолжающейся жизни. Ощущение непрерывности, несмотря на все изменения, поддерживает ученого в его постоянном возвращении от теории к наблюдению, в его постоянном стремлении изобрести новые, более глубокие и более полные объяснительные модели...

Х. Кохут

Это драма, драма идей...

А. Эйнштейн

Целесообразность выделения раздела «Частная патопсихология» связана со все большим накоплением психологических знаний относительно различных психических расстройств, которые не укладываются в рамки функционального подхода — традиционной характеристики психической патологии на основе описания разных типов нарушений психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления). В главах, посвященных отдельным расстройствам, будут рассмотрены: краткая история изучения; современные критерии выделения и имеющиеся эпидемиологические данные; наиболее важные теоретические модели каждого расстройства; основные эмпирические исследования; итоги изучения и мишени помощи, вытекающие из накопленных теоретических и эмпирических данных.

Теоретические модели конкретных психических расстройств будут освещаться с учетом содержания первого тома учебника (Холмогорова, 2010), посвященного общим моделям нормы и патологии в рамках разных подходов и психологических школ. Знание представленных в первом томе моделирующих представлений о развитии психики в норме и патологии, понимание эволюции теоретико-методологических принципов и исследовательских правил каждой из основных психологических традиций существенно облегчит читателю овладение материалом данного тома, где рассмотрены модели частных расстройств и результаты конкретных эмпирических исследований.

В *главе 1* данного тома мы сочли необходимым остановиться на основополагающих методологических вопросах применения системного и культурно-исторического подходов в изучении психических расстройств, а также на проблемах их классификации. В этой же главе кратко описаны основные виды исследований в современной клинической психологии.

Направленность и методологические основания исследований в клинической психологии претерпели значительные изменения за почти столетний период ее существования как области психологической науки. *Исторически движение шло от проблем исследования особенностей изменения психики при различных формах патологии к проблемам ее этиологии*, т.е. изучению психологических и психосоциальных факторов, которые провоцируют возникновение и осложняют течение психических расстройств, а также ресурсов — протективных, защитных факторов, препятствующих возникновению и облегчающих течение психических расстройств.

Доминирование исследований проявлений нарушений психического функционирования при различных формах патологии соответствовало этапу становления клинической психологии как области психодиагностики в период господства биологических моделей психических расстройств, когда психологическим факторам не отводилось сколько-нибудь существенной роли в этиологии психических расстройств (см. т. 1, подразд. 2.3).

Изучение роли психосоциальных факторов в возникновении и течении психических расстройств развернулось на этапе становления клинической психологии как области знания, включающей задачи оказания психологической помощи, с целью выявления научно обоснованных мишеней. На этом этапе набирали силу традиции клинической психологии (психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная и экзистенциально-гуманистическая), было накоплено достаточно знаний, чтобы строить и проверять различные гипотезы о роли тех или иных социальных и психологических факторов в генезе и течении различных психических расстройств (см. т. 1, гл. 2).

Наконец, на современном этапе развития клинической психологии как неклассической науки эмпирические исследования и психотерапевтическая практика все чаще строятся на основе системных биопсихосоциальных моделей, направленных на интеграцию наиболее обоснованных гипотез, эвристичных идей и эффективных методов, накопленных в разных школах и традициях (см. т. 1, подразд. 1.2).

Таким образом, историческое развитие психологических исследований психической патологии можно представить как доминирование разных моделей: 1) *описательных* или *феноменологических*, направленных на выявление характера психологических нарушений при различных расстройствах; 2) *объяснительных*, связанных с поиском психологических механизмов или некоторых общих закономерностей, стоящих за феноменологией нарушений при разных расстройствах; 3) *этиологических*, нацеленных на социальные и психологические факторы, оказывающие влияние на возникновение и течение психических расстройств.

На современном этапе постепенное утверждение и признание биопсихосоциальной природы психических расстройств способствовало разворачиванию **комплексных междисциплинарных исследований на основе системного подхода**, которые направлены на выявление роли и удельного веса различных факторов (см. т. 1, подразд. 2.6, заключение). Будучи одним из пионеров системного подхода в России, Э. Г. Юдин подчеркивал, что этот подход является не только важной методологической основой исследований, но «имеет и непосредственное практическое значение: в психотерапии он предполагает, что причины расстройства должны отыскиваться на разных уровнях, в том числе в сфере ценностей и символов. К этой же группе предпосылок относится и необходимость учитывать в психологическом исследовании, что человек не изолированный остров, он организован в системы различного уровня, начиная от малых групп и кончая цивилизацией» (Юдин Э. Г. — 1978. — С. 201).

Любые исследования этиологии и течения психических расстройств (как биологической предрасположенности, так и психологических факторов), а также проведение лечения, предполагают выделение видов этих расстройств, т. е. их **классификацию**. Соответственно, учебники психиатрии и клинической психологии опираются на эту классификацию при описании феноменологии расстройств, особенностей их возникновения, течения и лечения.

В то же время классификация психических расстройств является одним из наиболее дискуссионных вопросов в современной науке и достижение договоренности между специалистами, придерживающимися разных точек зрения, — трудная и ответственная задача, которая решается при активном участии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

При рассмотрении конкретных психических расстройств мы будем опираться на классификацию последнего пересмотра МКБ-10. В подготовке этой классификации принимали участие ведущие ученые в области психической патологии из многих стран мира, включая Россию. Несмотря на ее критику со стороны зарубежных и отечественных психиатров, на сегодняшний день МКБ-10 является широко признанным и верифицированным инструментом диагностики психических расстройств. Помимо исследовательских задач хорошее знание классификации психических расстройств необходимо клиническому психологу для коммуникации со специалистами-врачами, а также для решения психодиагностических и психотерапевтических задач.

Материал организован и изложен в соответствии с основными принципами современной методологии науки (т. 1, с. 59): **принципом историчности научного знания** (рассмотрение теоретических представлений и эмпирических ис-

следований в их исторической перспективе и развитии); **принципом целостности научного знания** (комплексный, совместный анализ теоретических представлений и эмпирических данных). Этим определяется структура глав, включающих подразделы, касающиеся истории, теоретических моделей и эмпирических исследований каждого из расстройств, рассмотренных в данном томе. Неклассическая, практическая ориентация современной клинической психологии (см. подробнее т. 1, подразд. 1.2) выражается в синтезе имеющихся знаний, при подведении итогов и формулировании выводов в конце каждой главы под углом зрения задач психологической помощи.

Из большого количества различных психических расстройств, выделенных в современной классификации, нами были выбраны те, которые являются наиболее эпидемиологически значимыми (т.е. наиболее распространенными) на сегодняшний день и с которыми клинический психолог часто сталкивается при проведении психодиагностики и оказании психологической помощи.

Из раздела F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», где собраны диагностические категории так называемого шизофренического спектра, в *главе 2* рассматривается **шизофрения** (диагностическая категория F20) — классический предмет исследований в психиатрии и клинической психологии, первая нозологическая единица, гипотетически выделенная Э. Крепелином. Хотя шизофрения не относится к числу наиболее распространенных психических расстройств, ее с полным правом можно назвать оселковым камнем психиатрии и клинической психологии, на нем «затачивались» и разрабатывались различные исследовательские инструменты — модели, гипотезы, диагностические методики, которые позднее применялись при исследовании других форм психической патологии. Кроме того, это одно из самых загадочных, тяжелых и «дорогих» расстройств, связанных с весомым экономическим бременем для бюджета здравоохранения самых разных стран, включая Россию. Над загадкой шизофрении вот уже больше столетия бьются ведущие специалисты из самых разных областей знания, поэтому столь важно представить для будущих профессионалов историю и итоги этой борьбы.

Из раздела F3 «Аффективные расстройства настроения» для подробного анализа нами были выбраны **депрессивные расстройства** — наиболее широко распространенная форма психической патологии в современном мире, связанная с наиболее тяжелым экономическим бременем для общества. Хотя второй нозологической единицей, исторически выделенной Э. Крепелином в его знаменитой классификации, был маниакально-депрессивный психоз, которой вошел в раздел F3 современной классификации под рубрикой биполярные расстройства настроения (F 31), в *главе 3* нами будут специально рассмотрены только

монополярные депрессии. Входящие в раздел F3 биполярные аффективные расстройства встречаются значительно реже, чем монополярные, кроме того, больные биполярными расстройствами, как правило, проходят лечение у психиатра и реже попадают в поле зрения клинических психологов. По этим же причинам специально не будет рассматриваться кластер F30 — маниакальный эпизод.

Из раздела F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» в *главе 4* будут рассмотрены **тревожные расстройства** (F40 — F41), а в *главе 5 расстройств, связанные со стрессом* (F43). Тревожные расстройства фактически не уступают депрессивным по своей эпидемиологической значимости, а люди, страдающие различными страхами, наиболее часто попадают в поле зрения психологов. Что касается расстройств, связанных со стрессом, то увеличение частоты техногенных катастроф и экологических бедствий делает очень актуальным изучение их последствий для человека, а также разработку методов помощи жертвам различных видов травматического стресса. Подробно мы остановились на наиболее распространенных и хорошо изученных расстройствах, которые особенно привлекают внимание исследователей в последние годы — **социальная фобия** (F40.1), **паническое расстройство** (F41.0) и **посттравматическое стрессовое расстройство** (F43.1).

Глава 6 посвящена кластеру F60 «**Специфические расстройства личности**» из раздела F6 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых», причем основное внимание будет уделено так называемому пограничному расстройству, которое фигурирует под таким именем в американской классификации DSM-IV, а в МКБ-10 — под рубрикой F60.31 «**Эмоционально неустойчивое расстройство личности. Пограничный тип**». Такое ограничение связано с теми же причинами, которые уже приводились для обоснования выбора расстройств из других разделов — уровень распространенности, тяжесть последствий для жизни и здоровья, степень изученности, обращаемость за психологической помощью. Вместе с тем в случае кластера F60 для такого ограничения существуют причины и более веские — остальным личностным расстройствам пока посвящено очень мало теоретических и эмпирических исследований, в то время как количество научной литературы, касающейся пограничного расстройства, растет по экспоненте. (Достаточно сказать, что в 2010 г. в Берлине прошел первый международный конгресс, полностью посвященный этому расстройству.) Таким образом, более подробное освещение пограничного расстройства личности отражает состояние исследований в области личностной патологии на сегодняшний день.

Учитывая неуклонный рост разных форм зависимости от психоактивных веществ и прямо связанный с этим высокий уровень

смертности российского населения, а также высокую коморбидность этих расстройств с другими формами психической патологии, особое внимание в учебнике уделяется разделу F1 «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ», из которого в *главе 7* будут рассмотрены наиболее распространенные и наиболее тяжелые по последствиям для здоровья и жизни формы зависимости — **алкоголизм и наркомании**.

Из-за ограниченного объема издания мы вынуждены были сознательно отказаться от анализа расстройств, в которых ведущую роль играют органические и физические факторы или в клинической картине доминируют соматические симптомы. Страдающие ими пациенты относительно редко обращаются за психологической помощью. Это расстройства из разделов F0 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» и F5 «Поведенческие симптомы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами», а также кластер F45 «Соматоформные расстройства». Вместе с тем многие из этих расстройств являются широко распространенными и специфичными для современной культуры (расстройства сна неорганической природы, расстройства приема пищи, соматоформные расстройства, различные сексуальные дисфункции психогенного характера), а страдающие ими нуждаются в психологических методах помощи. Мы надеемся осветить их при появлении возможности расширенного издания.

Наконец, три последних раздела классификации F7 — F9, касающиеся психических нарушений в детском и подростковом возрасте, будут рассмотрены в третьем томе учебника в разделе «Детская патопсихология».

Методологические основания эмпирических исследований в современной клинической психологии

В рамках аналитического подхода мы пристально всматриваемся в устройство интересующего нас объекта, разделяем его, чтобы понять структуру и особенности отдельных частей, а затем через них объяснить свойства целого.

Но какая опасность подстерегает нас каждый раз, когда мы рассекаем это целое на части и начинаем рассматривать их по отдельности? Из поля зрения уходят...связи между частями. А если они существенны для понимания закономерностей интересующих нас свойств, возникновения волнующей нас проблемы? Тогда наше понимание неизбежно будет неполным, а то и просто ложным, мнимым, а наши рекомендации — спорными или даже вредными!

Ю. Т. Рубаник

1.1. Теория стресса и диатез-стресс-буферные модели как основа для развития биопсихосоциальных моделей и эмпирических исследований психической патологии

Неклассический характер, научно-практическая ориентация современной клинической психологии выдвигают на первое место задачу синтеза разнородных знаний. Конкретное воплощение биопсихосоциального подхода к психической патологии подразумевает необходимость выделения принципов связи между многочисленными факторами разного уровня.

Современное состояние научного знания, включая клиническую психологию, прекрасно выражают слова специалиста по системному подходу Ю.Т.Рубаника. «Система наук и отраслей прикладного знания, развивающаяся в результате непрерывного углубления специализации, порождает экспоненциально возрастающий поток разнородной, плохо интегрируемой информации. Даже специалисты, принадлежащие к нескольким направлениям одной и той же дисциплины, зачастую не понимают друг друга: они используют различную терминологию, по-своему толкуют различные термины, оперируют специфиче-

скими закономерностями и экспериментальными фактами — в общем говорят на разных языках. Расчлененность знаний становится тормозом процесса их синтеза, необходимого для качественного продвижения в понимании, для получения значимых научно-практических результатов...

Попытка преодолеть барьер сложности за счет чрезмерного упрощения, огрубления используемых моделей и представлений лишает их глубины и прогностической силы, обесценивает получаемые с их помощью результаты. Они дают иллюзию простоты, сеют искушение и ложь! Здесь уместно вспомнить слова Дж. Биллингса: “Я не предложу и двух центов за простоту по эту сторону сложности, но отдам жизнь за простоту по ту сторону сложности”.

Как перейти фундаментальный рубеж и оказаться “по ту сторону”, как найти “правдивую простоту”? Множество данных не дает знания, если не определены соединяющие их закономерности. Большой объем информации не ведет к пониманию, если клубок запутанных взаимосвязей не складывается в ясный, охватываемый человеческим сознанием образ. Ответ на фундаментальный вопрос о решении проблемы сложности дают методы системного подхода, моделирования. Секрет понимания системы, создания ее целостного образа состоит в умении выделить ее главные связи, взаимозависимости, определяющие специфические особенности ее жизнедеятельности, формирование интегральных свойств» (Рубаник Ю. Т. — 2006. — С. 13 — 14).

На развитие современных системных многофакторных моделей психической нормы и патологии значительное влияние оказала **теория стресса**. Она принадлежит к тем интегральным теориям, которые дают возможность несколько упорядочить поток разнородной, плохо интегрируемой информации, дают ключ к построению новых гипотез и их проверке. Теория стресса и производные от нее модели психической патологии, которые будут рассмотрены ниже, позволяют, с одной стороны, увязать между собой самые разные факторы в плане их возможных функций и взаимовлияния, с другой — дать объяснение многим разрозненным эмпирическим фактам, привести их в систему.

Автором и главным разработчиком теории стресса является канадский ученый **Ганс Селье** (Селье Г. — 1982), изучавший биологические реакции животных и человека в ответ на различные воздействия среды. Он определил **стресс как неспецифическую реакцию организма на различные требования среды или стрессоры**. Негативные стрессоры при определенных условиях (продолжительность и сила воздействия, исходное состояние организма) могут приводить к **дистрессу — различным нарушениям в функционировании организма**.

Теория биологического стресса оказала значительное влияние на различные научные теории психической и соматической патологии, в том числе и на психологические модели, кроме того,

она позволяла увязать модели разных уровней и дисциплин. «Об эффективности поисков неспецифического в психических проявлениях, а может быть, о надежде с помощью концепции стресса объединить сведения о психологических процессах, связать их с данными о физиологических механизмах свидетельствует массовость перехода психологов под знамя исследований стресса» (Китаев-Смык Л.А. — 1983. — С. 23). Это вполне справедливо для психологов, занимающихся разработкой моделей психической патологии. Возникшее позднее понятие психологического стресса, различение физиологического и эмоционального стресса оказались очень плодотворными. Л.А. Китаев-Смык, один из первых отечественных последователей и популяризаторов концепции Г.Селье, определил стресс как «неспецифические проявления адаптивной активности при действии любых значимых для организма факторов» (Китаев-Смык Л.А. — 1983. — С. 24).

На основе концепции стресса возникла так называемая **диатез-стрессовая модель психических расстройств**, ставшая важной методологической основой современных эмпирических исследований в психиатрии и клинической психологии. Согласно этой модели имеются разные виды предрасположенности к психической патологии, которые и получили название «диатеза» — «слабого звена» в организме или психической организации человека. Идея «слабого звена» являлась одним из важных положений теории биологического стресса Г.Селье. Она позволяла объяснить возникновение спектра специфических реакций на определенные стрессоры и, в частности, ответить на вопрос, почему наряду с общими неспецифическими изменениями у разных людей в результате дистресса, вызванного сходными стрессорами, отмечается специфическая патология того или иного органа. Изначально ослабленный орган и представлял собой, согласно Г.Селье, то самое «слабое звено в цепи», или фактор уязвимости, составляющий наиболее вероятную брешь.

Одним из путей интеграции данной концепции в психологию стала разработка представлений о **психологическом стрессе**, начатая американским психологом когнитивного направления **Рихардом Лазарусом**. Согласно его концепции источником дистресса могут быть не только вредные внешние воздействия, но и неэффективные психологические процессы переработки информации. «Стресс является реакцией не столько на физические свойства ситуации, сколько на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром. Это в большей степени продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов), степени обученности способам управления и стратегии поведения, их адекватному выбору» (Бодров В.А. — 2006. — С. 4).

Таким образом, были выделены **факторы уязвимости, которые повышают риск возникновения болезни**¹ и могут быть: 1) неспецифическими (т.е. повышать риск целого спектра заболеваний) и специфическими (предрасполагающими к определенным формам патологии); 2) носить биологический (особенности нервной системы, нейротрансмиттерная регуляция) или психологический (психологические процессы и свойства) характер.

В рамках моделей психической патологии факторы уязвимости рассматриваются как своеобразный **диатез** — predisпозиция или предрасположенность к определенному рода патологическим реакциям или расстройствам. Сами по себе эти факторы не ведут к психическому расстройству, они «срабатывают» под воздействием неблагоприятных стрессоров — факторов, провоцирующих манифестацию заболевания. Таким образом, в диатез-стрессовой модели выделяются две группы факторов: **факторы риска, или уязвимости и стрессовые факторы, или стрессоры**. В психиатрии одна из первых диатез-стрессовых моделей была предложена **Джозефом Зубиным** для синтеза различных данных относительно гипотетической этиологии шизофрении (см. подразд. 2.2). Постепенно диатез-стрессовые модели стали все более широко применяться для интеграции данных, касающихся других психических расстройств, а различные виды факторов получали все более детальное описание (Gottesman I., Shields J. — 1982; Kuiper N., Olinger L. — 1989; Zubin J., Spring B. — 1976).

Дж. Зубин и его последователи выделяли также **факторы-модераторы**, опосредствующие воздействие стрессоров на уязвимость, усиливая или ослабляя его. В первом случае они выступают в роли дополнительных стрессоров, во втором — играют роль своеобразных **буферов**, смягчающих деструктивное влияние стрессоров на психику. Так, Р.Лазарус предложил **стресс-копинговую модель** для учета психологических факторов, направленных на совладание со стрессом (Lazarus R. — 1966). В концепции делается акцент на когнитивных процессах (оценка угрозы и собственной способности справиться с ней) и поведении, направленном на копинг, или совладание со стрессом (см. т. 1, гл. 4). Копинг может быть эффективным, а может, напротив, провоцировать и усиливать состояние дистресса (например, систематическое употребление наркотиков или алкоголя для ситуативного снятия напряжения). **Стратегии совладающего поведения** стали важным предметом исследования в клинической психологии.

¹ В современных классификациях видов психической патологии термин «болезнь» заменен на термин «расстройство» в целях дестигматизации и акцентирования отличия от соматической патологии. Мы будем употреблять оба термина как синонимы.

Таким образом, наряду с факторами уязвимости и стрессорами можно выделить так называемые **протективные факторы**, ослабляющие воздействие неблагоприятных стрессовых воздействий и играющие роль буфера. В опоре на рассмотренные выше представления в клинической психологии и психиатрии разрабатываются так называемые **диатез-стресс-буферные модели психической патологии**, которые охватывают все три вида выделенных факторов: 1) повышающих уязвимость (диатезов); 2) воздействующих на уязвимость (стрессоров); 3) ослабляющих воздействие стрессоров (буферов).

Эти три вида факторов могут быть также дополнительно классифицированы по разным основаниям. Так по тяжести и длительности воздействия выделяются следующие виды стрессоров (Клиническая психология. — 2002): **микрострессоры**, или повседневные перегрузки (*daily hassels*), **макрострессоры**, или критические, изменяющие жизнь события (*streeful life events*), а также тяжелый, или **травматический, стресс** (*traumatic stress* — экстремальные события или перегрузки, выходящие за рамки обычного опыта).

Исторически первой возникла **концепция макрострессоров, или критических, изменяющих жизнь событий**. Эта концепция естественно вытекала из наблюдений психотерапевтов, прежде всего психоаналитиков, касающихся прошлых травм в генезе психических расстройств. Первое эмпирическое исследование было проведено Т. Холмсом и Р. Рахе (Holms T., Rahe R. — 1967), которые составили опросник, включающий 43 жизненных события, носящих стрессогенный характер. Это такие события, которые радикально меняют течение жизни и ставят человека перед необходимостью приспособливаться к новым условиям. Было опрошено 400 человек, которые должны были оценить тяжесть воздействия того или иного события, если оно имело место в их жизни. Наиболее тяжелым стрессогенным событием для большинства выступила смерть супруга.

Авторы исследования предположили, что существует критическая концентрация стрессогенных жизненных событий, которая приводит к физическим и психическим болезням. Эта концепция была подвергнута критике, так как устанавливала чрезмерно прямые механические связи между критическим событием и болезнью, без учета факторов уязвимости и ресурсов — буферных факторов, опосредствующих влияние стресса. Концепция стрессогенных жизненных событий получила широкий резонанс, на ее основе проведены многочисленные исследования с целью выявления влияния макрострессоров на возникновение и течение различных психических расстройств. Она была фактически интегрирована в стресс-копинговую и диатез-стресс-буферную модели психической патологии, где критические жизненные со-

бытия рассматриваются в качестве стрессоров, а когнитивный стиль их восприятия и переработки (копинговый стиль) и характеристики ближайшего социального окружения, включая семью, могут выступать как в качестве диатеза, так и буфера (в зависимости от их качества).

В последние годы все бóльшая роль в генезе психических расстройств отводится *повседневным стрессорам*, или *микрострессорам*. Группа американских исследователей (Kanner A. D., Coyne J. S., Schaefer C., Lazarus R. S. — 1981) предположила, что ежедневные перегрузки (такие как недовольство своим весом и внешностью, конфликты, серьезные проблемы с состоянием здоровья у кого-то из членов семьи, рост цен, проблемы ведения хозяйства) могут приводить к психическим и соматическим дисфункциям и, кроме того, усиливать действия макрострессоров (так, потеря партнера влечет за собой бесчисленное множество повседневных мелких стрессов, связанных с перестройкой образа жизни). Влияние микрострессоров на психическое здоровье человека во многом определяется также особенностями их восприятия и переработки индивидом, т. е. индивидуальным копинговым стилем.

В особую группу последнее время выделяют так называемые хронические перегрузки, или *хронические стрессоры*, — достаточно тяжелые и постоянные. В нашей стране одним из наиболее распространенных хронических стрессоров является алкоголизация кого-то из членов семьи. Связь этого стрессора с заболеваемостью депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами получила эмпирическое подтверждение при исследовании отечественной популяции (Воликова С. В. — 2006; Холмогорова А. Б. — 2006, 2011; Холмогорова А. Б., Воликова С. В., Полкунова Е. В. — 2003).

В последние десятилетия возникло особое направление, которое занимается проблемой экстремальных нагрузок, получивших название *травматического стресса* — стресса, превышающего возможности совладания данного индивида и связанного с воздействием экстремальных стрессоров. В новых классификациях существует отдельная диагностическая категория — ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство, а также выделен целый кластер расстройств, возникновение которых непосредственно связано с действием сильных стрессоров. Эти расстройства и способы помощи людям, пострадавшим от тяжелого или травматического стресса, стали предметом интенсивных научных работ, начиная с 1980-х гг.

Стрессоры могут быть также классифицированы на группы по своим источникам: *биологические* (соматическая болезнь, неблагоприятная экология и др.); *социальные* (война, экономический кризис и др.); *психологические* (конфликты в

семье, потеря близкого человека и др.). Их воздействие на психику человека является сложным и опосредствовано буферными факторами и факторами уязвимости.

Факторы уязвимости или риска, в свою очередь, можно отнести к биологическим, социальным или психологическим: особенности наследственности (например, генетическая отягощенность); неблагоприятная социальная среда (например, воспитание в условиях детского дома); определенные особенности личности и поведения (например, инфантильность, низкая самооценка, плохие социальные навыки); особенности переработки информации (например, трудности селектирования релевантной информации или склонность к негативному селектированию — фиксации на негативных аспектах жизненных ситуаций) и т. д.

То же самое касается *протективных (защитных) факторов*, которые могут относиться как к биологическому уровню (благоприятная наследственность, хорошие экологические условия жизни и др.), так и к социально-психологическим факторам (поддерживающая конструктивная социальная среда, эффективный личностный стиль совладания со стрессом и др.).

Проиллюстрируем синтезирующий характер рассмотренных моделей на примере аналитической и когнитивно-бихевиоральной традиций. Накопленные в аналитической традиции данные о роли травмы в психической патологии укладываются в понятие такого типа стрессоров, как критические жизненные события или травматический стресс. В качестве факторов уязвимости, определяющих специфику патологии, выступают те или иные специфические внутренние конфликты, уровень зрелости защитных механизмов. Они же определяют защитные или копинговые реакции. В рамках когнитивного психоанализа возникло понятие когнитивного стиля личности, который во многом коррелирует с понятием копингового стиля и является предметом интенсивных исследований как в зарубежной, так и в отечественной психологии.

Диатез-стресс-буферная модель получила широкое распространение в рамках когнитивно-бихевиоральной традиции. Начиная с модели Р. Лазаруса, соединившей теорию стресса и информационный подход, она узнаваема в самых разных, основанных на информационном подходе, моделях. Так, в когнитивной модели депрессии А. Бека в качестве факторов уязвимости к депрессии рассматривается сложившаяся в детстве под влиянием неблагоприятных условий система дисфункциональных убеждений, которая активируется определенными жизненными событиями — стрессорами (см. подробнее гл. 3).

Теория стресса оказала существенное влияние и на современные классификации, в которых помимо собственно клинического диагноза предусмотрена специальная диагностика уровня

стресса и адаптивных возможностей человека. Вместе с тем следует отметить, что хотя объяснительный и эвристический потенциал диатез-стресс-буферных моделей психической патологии, разработанных на основе теории стресса и системного подхода, не вызывает сомнений, в настоящий момент они все еще представляют собой в значительной степени гипотетические конструкции и требуют дальнейшего уточнения и верификации (Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. — 2004; Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Чумаченко А. А. — 2008; Jablinsky A. — 1984).

Важно также подчеркнуть, что в настоящее время можно говорить о значительной активизации сторонников биологических эволюционно-дегенеративных моделей психической патологии на фоне впечатляющего прогресса в технике исследований современных нейронаук. Так, современные техники нейровизуализации позволяют в буквальном смысле слова «заглядывать» в мозг человека, оценивать его морфологические особенности и наблюдать происходящие там процессы. Как это уже не раз случалось в истории изучения психических расстройств, у многих исследователей возникло искушение отождествить процессы, протекающие в мозге, и психические процессы, установив их взаимное соответствие.

Вот уже более 30 лет прошло со времени публикации исторической статьи Дж. Энгеля «Потребность в новой медицинской модели: вызов биологической медицине» (Engel G. — 1977), но перестройка в направлении предложенной им системной биопсихосоциальной модели происходит очень медленно и болезненно, хотя данные, поддерживающие ее, существенно расширились за последние годы: «Значительный объем исследований обосновывает роль стрессогенных событий, а также хронических и повторяющихся средовых стрессоров в переходе состояния уязвимости в состояние болезни» — пишет известный итальянский исследователь и психотерапевт Дж. Фава (Fava J. — 2008. — P. 1). Далее, он отмечает, что спустя 30 лет после первой публикации Дж. Энгеля о биопсихосоциальном подходе по-прежнему имеет место недооценка значимости психосоциальных факторов и тенденциозное распределение ресурсов в исследованиях и практике лечения психических расстройств.

При игнорировании или недооценке роли социальных и психологических факторов в психической патологии, роли культуры в становлении и развитии человеческой психики успехи современных нейронаук ведут к возрождению биологического редукционизма, который К. Ясперс метко назвал «церебральной мифологией» — поиску жесткого соответствия между психическими функциями и определенными зонами головного мозга. И если в начале прошлого века известный немецкий психиатр К. Клейст

мечтал найти седалище «Я» в стволе головного мозга (Клейст К. — 1924), то сегодня исследователи спешат, например, объявить об открытии «социального мозга» — тех его зон, которые ответственны за восприятие социальных объектов и в которых локализованы функции социального интеллекта (Burns J. — 2006). Часть научного сообщества возлагает большие надежды на эту последнюю концепцию, которая начала развиваться более 20 лет тому назад (Brothers L. — 1990).

Сомнения в возможности отыскания мозгового субстрата, непосредственно ответственного за регуляцию высших психических функций в отличие от натуральных, высказывались в 1980-х гг. Дж. Зубиным — одним из создателей диатез-стрессовых моделей психической патологии: «Большинство психосоциальных реакций возникли только тогда, когда процесс биологической эволюции человека закончился и не оказывал больше существенного влияния на человеческое поведение, а его место заняла культурная трансляция... другими словами, речь идет скорее о продукте научения и опыта, пластичных свойствах головного мозга, чем генетически унаследованных функциях мозга. Поэтому достаточно трудно определить мозговые пути, с которыми связаны культуральные и психосоциальные факторы, а также определить их масштабы» (Zubin J. — 1989. — S. 18).

Далее Дж. Зубин ссылается на своего единомышленника, другого известного автора диатез-стрессовой модели шизофрении Л. Чомпи, который постулировал, что внутренние структуры и процессы возникают из внешних: «Они, можно сказать, представляют собой конденсат всего конкретного опыта, превратившуюся во внутреннюю структуру внешнюю динамику. Ясные и однозначные социальные отношения, интерперсональные связи, коммуникативные процессы и т.д. должны, таким образом, развиться в таких же ясных и однозначных внутриспсихических системах, напротив, конфузирующе-противоречивые внешние связи выражаются в неясных внутренних структурах. Это делает понятным патогенное влияние конфузирующей коммуникации» (Ciompi L. — 1986. — S. 51 — 52). Таким образом, Дж. Зубин делает вывод: «Эти внутренние структуры передаются не генетически, а культуральным путем, а именно через нейропластичные части головного мозга, а не через те, за которыми жестко закреплены какие-то функции» (Zubin J. — 1989. — S. 19).

На 50 лет раньше Л. С. Выготский с позиций культурно-исторического подхода к психике выступил с критикой концепции интеллекта Э. Торндайка, который предложил сам термин «социальный интеллект»: «Тот разрыв между эволюцией содержания и форм мышления, которые допускает в своей теории Торндайк, как и его принципиальное уравнивание влияния среды на развитие интеллекта животных и человека, неизбежно приводит к

чисто биологической концепции интеллекта, игнорирующей историческое развитие интеллектуальной деятельности человека. С этим связана попытка Торндайка исходить в своих построениях из анатомической и физиологической основы, а не из психологической концепции человеческого интеллекта, нарушая основное методологическое правило: *Psychologica psychologica*» (Выготский Л. С. — 2007. — С. 109).

Но похоже, что многие современные ученые солидарны с предсказанием известного немецкого психиатра XIX в. Г. Майнерта о том, что психиатрия будущего будет наукой о нарушениях переднего мозга с той лишь поправкой, что это будет «социальный мозг». Так, представители группы по развитию психиатрии (The Research Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry — GAP) заявляют, что по аналогии с другими отраслями медицины, имеющими свою субстратную телесную основу, «релевантной основой для психиатрии является “социальный мозг”» (Bakker G. et al. — 2002. — P. 219), подчеркивая, что именно это физиологическое образование, сколько бы сложным и, возможно, не вполне структурно раскрытым оно ни являлось, отвечает задаче нахождения того телесного органа, который опосредствует отношения между биологическим телом и социальным поведением индивида. При этом, правда, в соответствии с современными эмпирическими данными подчеркивается, что не только наследственность, но и средовые воздействия меняют мозг и через эти изменения вторично влияют на поведение индивида. Но разве такая уступка в виде признания роли опыта в развитии мозга принципиально меняет позицию биологического детерминизма человеческого поведения?

В печатном органе Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) «World Psychiatry» (2007. — V. 6(3)) широко дискутировалась другая, но близкая по методологическим основаниям концепция психической патологии, автор которой предлагает определить психическое расстройство как «harmful dysfunction» (Wakefield J. S. — 1992, 2007), т. е. вредоносную, дезадаптирующую дисфункцию, в основе которой лежат определенные повреждения структур головного мозга, ответственные за обеспечение эволюционно предзаданных психических функций. Эти повреждения и рассматриваются как непосредственная причина психической патологии.

Известный австралийский ученый-психиатр А. Яблинский в своем критическом анализе такой попытки выхода из методологического кризиса в науках о психическом здоровье отмечает: «Определение дисфункции как невозможности органом, обеспечивающим работу определенного механизма, осуществлять “натуральную функцию”, для выполнения которой он был “сформирован” путем естественного отбора, предполагает существование целенаправленного эволюционного процесса, результатом

которого являются заранее predeterminedенные фиксированные структуры и функции, предположительно локализованные в головном мозге. Такой взгляд игнорирует тот факт, что естественный отбор представляет собой оппортунистический процесс, не регулируемый заранее заданной целью или планом, и что его общим итогом являются возрастающие интериндивидуальные различия» (Jablinsky A. — 2007. — P. 157).

Концепция «вредной дисфункции» по разным основаниям была подвергнута критике и другими авторами (Bolton D. — 2007; Sartorius N. — 2007; и др.). В частности, подчеркивалось, что в этой концепции игнорируется роль культуры в развитии психических функций: «Концепция нормальных психических функций варьирует в зависимости от требований, предъявляемых к психике культурой. Она не может быть детерминирована только теорией эволюции» (Gold I., Kirmayer L.J. — 2007. — P. 166). Тем не менее игнорирование роли культуры многими учеными весьма важная и устойчивая примета нашего времени вопреки «большому количеству работ по философии, социальной психологии и антропологии, показывающих как внутренний мир личности конструируется на основе дискурсивных практик в социальном пространстве» (Kirmayer L.J. — 2005. — P. 194).

Многие представители наук о психическом здоровье по-прежнему уверены, что «настоящая» болезнь по аналогии с соматической медициной должна быть обязательно связана с четко локализуемыми органическими повреждениями. Существуют даже предложения отказаться от термина «психическое заболевание» и заменить его термином «заболевание мозга» с целью укрепления позиций психиатрии в общей медицине (Baker M.J., Menken M. — 2001). При таком подходе психические процессы и их нарушения неизбежно оказываются эпифеноменами биологических процессов. Именно для преодоления такой тенденции еще в 1912 г. в Германии В. Шпехт совместно с П. Жане, А. Бергсоном, Г. Мюнстербергом и другими прогрессивными деятелями европейской медицины и психологии создал «Патопсихологический журнал» и обосновывал необходимость развития патопсихологии как раздела психологической науки в противовес биологически ориентированной психопатологии (см. т. 1, подразд. 2.1). За прошедшие сто лет разрешение этого противостояния наметилось в рамках системного биопсихосоциального подхода, но споры вспыхивают вновь и вновь.

Л. С. Выготский — основатель Московской психологической школы, будучи блестящим методологом науки, посвятил немало усилий доказательству того, что специфику человеческой психики и ее нарушений следует искать прежде всего в культуре, в языке (см. т. 1, подразд. 6.1). Культурно-историческая концепция зародилась в оппозиции к натуралистической, рассматривающей

психику человека как полностью естественное природное образование. Л. С. Выготский развел натуральные, природные и высшие (собственно человеческие) психические функции по критерию опосредствованности последних. Это означает, что собственно человеческие или высшие психические функции не предзаданы эволюционно, а формируются в процессе интериоризации определенных культурных средств их организации. Эти функции являются продуктом развития культуры, а не эволюции мозга, именно в этом заключается принципиальное отличие человеческой психики от психики животных. Главным же достижением биологической эволюции является максимальная пластичность человеческого мозга, обеспечивающая возможность интериоризации широкого спектра специфических для разных культур средств в процессе освоения разнообразных культурных практик и способов поведения.

Вместе с американским психологом М. Коулом, одним из немногих западных экспертов в области культурно-исторической концепции происхождения психики, можно зафиксировать недостаточное внимание к роли культуры в современной психологической науке: «По моему убеждению, современные исследования роли культуры в развитии человека тормозятся устойчивым неприятием психологов выводов из коэволюции филогенетического и культурно-исторического факторов в формировании процессов развития в рамках онтогенеза. Широкое принятие психологами и нейрочелюными центральной значимости биологической эволюции в формировании человеческих свойств, создает, как я считаю, ситуацию, в которой роль культуры в процессе создания человеческой природы рассматривается как вторичная, и поэтому ею легко пренебрегают. С этой точки зрения культура — не более чем слой патины, мешающей увидеть четкую картину механизмов мышления, переживания и деятельности» (Коул М. — 2007. — С. 3).

Культурно-историческая теория происхождения психики Л. С. Выготского, развитые А. Р. Лурией идеи о системном строении ВПФ, их обусловленности культурными факторами (условиями), прижизненном формировании и несводимости к процессам в центральной нервной системе (см. т. 1, подразд. 6.1) выглядят вполне современными в контексте споров о природе психической патологии и вместе с системным подходом могут служить методологической опорой в осмыслении современных форм редукционизма и механистического детерминизма.

* * *

Итак, современный этап исследований в клинической психологии характеризуется явным доминированием методологии системного подхода, которая находит выражение в биопсихосоциальных моделях

психической патологии. Соединение этих моделей с теорией стресса позволило наметить более конкретные связи между разными факторами и перейти к системным диатез-стресс-буферным моделям, обладающим высоким объяснительным потенциалом. В то же время именно сейчас ведутся особенно жаркие споры между сторонниками системного и биологического, редуccionистского подходов к пониманию и изучению психических расстройств, что связано со значительным прогрессом в области нейронаук и попытками многих ученых обнаружить и доказать на этой базе тождество между психическими и физиологическими процессами в мозге. Натуралистическому подходу к человеческой психике противостоит системная методология культурно-исторического подхода.

1.2. Виды и правила эмпирических исследований в клинической психологии

Исследования в клинической психологии могут проводиться в виде исследования отдельных случаев или же выборок испытуемых из групп, представляющих интерес для выявления определенных закономерностей. Чаще всего исследования проводятся на т р е х т и п а х в ы б о р о к: 1) *выборки из общей популяции* (так называемые популяционные исследования); 2) *группы риска* (например, дети психически больных родителей, родителей с высоким уровнем тревожности, дети, проживающие в детском доме, и т. д.); 3) *клинические группы* (группы больных, страдающих различными психическими расстройствами).

При исследовании клинических групп и групп риска для сравнения, как правило, берутся так называемые *контрольные группы* — группы здоровых испытуемых, которые не отличаются от исследуемых по основным демографическим параметрам. Сравнение этих групп по различным психологическим параметрам позволяет описать специфические отклонения в исследуемой клинической группе. **Методы математического анализа** (корреляционный, кластерный, регрессионный анализ и др.) позволяют установить некоторые типы связи между факторами, выдвинуть гипотезы о причинно-следственных отношениях между ними, об их влиянии на возникновение и течение заболевания и т. д.

В процессе постоянного развития и совершенствования находятся исследовательские правила клинической психологии — процедуры и способы получения научных данных (см. т. 1, подразд. 3.6; 4.6; 5.6; 6.1.6; 6.2.6; 7.1.6; 7.2.4). В современной психологии доминируют методы, направленные на максимальную объективацию. Главным критерием надежности полученных научных данных является их **воспроизводимость другими исследователями**.

От анализа отдельных случаев (*case study*), которые способствуют выдвижению новых гипотез относительно роли различных факторов, ученые переходят к *контролируемым исследованиям больших выборок*. Исследуемые факторы выделяются в качестве контролируемых переменных, с помощью математических методов изучается их структура, а также связь с соответствующими симптомами и расстройствами. Разрабатываются методы, направленные на выявление этих переменных и их *количественную оценку*.

Методы математической статистики являются неотъемлемой частью большинства современных эмпирических исследований. Однако нельзя недооценивать роль *феноменологических исследований, наблюдения и описания, анализа отдельных случаев, истории жизни, материалов психотерапевтических сессий*, во время которых устанавливается доверительный личностный контакт с пациентами. Как мы уже отмечали при описании качественных методов анализа в главе, посвященной психодинамической традиции (т. 1, подразд. 3.6), есть знание, которое можно получить только в условиях глубокого контакта, оно не поддается полному воспроизведению при исследованиях выборок, так как в них совершенно иной тип взаимодействия.

Глубокое знание феноменологии и практическая работа с пациентами служат базой для выдвижения наиболее продуктивных и новых научных гипотез относительно психологических механизмов тех или иных расстройств. Многочисленные эмпирические исследования нередко проистекают из продуктивной гипотезы, возникшей в процессе психотерапии пациентов с теми или иными проблемами. Вместе с тем зрелость гипотезы и теории в современной клинической психологии во многом оценивается на основе ее проверки (верификации) с помощью количественных методов математической статистики на больших выборках. В этом заключается одно из противоречий современной методологии исследований, выход из которого состоит, видимо, в признании *взаимодополняемости качественных и количественных методов*.

В современной клинической психологии предъявляются высокие требования к надежности и валидности методов исследования. В каждом научном исследовании существует этап отбора или разработки методов, которые бы надежно выявляли и измеряли требуемые переменные, а не что-то другое. *Надежность* — характеристика методики, отражающая точность измерений и устойчивость к действию посторонних факторов. Вопросы *валидности* касаются того, какие и насколько обоснованные выводы могут быть сделаны на основе применения данных методик. Существуют специальные процедуры проверки методик на валидность и надежность, описанные в литературе по психодиагности-

ке. Для применения методики в психодиагностических целях необходим целый ряд процедур ее **стандартизации**: проверка методики на надежность и валидность, апробация на большом количестве представителей данной популяции (выборка должна быть репрезентативной) и на определенных клинических группах. Это позволяет выделить определенный диапазон значений показателей, который считается нормативным. Отклонения от него с большой вероятностью свидетельствуют о нарушениях, соотносимых с определенными психологическими проблемами, риском психических расстройств или психическими расстройствами.

Приведем некоторые иллюстрации развития эмпирических исследований. Роль теплых доверительных отношений с людьми для психического и физического здоровья отмечалась многими психиатрами и психотерапевтами. Однако объективация исследований социальной поддержки стала возможной только после разработки инструментов, направленных на ее количественную оценку. Были выделены и обоснованы с помощью факторного анализа разные аспекты социальной поддержки. Вначале эти исследования носили популяционный характер. После того как была выявлена достоверная связь уровня социальной поддержки с психическим и физическим здоровьем, начались исследования влияния социальной поддержки на течение психических расстройств (клинические группы). Динамические срезовые исследования психического состояния пациента и выраженности того или иного фактора позволяют отследить связь между течением расстройства и действием того или иного фактора. Так, например, была установлена статистически достоверная корреляция социальной поддержки с характером течения депрессии у женщин (см. гл. 4).

Однако корреляционные исследования не дают ответа на вопрос о роли данного фактора в этиологии расстройства. Для относительно надежных выводов о наличии причинных связей между каким-то фактором и психическим расстройством проводятся **лонгитюдные** (или так называемые **проспективные**) исследования больших когорт испытуемых, не страдающих психическими расстройствами. Эти когорты отслеживаются на протяжении ряда лет с периодическими замерами исследуемого фактора риска и буферного фактора (например, уровня социальной поддержки). Затем сравнивается группа заболевших в ходе наблюдения и группа здоровых. Если исследуемый фактор значимо более выражен в группе больных, то это позволяет сделать относительно надежный вывод о его вкладе в этиологию данного расстройства. Так, получены весомые доказательства того, что у людей с низким уровнем социальной поддержки выше риск психических расстройств и соматических болезней (Brugha T. — 1995).

Поскольку лонгитюдные исследования очень трудоемки и дороги, ученые нередко пользуются **ретроспективными** данными, например, самооценочными опросниками, касающимися уровня социальной поддержки до заболевания и т.д. Эти данные могут быть получены и более объективно — например, с привлечением экспертов, владеющих ими. Соответственно, такие исследования получили название **ретроспективных самооценочных** и **ретроспективных экспертных**. Их данные, однако, считаются менее надежными, чем результаты проспективных исследований.

* * *

Итак, развитие клинической психологии привело к соединению различных исследовательских правил и процедур, изначально противопоставлявшихся друг другу. Так, качественные методы исследования, анализ случаев признаются столь же важными, как и количественные методы исследования, т.е. рассматриваются как взаимодополняющие. Правила надежности, валидности и репрезентативности представляют собой «три кита», на которых «стоят» эмпирические исследования. Для их реализации в современной клинической психологии разработаны изощренные и трудоемкие исследовательские процедуры.

1.3. Классификация психических расстройств

Классификация психических расстройств призвана решать по крайней мере две задачи: 1) *таксономическую* — помещение каждого отдельного заболевания в более широкую систему различных психопатологических явлений; 2) *диагностическую* — возможность отнесения на основе определенных критериев каждого конкретного случая к определенному классу в рамках системы.

Разработка классификации психических расстройств — одна из наиболее важных и сложных задач современной психиатрии, в решении которой принимают участие и клинические психологи. Следует, однако, отметить, что проблема классификации до сих пор остается предметом ожесточенных дискуссий в современной науке, а ее общепринятых оснований до сих пор не удалось выработать. Это во многом объясняется отсутствием на сегодняшний день вполне достоверных сведений относительно этиологии большинства психических расстройств.

Основной спор развернулся между сторонниками двух подходов к классификации психических расстройств: **нозологического** и **синдромологического**. Первые настаивают на том, что в основе классификации должно лежать выделение нозологий — заболе-

ваний общих по этиологии и патогенезу, вторые же считают, что в основу классификации на современном этапе должны быть положены общие синдромы — проявления болезни, представляющие собой закономерные сочетания симптомов.

Напомним, что основателем нозологического подхода в психиатрии считается немецкий психиатр Э. Крепелин. «Созданная им нозологическая классификация психических расстройств строго соответствовала принципам медицинской модели соматического заболевания, т. е. с определенной этиологией, динамикой и исходом для каждой психической болезни» (Руководство по психиатрии в двух томах. — 1988. — С. 181). Эта классификация оказала огромное влияние на развитие психиатрии и сыграла свою положительную роль в ее становлении как науки. Вместе с тем, как мы уже упоминали, жесткие, в известном смысле механистические принципы Э. Крепелина были подвергнуты критике многими психиатрами (Кронфельд А. С. — 1940). Важнейшим постулатом нозологического подхода было утверждение биологической этиологии большинства психических расстройств.

В настоящее время сторонники нозологического подхода пытаются соединить его с современными биопсихосоциальными моделями и выделяют основные нозологические единицы в зависимости от преобладающей роли тех или иных факторов в происхождении заболевания. Так, А. О. Бухановский и соавторы считают, что «большинство видов психических заболеваний и расстройств вполне обоснованно могут быть отнесены к одному из четырех родов заболеваний, выделенных по принципу соотносительного вклада в возникновение психических нарушений наследственных, средовых (материальных и социально-психологических) факторов и первично нецеребральной патологии. Соответственно авторы выделяют группы эндогенных, экзогенных, психогенных и соматогенных психических расстройств» (Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. — 1998. — С. 21). Авторы отмечают ниже, что пока приходится говорить не о конкретном знании этиологии, а о некотором «общем знании», которое постепенно вырастает из мультидисциплинарных исследований психической патологии. Сходная позиция зафиксирована и в национальном руководстве по психиатрии (Александровский Ю. А. — 2009).

Как уже упоминалось, под синдромом в психиатрии понимается закономерное сочетание связанных между собой симптомов. Нозологи связывают синдромы с вполне определенными дискретными формами заболевания. Сторонники синдромологического подхода скептически относились к возможности отнесения к определенным нозологическим единицам всех существующих психических расстройств и представления их как дискретных самостоятельных категорий. Так, один из основных оппонентов

Э. Крепелина американский психиатр **Альфред Мейер** считал, что нозологический диагноз недостаточно отражает сложную картину актуальных факторов заболевания и предлагал систематизировать психические расстройства на основе выделения типов реакции личности, понимаемых как результат приспособления в определенных условиях. Нозологическая систематика Э. Крепелина была положена в основу большинства европейских национальных классификаций психических расстройств, а синдромологические идеи А. Мейера оказали решающее влияние на развитие американской классификации.

Современники рассказывают, что А. Эйнштейн, комментируя попытки создания единой теории поля, с грустью говорил: «Это драма, драма идей». Драма идей в современной психиатрии — это жаркий спор между сторонниками нозологического и синдромологического подхода, который продолжается и сейчас. У каждого лагеря имеются свои достаточно веские аргументы и, видимо, на сегодняшний день неизбежно сосуществование различных подходов к классификации, в которых необходимо ориентироваться специалистам. Вместе с тем последняя международная классификация МКБ-10 построена в основном на синдромологическом и лишь частично на нозологическом принципе. В этом смысле она во многом напоминает американскую классификацию DSM-IV. Такой подход, по мнению многих авторитетных авторов, в наибольшей степени соответствует достигнутому на сегодняшний день уровню знаний о психических расстройствах (Н. А. Корнетов, В. Н. Краснов, Ю. Л. Нуллер, Н. Сарториус, С. Ю. Циркин и другие).

Исторически существовало очень большое количество попыток классификации психических расстройств (см.: Каннабих Ю. В. — 2002; Морозов П. В., Овсянников С. А. — 2009). Первая международная классификация психических болезней была разработана ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения) в 1948 г. в рамках общей международной классификации болезней, которая называлась МКБ-6¹.

Представители ВОЗ столкнулись с большими трудностями при попытке объединить национальные подходы в общую международную классификацию. Как оказалось, в большинстве стран ее практически не использовали. Анализ причин этого был поручен психиатру Э. Штенгелю. Он пришел к выводу, что основная причина неудачи связана с различными национальными школами и традициями в понимании этиологии психических расстройств,

¹ Хотя ВОЗ была создана в том же 1948 г., она пронумеровала все предшествующие попытки интернациональных классификаций болезней как причин смертности населения. Соответственно их было пять, но только в последней из них в 1938 г. появилась рубрика, касающаяся психических болезней.

что вызывало сильное сопротивление, если в классификации преобладала одна из конкурирующих концепций. В дальнейшем международные классификации сопровождались национальными доработками, а также попытками максимально избежать спорных и мало доказуемых на данном этапе критериев. В 1978 г. был проведен девятый пересмотр упомянутой классификации, результатом которого стало новое международное руководство — МКБ-9.

Новый вариант международной классификации МКБ-10 разрабатывался при несомненном влиянии американской классификации DSM-III и переходного варианта DSM-III-R. Этим обусловлено значительное сходство последних разработок МКБ-10 и DSM-IV. Американская диагностическая система построена на принципе многоосевой диагностики и включает следующие оси: 1) основные психические расстройства и синдромы; 2) расстройства личности; 3) соматические заболевания; 4) психосоциальные стрессы; 5) социальное функционирование (см. подробнее: Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. — 2004). В двух последних осях отчетливо просматривается влияние биопсихосоциального подхода. За выделением этих осей стоит большое количество исследований, в том числе психологических, показавших важную роль психических травм, острых и хронических стрессов, социальных условий жизни в происхождении и течении различных психических нарушений.

Разработка современной версии классификации — МКБ-10 была закончена в 1991 г. На русский язык МКБ-10 была переведена в 1994 г., однако была утверждена для непосредственного внедрения в практику лишь в 1999 г. Принятие новой классификации сопровождалось многочисленными спорами, в ее адрес было высказано немало критических замечаний, в том числе справедливых. Вместе с тем за многими из них стоят пока неразрешенные методологические разногласия в подходе к пониманию психических расстройств, а также дефицит конкретных знаний об их природе: «Ввиду отсутствия достоверных сведений об этиологии и патогенезе психических болезней их классификация по-прежнему носит гипотетический характер» (Циркин С. Ю. — 1993. — С. 109).

Основным отличием МКБ-10 от МКБ-9 является отказ от деления психических расстройств на психозы и неврозы, т. е. от двух основных нозологических единиц МКБ-9. Последняя была основана на пятизначной цифровой системе кодировки и содержала четыре основных раздела: 1) психозы органического происхождения; 2) другие психозы; 3) расстройства непсихотического характера, включая неврозы и психопатии; 4) умственная отсталость. МКБ-10 основана на пятизначной буквенно-цифровой системе кодировки и содержит девять основных разделов. Все психические расстройства кодируются буквой F. По мнению ряда экспертов, новая система кодировки делает классифи-

кацию более стройной, облегчает ориентацию в ней, позволяет наделить классификационную систему большим, чем прежде, концептуальным смыслом (Циркин С. Ю. — 1993). Ниже приводится дифференциация психической патологии в МКБ-10 по второму знаку.

Перечень диагностических рубрик МКБ-10

- F0 Органические, включая симптоматические психические расстройства
- F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
- F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F3 Аффективные расстройства настроения
- F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F6 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
- F7 Умственная отсталость
- F8 Нарушения психологического развития
- F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

«Второй знак представляет собой группу психических расстройств или заболеваний, обнаруживающих между собой определенную близость или связь прежде всего по форме проявления, а также в меньшей степени по характеру поражения (органическому или функциональному)» (Циркин С. Ю. — 1993. — С. 110). Таким образом, в классификации заложен как синдромологический принцип (характер проявления), так и нозологический (характер поражения) там, где это наиболее обосновано (например, рубрики F0 и F1).

В целом новая классификация построена на следующих принципах:

1) относительная атеоретичность (выражается, например, в отказе от традиционного для психоанализа и для нозологического подхода в психиатрии деления на неврозы и психозы);

2) выделение расстройств на основании строгой системы хорошо операционализируемых критериев;

3) валидность и воспроизводимость критериев диагностики, обеспеченные большим количеством интернациональных исследований;

4) постулирование возможности наличия у одного человека различных относительно независимых психических нарушений (по аналогии с соматической медициной), согласно этому принципу коморбидности у каждого пациента может быть больше одного диагноза и все они должны быть зафиксированы, в качестве основного выделяется диагноз, имеющий наибольшее клиническое значение;

5) многоосевая диагностика, смысл которой в учете всех аспектов заболевания, важных для понимания его этиологии, патогенеза, терапии и прогноза.

Перечислим основные достоинства классификации 10-го пересмотра, которые выделяются разными экспертами (Н. А. Корнетов, В. Н. Краснов, Ю. Л. Нуллер, Н. Сарториус, С. Ю. Циркин и другие):

1) значительное расширение числа диагностических категорий, что позволяет вносить по мере необходимости изменения в классификацию, а также кодировать сложные переходные формы, которые не поддаются однозначному отнесению к какой-либо нозологической категории и при этом достаточно часто встречаются. Это хорошо согласуется с самыми последними тенденциями современной психиатрии — вместо дискретных диагностических категорий оперировать понятием спектра (определенного континуума состояний близких по этиологии);

2) использование более четких и подробных критериев диагностики по сравнению с предыдущими пересмотрами;

3) сужение диагностической группы шизофрении, частота диагностики которой была сильно завышена в отечественной психиатрии по сравнению с другими странами, что представляется важным в плане дестигматизации больных;

4) замена многих стигматизирующих понятий на более приемлемые с социальной точки зрения (например, не истерия, а диссоциативное расстройство и т. д.);

5) возможность, а в ряде случаев необходимость полидиагностики, т. е. использования нескольких диагностических рубрик для кодирования одного случая (например, диагноз паническое расстройство F41.0 при необходимости может быть дополнен диагнозом какого-то личностного расстройства, например уклоняющегося F60.6, и т. п.), что делает диагностику более конкретной и подробной;

6) преобладание синдромального подхода более адекватно для статистических целей и эпидемиологических исследований, поскольку оно позволяет достичь высоковоспроизводимой, унифицированной диагностики, последнее достигается также за счет четких критериев включения и исключения для тех или иных диагностических рубрик с указанием минимального количества необходимых для диагностики признаков;

7) преобладание синдромального подхода адекватно синдромальной ориентированности терапии в современной психиатрии;

8) по аналогии с DSM-IV ВОЗ была предложена и разработана многоосевая диагностика для МКБ-10, что отражало современные тенденции биопсихосоциального подхода к психическим расстройствам, однако на сегодняшний день она не является обязательной.

Заканчивая рассмотрение проблемы классификации психических расстройств, вспомним слова известного психиатра А. С. Кронфельда, еще в 1940 г. отметившего, что все классификации — это лишь предварительные результаты договоренности профессионалов (Кронфельд А. С. — 2006). Вместе с принятием МКБ-10 был сделан еще один важный шаг в направлении достижения этих договоренностей. Необходимой представляется работа по ее дальнейшему усовершенствованию, в которой важно участие и клинических психологов. Тщательное изучение и осмысление классификации — их важная профессиональная задача.

* * *

Итак, проблема классификации психических расстройств является предметом споров и дискуссий, что во многом определяется столкновением сторонников синдромологического и нозологического подходов. Оживленная дискуссия отражает ситуацию свободы в высказывании мнений и аргументов, столь необходимую для успешного развития науки, если не происходит тенденциозного, не обоснованного распределения ресурсов для проведения тех или иных исследований.

В заключение следует отметить, что в настоящее время ВОЗ совместно с широким профессиональным сообществом ведет активную подготовку новой классификации МКБ-11, а американские специалисты заняты подготовкой своей национальной классификации DSM-V. Главная задача этой работы — максимально учесть новые научные данные, появившиеся за 20 лет со времени разработки ныне действующих классификаций, сделать классификации еще более удобным инструментом и средством коммуникации для исследователей и практиков, работающих в сфере психического здоровья. Некоторые вопросы, возникающие в ходе оживленных, если не сказать ожесточенных профессиональных дискуссий, будут освещены в главах, посвященных конкретным расстройствам.

Выводы

Большое количество информации и данных, накопленных в разных научных исследованиях, выдвигает на первое место задачи их синтеза, что требует адекватных методологических средств. Знание о конкретных психических расстройствах в современной клинической психологии

и психиатрии базируется на соединении двух типов моделей, во многом определяющих исследовательскую методологию и практику помощи пациентам: **биопсихосоциальных**, основанных на системном подходе, и **диатез-стресс-буферных**, основанных на теории стресса.

Несмотря на убедительные данные, доказывающие роль психологических и социальных факторов в возникновении и течении психических расстройств, успехи нейронаук ведут к ренессансу биологических моделей психической патологии. Современным формам биологического редукционизма, которые выражаются в концепциях «социального мозга» (*social brain*) и «вредной дисфункции» (*harmful dysfunction*), противостоят методологические принципы культурно-исторической теории развития психики Л. С. Выготского.

Последняя Международная классификация психических болезней (МКБ-10) является результатом длительных дискуссий и исследований, направленных на согласование мнений ведущих экспертов. Она сочетает черты нозологического и синдромологического подходов, в ее основу положены хорошо операционализируемые критерии, что обеспечивает ее надежность.

Контрольные вопросы и задания

1. Каким образом связаны системные биопсихосоциальные модели психической патологии с теорией стресса?
2. Опираясь на принципы культурно-исторической психологии, проведите критический анализ современных форм биологического редукционизма.
3. Какие виды исследований существуют в современной клинической психологии?
4. На каких основных принципах построена современная Международная классификация болезней?

Рекомендуемая литература

Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб., 2002. — С. 126—129; 193—199; 358—373.

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. — СПб., 2004. — С. 218—239.

Дополнительная литература

Международная классификация болезней (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб., 1994.

Холмогорова А. Б., Зарецкий В. К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2010. — № 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (8.11.2010).