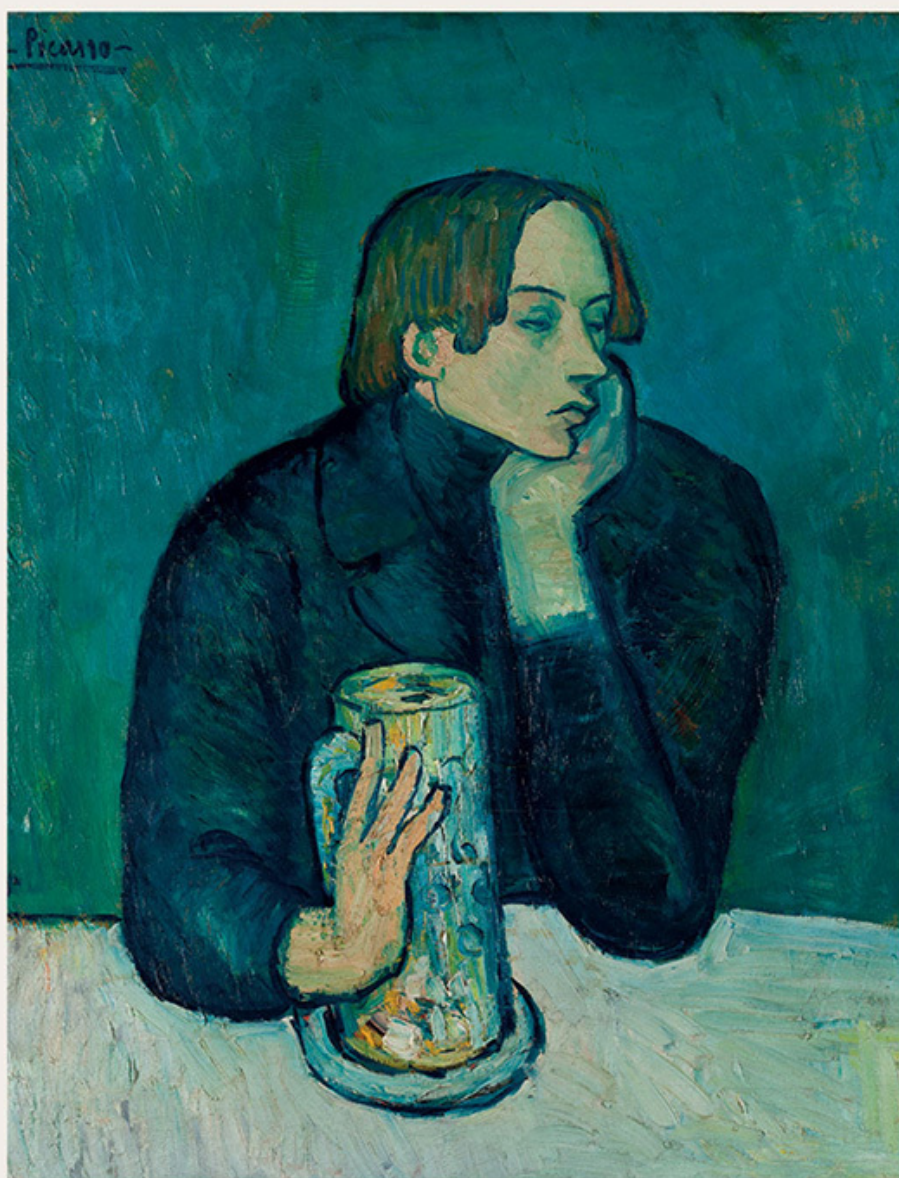


РЭНДОЛЬФ НЕССИ



# Хорошие плохие чувства

*Почему эволюция допускает тревожность,  
депрессию и другие психические расстройства*

**АНО**  
АЛЬПИНА НОН-ФИКШН

  
Книжные проекты  
Дмитрия Зимина

Рэндольф Несси

**Хорошие плохие чувства.  
Почему эволюция допускает  
тревожность, депрессию и  
другие психические расстройства**

«Альпина Диджитал»

2019

УДК 616.88

ББК 56.14

## **Несси Р.**

Хорошие плохие чувства. Почему эволюция допускает тревожность, депрессию и другие психические расстройства / Р. Несси — «Альпина Диджитал», 2019

ISBN 978-5-00-139393-1

Психические расстройства – настоящий бич для нашего биологического вида. Но почему в человеческой жизни так много душевных страданий? Отчасти дело в том, что такие эмоциональные состояния, как тревожность, плохое настроение и скорбь, сохранялись и формировались в ходе естественного отбора, поскольку они полезны. Правда, до известного предела. Страх помогает нам избежать опасности – но ценой неизбежных ложных тревог. Уныние позволяет не тратить силы на погоню за несбыточным, но часто перерастает в патологическую депрессию. Другие психические расстройства, такие как наркотическая или алкогольная зависимость или анорексия, возникают из-за несоответствия между древними настройками нашего организма и современной средой. Веские эволюционные основания имеются и у сексуальных расстройств, и у сохранения генов шизофрении. Опираясь на показательные случаи из собственной клинической практики и открытия эволюционной биологии, доктор Рэндольф Несси не только отвечает на вопрос, почему естественный отбор сформировал у человека такую хрупкую психику, но и пытается наметить пути к облегчению этих страданий с учетом личных обстоятельств и индивидуальных особенностей.

УДК 616.88

ББК 56.14

ISBN 978-5-00-139393-1

© Несси Р., 2019

© Альпина Диджитал, 2019

## Содержание

|  |    |
|--|----|
| Предисловие  | 8  |
| Часть первая   | 10 |
| Глава 1  | 10 |
| Будни психиатра  | 12 |
| Чем обусловлены психические болезни?                                   | 13 |
| Поиски будущего в эволюционном прошлом                                 | 15 |
| Четыре вопроса тинбергена, таблица[20]                                 | 17 |
| Новый вопрос   | 19 |
| Глава 2  | 21 |
| Путь к спасению – новое диагностическое руководство                    | 24 |
| Клубок противоречий  | 25 |
| Осознание органической сложности                                       | 28 |
| К подлинно медицинской модели  | 29 |
| Глава 3  | 30 |
| Шесть причин, по которым естественный отбор не избавил нас от болезней | 31 |
| Конец ознакомительного фрагмента.                                      | 33 |

# Рэндольф Несси

## Хорошие плохие чувства. Почему эволюция допускает тревожность, депрессию и другие психические расстройства

Переводчик *Мария Десятова*

Научный редактор *Елена Наймарк, д-р биол. наук*

Редактор *Любовь Сумм*

Издатель *П. Подкосов*

Руководитель проекта *А. Тарасова*

Корректоры *Е. Рудницкая, Е. Сметанникова*

Арт-директор *Ю. Буга*

Компьютерная верстка *М. Поташкин*

© Randolph M. Nesse, MD, 2019

© Иллюстрация на обложке. Succession Picasso, 2020

© Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина нон-фикшн», 2021

*Все права защищены. Данная электронная книга предназначена исключительно для частного использования в личных (некоммерческих) целях. Электронная книга, ее части, фрагменты и элементы, включая текст, изображения и иное, не подлежат копированию и любому другому использованию без разрешения правообладателя. В частности, запрещено такое использование, в результате которого электронная книга, ее часть, фрагмент или элемент станут доступными ограниченному или неопределенному кругу лиц, в том числе посредством сети интернет, независимо от того, будет предоставляться доступ за плату или безвозмездно.*

*Копирование, воспроизведение и иное использование электронной книги, ее частей, фрагментов и элементов, выходящее за пределы частного использования в личных (некоммерческих) целях, без согласия правообладателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.*



*Моим пациентам, которые многому меня научили*



**Книжные проекты  
Дмитрия Зими́на**

Эта книга издана в рамках программы «Книжные проекты Дмитрия Зими́на» и продолжает серию «Библиотека «Династия». Дмитрий Борисович Зими́н – основатель компании

«Вымпелком» (Veeline), фонда некоммерческих программ «Династия» и фонда «Московское время».

Программа «Книжные проекты Дмитрия Зимина» объединяет три проекта, хорошо знакомые читательской аудитории: издание научно-популярных переводных книг «Библиотека «Династия», издательское направление фонда «Московское время» и премию в области русскоязычной научно-популярной литературы «Просветитель».

Подробную информацию о «Книжных проектах Дмитрия Зимина» вы найдете на сайте [ziminbookprojects.ru](http://ziminbookprojects.ru).

## Предисловие

Как только я осознал, что эволюционная биология помогает по-новому взглянуть на психические расстройства, я загорелся желанием написать об этом книгу. Однако довольно скоро стало ясно, что сперва нужно разобраться, почему человеческий организм в принципе подвержен заболеваниям. Разбираться мы принялись совместно с выдающимся биологом-эволюционистом Джорджем Уильямсом – у нас вышла серия научных статей и популярная книга под названием «Почему мы болеем. Новое направление в науке – дарвиновская медицина» (Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine), которая вдохновила немало исследований в активно развивающейся теперь области, именуемой эволюционной медициной. С тех пор помимо лечения психических расстройств я занимаюсь приобщением медицины к эволюционной биологии. Два направления моей деятельности тесно взаимосвязаны.

От практической психиатрии получаешь огромную отдачу. Благодарные пациенты, которым удалось помочь; постоянная работа и пища для ума, эмоциональное удовлетворение. Каждый пациент – загадка. Чем вызваны возникающие у него симптомы? Как его лучше лечить? Вопросы конкретные и требующие немедленного решения. Но бывают и другие. Порой за окном моего уютного кабинета мне мерещатся страшные картины – миллионы душевнобольных, уносимых цунами в открытое море забвения, где они барахтаются, беспомощные, и неоткуда ждать помощи. Из этих мрачных видений рождаются вопросы более общие и широкие: почему вообще существуют психические расстройства? Почему их так много? Почему они так обычны? Естественный отбор давно мог бы покончить и с тревожностью, и с депрессиями, и с дурными зависимостями, и с анорексией, мог бы истребить гены, вызывающие аутизм, шизофрению и маниакально-депрессивный психоз. Но этого не происходит. Почему? Хороший вопрос. Задача этой книги – показать, что сама попытка выяснить, почему естественный отбор не избавил нас от всех этих напастей, может пролить отчасти свет на природу психических заболеваний и помочь усовершенствовать методы лечения.

Ответы, предлагаемые в дальнейших главах, – это лишь наброски, а не окончательные выводы, и какие-то из них неизбежно окажутся ошибочными. На это не стоит досадовать: на раннем этапе развития научной области любые гипотезы проходят проверку и отбраковку. Как выразился Дарвин, «ложные взгляды, если они поддержаны некоторыми доказательствами, приносят мало вреда, потому что каждому доставляет спасительное удовольствие доказывать, в свою очередь, их ошибочность; а когда это сделано, то один из путей к заблуждению закрывается, и часто в то же время открывается путь к истине»<sup>1</sup>.

Из-за непрекращающихся разногласий и довольно медленного прогресса в психиатрии назрела острая необходимость искать новые подходы к изучению душевных заболеваний. Эволюционная биология сама по себе наука далеко не молодая, она дает прочную и основательную научную базу для объяснения нормального поведения, но опираться на нее при исследовании отклонений от нормы стали только теперь. Сквозь призму эволюционной медицины, дающей новое понимание причинам нашей подверженности соматическим болезням, теперь всё больше начинают рассматривать и психические расстройства. Настало время выходить на новые рубежи и осваивать неизведанную пока область эволюционной психиатрии.

Лучше бы, конечно, эта область называлась как-то иначе. Ведь эволюционная психиатрия – это не какое-то отдельное клиническое направление, так как на всё, связанное с психическим здоровьем, не мешало бы посмотреть с эволюционной точки зрения. Так что точнее будет вот как: «Использование принципов эволюционной биологии, способствующее более

---

<sup>1</sup> Darwin C. The descent of man and selection in relation to sex. London: Murray; 1888, p. 390. Дарвин, Чарльз. Происхождение человека и половой отбор.

глубокому пониманию природы психических расстройств и усовершенствованию методов психиатрии, клинической психологии, социально-профилактической работы, ухода за больными и других специализированных областей». Однако охватить это все в одной книге – задача неподъемная, поэтому у меня получился сборник сводок с передовых рубежей эволюционной психиатрии.

Психические заболевания – настоящий бич для нашего биологического вида, и нам, конечно, хочется как можно скорее найти способ от них избавиться. Эволюционная психиатрия уже вносит определенный практический вклад, но более ощутимые результаты появятся, когда ученые, клинические специалисты и пациенты начнут искать и находить ответы на вопросы в подсказанном ею принципиально новом ключе. А пока эволюционная психиатрия готовит философскую почву. Почти всем нам случается задаваться вопросом, почему в человеческой жизни так много душевных страданий. Отчасти дело в том, что такие эмоциональные состояния, как тревожность, плохое настроение и скорбь, сохранялись и формировались в ходе естественного отбора, поскольку они полезны. Другая часть ответа в том, что наши страдания полезны не для нас, а для наших генов. Бывает, что болезненные переживания нормальны: необходимости в них нет, однако отсутствие этих переживаний обошлось бы нам слишком дорого. Веские эволюционные причины имеются и у заведомо невыполнимых желаний, и у неконтролируемых порывов, и у конфликтных взаимоотношений. Но, пожалуй, благодаря эволюционному подходу глубже всего нам удастся проникнуть к истокам таких способностей, как неисчерпаемая любовь и доброта, попутно понимая, почему доведком к ним идут скорбь, чувство вины и (это особенно важно) неумеренное беспокойство о том, как воспринимают нас окружающие.

*ИЮЛЬ 2018 ГОДА*

## Часть первая

# Почему в психиатрии все так запутано?

### Глава 1

## Новый вопрос

*Будь у меня ровно час на решение задачи, от которой зависит моя жизнь, я бы потратил первые пятьдесят пять минут на то, чтобы сформулировать вопрос. Как только задашь вопрос правильно, ответ отыщется за пять минут.*

**АЛЬБЕРТ ЭЙНШТЕЙН**

Когда в дверь моего кабинета в психиатрической клинике постучал врач-интерн, я насторожился – ведь он со своей пациенткой должен был подойти только через пять минут.

– Просто хотел вас предупредить, – сказал интерн. – Она жаждет ответов.

– А что спрашивает? – поинтересовался я.

– Почему, к кому ни обратись, каждый говорит свое и рекомендации все дают разные.

Она уже всех нас в шарлатаны записала. Но теперь вот встала в пять утра и едет через половину штата, чтобы услышать наконец что-то определенное от «светил науки».

Саркастический эпитет, правда смягченный улыбкой, относился ко мне и всей нашей прославленной университетской клинике. Я попросил вкратце изложить анамнез.

– Пациентке тридцать пять, замужем, трое детей школьного возраста, – начал интерн. – Главная жалоба – тревожность. Беспокойство практически обо всем, за последний год все время усиливалось. Здоровье, дети, финансы, вождение – сплошные страхи. У нее часто скручивало желудок, раз или два в месяц случались приступы тошноты, при этом никакой потери веса. Говорит, что стала раздражительной, устает, плохо засыпает. Теряет интерес к жизни, но суицидальных намерений нет, как и других симптомов депрессии. Тревожность у нее наследственная, однако не ярко выраженная. Никаких болезней семейный врач не обнаруживает. На мой взгляд, у нее генерализованное тревожное расстройство, но может быть и дистимия, и соматизация. Мне было бы любопытно, что вы на этот счет скажете. И как ответите на ее вопросы.

Ожидавшая в смотровом кабинете пациентка А. поздоровалась с нами тепло, но, когда я спросил, чем мы можем помочь, в ее голосе зазвенела сталь:

– Надо полагать, молодой человек уже рассказал вам, что меня привело. Я надеюсь, что не зря потратила пять часов на дорогу и вы наконец что-нибудь мне объясните.

– Насколько я понимаю, до сих пор вам никто помочь не сумел? – спросил я участливо.

Будто кнопку «пуск» нажал.

– Какое там! Каждый толкует свое. Сначала я пошла к нашему священнику. Он хороший человек, очень сочувствовал, но советовал, по сути, молиться и принять волю божью. Я старалась, однако вера моя, судя по всему, оказалась недостаточно крепкой. Тогда я поговорила с семейным врачом. Он даже анализ не назначил, сказал, что это просто нервы. А поскольку успокоительные вызывают привыкание, прописал только таблетки от желудка, но они не подействовали.

Тогда он отправил меня к психотерапевту – тот назначил сеансы два раза в неделю, а мне это оказалось не по карману. Психотерапевт говорил мало, по большей части расспрашивал про детство и все намекал, что я испытывала влечение к отцу, чего, разумеется, не было и

быть не могло! Когда я пожаловалась, что мне все хуже и хуже, он списал это на мои попытки откреститься от воспоминаний. Я перестала к нему ходить, но счета за пропущенные сеансы он все равно шлет.

Поскольку легче мне не становилось, я сама нашла в телефонной книге практикующего психиатра – подальше от дома, чтобы не поползли слухи. Он сказал, что у меня наследственная патология мозга и что мне нужно принимать лекарства, чтобы скорректировать химический дисбаланс. Никаких анализов он тоже не делал, а у назначенных препаратов среди побочных эффектов обнаружился риск суицида. Поэтому я решила добраться до университета – может, хоть здесь что-то ответят внятное. Я вконец истерзала себя разными страхами, почти не сплю и не ем, мужа доконала постоянными звонками с вопросом, как там дети. Так что очень хотелось бы получить объяснение от вас.

– Неудивительно, что вы измучены, – сказал я. – Четыре разных специалиста, и каждый со своей версией и назначениями! А теперь еще мы, и тоже глядим со своей колокольни. Можно задать вам еще несколько вопросов, чтобы точнее наметить курс?

Она охотно добавила подробностей. Рассказала, что всегда была тревожной и что мать ее тоже часто нервничала. Родители обращались с ней хорошо, но нередко приходилось выслушивать критические замечания от отца. Кроме того, раз в несколько лет семья переезжала, и в школе наша пациентка вечно чувствовала, что не вписывается. Ее собственный брак можно было назвать стабильным, однако они с мужем то и дело ссорились – в основном из-за его постоянных командировок, а также по поводу того, как справляться с СДВГ у старшего сына. На ночь она частенько выпивала «пару бокальчиков» вина в качестве снотворного. По ее словам, тревожность усугубилась двумя годами ранее, примерно тогда, когда младший сын пошел в детский сад, а она стала пытаться сбросить вес.

– Но все это никакого отношения к моей проблеме не имеет, – заявила она без перехода. – Мне нужно выяснить, что со мной такое – невроз, болезнь мозга, стресс или еще что. За этим я и приехала.

Я начал объяснять, что ее симптомы обусловлены совокупностью наследственных склонностей, переживаний детских лет, текущих жизненных обстоятельств и пристрастием к алкоголю. Она нахмурилась. Но когда я перешел к тому, что тревожность как таковая – качество полезное, просто у большинства людей с ней перебор, потому что недобор был бы гораздо опаснее, лицо пациентки прояснилось. «Да, это логично», – сказала она. Услышав, что в ее случае применимы и вполне оправдывают себя несколько методов лечения и что с большой долей вероятности ей сможет помочь отличный специалист по когнитивно-поведенческой психотерапии, принимающий недалеко от ее дома, она окончательно успокоилась. «Кажется, все-таки не напрасно я к вам съездила». Однако, выходя из кабинета, она посмотрела на меня пристально и высказала на прощание: «Ваша психиатрия – сплошной туман и неразбериха. Хотя вы это и без меня знаете, да?»

До ее слов, которые я помню как сейчас, я никогда не признавался себе в этом так откровенно. Обычно именно психиатр работает над тем, чтобы пациент смог принять упорно отрицаемое и отвергаемое, но пациентка А. поменяла нас ролями. Во всех примерах, которые я привожу в этой книге, биографические подробности подкорректированы, чтобы пациенты оставались инкогнито не только для друзей и родных, но и для самих себя, однако, если героиня той встречи тридцатилетней давности все же себя узнает, ей, наверное, будет приятно услышать, что ее меткое замечание побудило меня снять розовые очки и начать разбираться в этой неразберихе.

## Будни психиатра

Когда я только начинал преподавать психиатрию в университете, меня прикомандировали, словно военного корреспондента в зону боевых действий, к поликлинике, где практиковали специалисты по внутренним болезням, интерны и медсестры. Поскольку психические расстройства у обращающихся в поликлинику встречались сплошь и рядом, моя помощь была весьма кстати. Кроме того, хотелось надеяться, что мое присутствие побудит интернов учитывать эмоциональное состояние пациентов. В какой-то мере этого удалось добиться, но все равно основная нагрузка ложилась на меня. Наблюдая и испытывая эмоциональные переживания, связанные с лечением нескончаемого потока больных, я начал осознавать, как важно для защиты психики отрастить толстую шкуру.

Интерны часто просили меня поговорить с пациентами, имевшими негативный опыт обращения к психотерапевтам и поклявшимися «больше ни за что». Одни потратили несколько месяцев на сеансы, на которых так ничего вразумительного и не услышали. Другим на первом же приеме с ходу выписывали препарат с кучей побочных эффектов. Встречались и немногие готовые рассказать, как изменилась их жизнь благодаря терпеливому неравнодушному терапевту или как они вместе с врачом месяцами нащупывали правильный курс, пока наконец не удавалось подобрать подходящее лекарство. Однако люди, довольные результатами лечения, как правило, своими успехами не хвастались, и к тем, у кого все шло хорошо, меня не звали, так что в основном я общался с настроенными скептически. Год за годом, неделя за неделей, изо дня в день я слушал их часами, но в своем упорном стремлении убедить их обратиться за помощью оставался абсолютно глух к этому многоголосому стону разочарования, пока пациентка А. не облекла его в слова. В психиатрии царит полная неразбериха.

Это не значит, что психотерапию нужно считать фикцией. Некоторые мои сокурсники, узнавая о том, какую специализацию я выбрал, сочувственно качали головой и говорили: «Ну да, кому-то надо заниматься и теми больными, которым невозможно помочь». Заблуждение столь же распространенное, сколь беспочвенное. Почти любая психиатрическая проблема решаема, и очень часто удается добиться устойчивой ремиссии. С паническими расстройствами и фобиями мы разделяемся так лихо, что работать над ними было бы даже неинтересно – если бы не удовольствие видеть, как больной возвращается к полноценной жизни.

Вот женщина, которая из-за агорафобии год не могла выйти из своего трейлера. Несколько месяцев лечения – и она отправляется навестить сестру, живущую в часе езды. Плотник, которого заставила обратиться к психотерапевту сильнейшая социофобия (он даже обедать в компании товарищей стеснялся), спустя год приходит рассказать, как ему нравится выступать с презентациями по всему штату. Даже у самых тяжелых больных наблюдался существенный прогресс. На прошлой неделе я получил совершенно неожиданное электронное письмо от пациентки двадцатипятилетней давности с искренним сердечным «спасибо» – она рассказывала, как лечение тяжелой степени ОКР (обсессивно-компульсивное расстройство) изменило ее жизнь и, возможно, спасло ее.

Психиатрам и психиатрии сильно достается во многих книгах. Эта не из их числа. Да, из-за больших денег от Большой Фармы в психиатрии больше коррупции, чем в других отраслях медицины. Спонсируемая фармацевтической промышленностью реклама и «образовательные» курсы пропагандируют упрощенное, зато исправно максимизирующее прибыль представление об эмоциональных расстройствах как о заболеваниях мозга, нуждающихся в медикаментозном лечении. Тем не менее огромное большинство знакомых мне психиатров – заботливые, внимательные и думающие врачи, которые стараются помочь пациенту любыми доступными средствами. Помню одного интерна-психиатра, который ежедневно начинал прием с шести утра, чтобы пациенты (большой частью алкоголики, борющиеся с зависимо-

стью) могли попасть к нему до работы. И в семь вечера его кабинет был по-прежнему открыт. Другой мой приятель-психиатр брал самых тяжелых пациентов в пограничном состоянии, прекрасно отдавая себе отчет в том, что ему будут звонить среди ночи, угрожая самоубийством. И ведь он не один – сколько нас, врачей, которые пытаются вытянуть страдающих от безнадежной депрессии или психоза, понимая, что кто-то из пациентов неизбежно покончит с собой, а отвечать им. Сколько нас таких, которые не спят ночами, беспокоясь о тяжелом больном и думая, как ему помочь. Но так или иначе большинство пациентов идет на поправку, и чем головоломнее задача и тернистее путь, тем ощутимее отдача для практикующего психиатра.

А вот психиатрия как наука, даром что голову заставляет поломать ничуть не меньше, отдачи почти не приносит. На очередном году преподавательской работы я испытывал только замешательство и разочарование. Казалось, что все сводится к лозунгу «Психические расстройства – это болезни мозга». Отличная формулировка – когда нужно продвигать на рынок лекарства, преодолевать стигму, привлекать финансирование, – но самостоятельное мышление она отключает. Даже соответствуя в каких-то случаях истине, она отменяет необходимость обращаться в поисках ответов к бихевиоризму, психоанализу, когнитивной терапии, семейным взаимоотношениям, здравоохранению и социальной психологии. Ограничиваться в практической психиатрии только одним подходом – все равно что замкнуться в стенах средневекового города. Попытка разобраться в разных подходах будет сродни паломничеству по таким закрытым городам. Чтобы увидеть весь ландшафт той или иной душевной болезни, нужно подняться над всеми этими крепостями как можно выше да еще воспользоваться особой подзорной трубой, позволяющей рассмотреть постепенные эволюционные и исторические изменения.

## Чем обусловлены психические болезни?

Подобно шести слепцам, которые ощупывают недоступную другим часть слоновьего тела, каждое из направлений, занимающихся душевными расстройствами, признает только «свою» причину болезни и соответствующие методы лечения. Врачи, выискивающие наследственную предрасположенность и дисфункции мозга, выписывают таблетки. Психотерапевты, усматривающие во всем детские переживания и душевные конфликты, проводят сеансы психоанализа. Клинические психологи, во главу угла ставящие научение<sup>2</sup>, направляют на поведенческую терапию, а приверженцы теории когнитивных искажений – на когнитивную. Исповедующие ту или иную религию советуют медитации и молитву. А те, кто ищет корень всех бед в семейных взаимоотношениях, рекомендуют, как нетрудно догадаться, терапию семейную.

Обнаруживший эту проблему в 1977 году психиатр Джордж Энгель предложил интегрированную «биопсихосоциальную модель»<sup>3</sup>. С тех пор год от года поводов для интеграции прибавляется – по той печальной причине, что раздробленность в психиатрии только растет. Вместо того чтобы копаться в сложном хитросплетении причин, психические болезни пытаются втиснуть в прокрустово ложе того или иного подхода. Научные советы буквально умоляют об интеграции, но комиссии, принимающие решение насчет грантов и преподавательских контрактов, поддерживают только те проекты, которые укладываются в узкие рамки конкретной дисциплины.

Планировавшийся недавно пересмотр диагностической системы сулил надежду на объединение, но в результате неразбериха и разногласия только усилились. Над предшествующей редакцией классификатора всех психических болезней – «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM)<sup>4</sup> работала комиссия, возглавленная выда-

---

<sup>2</sup> Научение – бессознательное формирование рефлексов, привычек, устойчивых форм поведения; отличается от обучения отсутствием сознательного элемента и педагогического усилия. – *Прим. науч. ред.*

<sup>3</sup> Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8; 196 (4286): 129–36.

<sup>4</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM – IV*. 4th ed. Washington (DC):

ющимся психиатром Алленом Фрэнсисом. Название недавно выпущенной им книги говорит о недовольстве последней редакцией классификатора: «DSM – на страже нормы. Бунт посвященного – против бесконтрольных психиатрических диагнозов, DSM-5, Большой Фармы и медиализации повседневной жизни»<sup>5</sup>. Споры по поводу диагнозов бурлят так, что выплескиваются на редакционные полосы газет. Последней каплей стал отказ Национального института психического здоровья США от диагностирования психических заболеваний по DSM<sup>6,7</sup>. Вот вам и общая диагностическая система, ведущая к консенсусу...

Новый проблеск надежды на уменьшение неразберихи мелькнул, когда причины психических заболеваний принялись искать в аномалиях мозга. На собеседовании при поступлении на медицинский в 1969 году я честно (и, видимо, опрометчиво) заявил, что собираюсь стать психиатром. «И что же вас привлекает в психиатрии?» – спросил собеседующий. «То, что вот-вот будут найдены органические предпосылки психических болезней и все сведется к неврологии». Чего еще желать? Однако, увы, уже сорок лет тысячи ученых бьются над исследованиями, на которые тратятся миллиарды долларов, а никаких органических предпосылок ни для одного из основных психических заболеваний (за исключением разве что болезни Альцгеймера и хореи Гентингтона, которые относили к эндогенно-органическим и прежде) до сих пор не найдено. Для других психических расстройств по-прежнему не существует возможности поставить точный диагноз ни с помощью анализов, ни с помощью нейровизуализации.

Досадно – и в то же время поразительно. Не может быть, чтобы мозг аутиста или страдающего биполярным расстройством совершенно ничем не отличался от нормального. Но и нейровизуализация, и посмертное вскрытие если и выявляют отличия, то совершенно незначительные. Они есть, но крошечные и бессистемные. Трудно понять, что из них причина, а что следствие болезни. Диагноз по ним не поставишь, это далеко не такие отклонения, по которым рентгенологи, допустим, определяют воспаление легких или специалисты по лабораторной диагностике – рак.

Рухнули надежды и на генетическую диагностику. Поскольку такие болезни, как шизофрения, биполярное расстройство, аутизм, почти полностью обусловлены конкретным набором генов, на рубеже нового тысячелетия большинство занимавшихся психиатрическими исследованиями полагало, что генетические маркеры соответствующих заболеваний удастся отыскать совсем скоро. Однако дальнейшие исследования показали, что общих генетических вариаций, оказывающих сколько-нибудь существенное влияние на развитие этих заболеваний, не существует<sup>8</sup>. Почти все эти вариации увеличивают вероятность развития расстройства максимум на один процент<sup>9</sup>. Это самое важное – и самое обескураживающее – открытие за всю историю психиатрии. Что из этого следует и как нам теперь быть – два ключевых вопроса.

Ведущие исследователи в области психиатрии, надо отдать им должное, признают и эти неудачи, и необходимость искать новые подходы. Как писал коллектив авторов в статье в журнале *Science*, «в лечении шизофрении крупных прорывов не было уже пятьдесят лет, а в лечении депрессии – двадцать. <...> Чтобы перестать топтаться на месте, мы должны заняться мозгом как целостной сложной системой. <...> Требуется совершенно иной подход»<sup>10</sup>. Участ-

---

American Psychiatric Association; 1994.

<sup>5</sup> Frances A. Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: William Morrow; 2013.

<sup>6</sup> Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010 Jul;167(7): 748–51.

<sup>7</sup> Insel TR, Wang PS. Rethinking mental illness. *JAMA*. 2010 May 19; 303(19): 1970–1.

<sup>8</sup> Gatt JM, Burton KLO, Williams LM, Schofield PR. Specific and common genes implicated across major mental disorders: a review of meta-analysis studies. *J Psychiatr Res*. 2015 Jan; 60: 1–13.

<sup>9</sup> Consortium C-DG of the PG. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*. 2013 Apr 26; 381(9875): 1371–9.

<sup>10</sup> Akil H, Brenner S, Kandel E, Kendler KS, King M – C, Scolnick E, et al. The future of psychiatric research: genomes and

ники недавней встречи Общества биологической психиатрии выступали с докладами на тему «Смена парадигмы в лечении психических расстройств». И наконец в 2011 году директор Национального института психического здоровья Томас Инзел заявил: «То, чем мы занимаемся уже пятьдесят лет, не приносит результатов. <...> Вот передо мной цифры – статистика самоубийств, инвалидностей, смертности – это же бездна, у которой не видно ни конца ни края. Вероятно, нам пора полностью пересмотреть подход»<sup>11</sup>.

Психиатры рекомендуют пациентам расценивать жизненный кризис как повод что-то коренным образом изменить. Может быть, это относится и к самой психиатрии?<sup>12</sup>

## Поиски будущего в эволюционном прошлом

Музей естествознания располагался в квартале от нашего медицинского центра. Сколько раз я открывал его тяжелую кованую дверь, охраняемую с обеих сторон бронзовыми пумами, когда водил детей посмотреть на останки динозавров. Но в этот раз я прохожу в другую дверь, с табличкой «Только для персонала», потому что получил приглашение от клуба ученых, собирающихся здесь каждую неделю подискутировать о поведении животных. В первый же час стало понятно, что их подход радикально отличается от всего, чему меня учили прежде.

Они задавались вопросами не только о механизмах работы мозга, но и о том, как формировался мозг в ходе естественного отбора и как поведение влияет на приспособленность организма. Приспособленность – это биологический термин, и измеряется она количеством потомков конкретной особи, выживших и оставивших потомство. Одни особи произведут больше потомства, чем другие, поэтому именно их генетические вариации передадутся следующим поколениям и будут распространяться и дальше в чередующихся поколениях. Генетические вариации тех особей, у которых число потомков окажется ниже среднего, широкого распространения не получают. Соответственно, в процессе естественного отбора тело и мозг формируются так, чтобы максимизировать приспособленность в условиях их среды обитания.

Как правило, оптимальным оказывается усредненное значение признака. Вот кролики, которые обладают разной степенью храбрости. Чересчур храбрый кролик угодит в лапы лисе, чересчур робкий кролик будет шархаться от каждой тени и не сможет прокормиться. И только кролики со средним уровнем тревожности успеют наплодить достаточно крольчат, а значит, распространение получают именно их гены. У людей имеется так называемая премия Дарвина, ежегодно присуждаемая за очень глупый поступок, который ведет к гибели человека и исключению его генов из генофонда. Один любитель приключений установил на свой автомобиль ракетный ускоритель – и на скорости триста миль в час размазался тонким слоем по горному склону. А есть люди, которые из дома боятся выйти. Они не умрут молодыми, но и детей у них вряд ли будет много. Больше детей произведут на свет обладатели умеренной тревожности, поэтому у основной массы человечества осторожность ограничена средними значениями.

Выясняя, почему животные ведут себя так, а не иначе, мои новые музейные коллеги руководствуются простым принципом: в ходе естественного отбора организм формируется так, чтобы максимизировать воспроизводство. Это не гипотеза – это принцип, и наверняка истинный. Вот оно, чего мне так недоставало, – взгляд под другим углом, биологическим, объясняющим не только поведение, но и нынешнее состояние организмов (почему они оказались именно такими).

---

neural circuits. *Science*. 2010; 327(5973): 1580–1.

<sup>11</sup> Greenberg G. The rats of N.I.M.H. *The New Yorker* [Internet]. 2013 May 16 [cited 2018 Jun 13]. Available from: <https://www.newyorker.com/tech/elements/the-rats-of-n-i-m-h>.

<sup>12</sup> Brüne M, Belsky J, Fabrega H, Feierman HR, Gilbert P, Glantz K, et al. The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory. *World Psychiatry*. 2012; 11(1): 55–7.

Просидев первые несколько недель обычным слушателем, я наконец набрался храбрости и поделился гипотезой, которая появилась у меня еще в студенчестве. Старение, заявил я, полезно тем, что гарантирует ежегодное выбывание ряда особей из популяции и за счет этого позволяет всему виду в случае изменения условий окружающей среды развиваться быстрее. Ответом мне было ошарашенное молчание, которое прервал хохот одной из участниц, Бобби Лоу. «Вы и вправду полный профан в эволюции, да?» – выговорила она, фыркая от смеха. Это был безобидный смех, дружеский, так смеются над щенком, который карабкается по лестнице. Отсмеявшись, Бобби и остальные растолковали мне, что гены, будь они сто раз полезными для всего вида в целом, все равно пропадут, если не будут выгодны самому их носителю, выгодны в том смысле, что число его потомков должно оказаться больше потомков, чем у средней особи в популяции.

Бобби посоветовала мне прочесть опубликованную в 1957 году статью биолога-эволюциониста Джорджа Уильямса. По дороге домой я заглянул в библиотеку и сделал копию статьи, а прочитав, пополнил ряды тех многих и многих, чье мировоззрение она перевернула. Как отмечает Уильямс, ген старения мог обрести универсальность за счет того, что давал какие-то преимущества на раннем этапе жизни, когда отбор сильнее, поскольку до этого этапа доживает большее число особей<sup>13</sup>. Так, например, генетическая вариация, вызывающая отложение кальция в коронарных артериях, из-за которого умирает множество людей преклонного возраста, могла бы стать универсальной, если бы, допустим, помогала ускорить сращивание сломанных костей в детстве. Гипотеза оказалась настолько значимой для науки, что статья удостоилась републикации по случаю шестидесятилетия с момента выхода<sup>14</sup>. Уильямс предлагал принципиально иной взгляд не только на старение, но и на болезни в целом. Если эволюционное объяснение нашлось для старения, может, оно найдется и для шизофрении, депрессии, расстройств пищевого поведения?

За последующие недели мои новые коллеги – биологи-эволюционисты – помогли мне осознать, что все существующее в природе необходимо объяснять с двух разных позиций. Первый тип объяснений, более нам привычный, делает упор на механизмах работы нашего тела; в биологии этот подход называется проксимальным, то есть устанавливающим непосредственные причины действий. Второй тип объяснений описывает, как эти механизмы возникали и развивались, – такие объяснения биологи именуют эволюционными или ультимативными<sup>15, 16, 17, 18</sup>. Мое медицинское образование целиком и полностью строилось на проксимальном фундаменте, то есть на описаниях уже существующих механизмов, нигде и никак не затрагивая причины, по которым организмы сформировались именно так, а не иначе.

Пока мы не поймем, что проксимальные объяснения жизненно важно дополнять эволюционными, в науке будет царить огромная неразбериха. Если спросить, откуда у нас брови, кто-то начнет рассказывать про гены, которые обуславливают синтез определенных видов белка на определенном участке тела. Кто-то другой отметит, что надо учесть и сам процесс роста бровей. Третий скажет, что надо выяснить насчет бровей у других приматов. Четвертый обязательно напомнит, что брови защищают глаза от капель пота со лба. Пятый поднимет бровь, демонстрируя значение данного коммуникационного сигнала. Первые два объяснения касаются проксимальных механизмов, остальные обращаются к эволюции.

---

<sup>13</sup> Williams GC. Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence. *Evolution*. 1957; 11(4): 398–411.

<sup>14</sup> Gaillard J-M, Lemaître J-F. The Williams' legacy: a critical reappraisal of his nine predictions about the evolution of senescence. *Evolution* [Internet]. 2017 Oct 20 [cited 2017 Oct 30]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/evo.13379>.

<sup>15</sup> Alcock J, Sherman P. The utility of the proximate ultimate dichotomy in ethology. *Ethology*. 1994; 96(1): 58–62.

<sup>16</sup> Dewsburly DA. The proximate and the ultimate: past, present and future. *Behav Process*. 1999; 46: 189–99.

<sup>17</sup> Mayr E. Cause and effect in biology. *Science*. 1961; 134(3489): 1501–6.

<sup>18</sup> Nesse RM. Evolutionary and proximate explanations. In: Scherer K, Sander D, editors. *The Oxford companion to emotion and the affective sciences*. Oxford (UK): Oxford University Press; 2009, pp. 158–9.

Удостоенный Нобелевской премии этолог Нико Тинберген в своей статье 1963 года подчеркнул различие между двумя подходами, сформулировав так называемые «четыре вопроса Тинбергена»: в чем суть того или иного механизма; как данный механизм развивается в онтогенезе, то есть у отдельной особи; в чем его адаптивное значение и, наконец, какова его эволюционная история<sup>19</sup>. Я много лет обращался к этим вопросам, но только потом понял, что два из них – проксимальные, два – эволюционные, два рассматривают один временной срез, а два – изменения во времени. Их можно свести в небольшую таблицу. Когда я стал показывать ее в виде слайда на своих лекциях, слушатели заинтересовались ею больше, чем моим монологом. Я выложил ее у себя на сайте, и она быстро разошлась по сети.

### Четыре вопроса тинбергена, *таблица*<sup>20</sup>

|                      | ПРОКСИМАЛЬНЫЕ                    | ЭВОЛЮЦИОННЫЕ                     |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ВРЕМЕННОЙ СРЕЗ       | В чем суть механизма?            | В чем его адаптивное значение?   |
| ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЕНИ | Как он развивается в онтогенезе? | Какова его эволюционная история? |

Благодаря вопросам Тинбергена я осознал, что спорить ночами до хрипоты нас с однокурсниками вынуждало недопонимание: мы считали эти вопросы альтернативными. А это не так. Полноценное объяснение требует ответов на все четыре. И еще благодаря этим вопросам я понял нечто важное: многое из того, что я считал аномалией, на самом деле полезно. Как будущий медик, я подробно изучал механизм выделения кислоты клетками желудка и роль этого механизма в развитии язвы, но никто не требовал при этом знать, как желудочная кислота убивает бактерии и переваривает пищу и почему недостаток кислоты не менее пагубен, чем избыток. Мы разбирали все возможные причины возникновения диареи, но едва ли учитывали ее роль в выведении токсинов и инфекции из пищеварительного тракта. Кашель избавляет от инородных веществ дыхательные пути. Жар – это тщательно контролируемая реакция организма, необходимая для борьбы с инфекцией. Даже боль нужно рассматривать не только с точки зрения механизмов, но и с точки зрения ее функций: люди с врожденной неспособностью чувствовать боль, как правило, не доживают до средних лет<sup>21</sup>. Так я дошел до размышлений о том, в чем может заключаться польза тревоги и уныния.

Хотя у многих на первый взгляд бесполезных явлений обнаруживается важная функция, множество других сконструированы совершенно отвратительно. Глаз отлично обошелся бы без слепого пятна. Родовые пути слишком узкие. Механизмы защиты от рака (а также защита от инфекций) работают недостаточно эффективно. Способность регулировать потребление пищи довольно слаба. Тревога и боль зачастую зашкаливают. Я погрузился в глубокие раздумья, почему естественный отбор оставил нам столько загадочных изъянов.

Джорджа Уильямса легко было узнать среди участников любой конференции: он выглядел точь-в-точь как Авраам Линкольн. Я знал, насколько знаменита его статья 1957 года, но

<sup>19</sup> Tinbergen N. On the aims and methods of ethology. *Z für Tierpsychol.* 1963; 20: 410–63.

<sup>20</sup> Nesse RM. Tinbergen's four questions, organized: a response to Bateson and Laland. *Trends Ecol Evol.* 2013; 28(12): 681–2.

<sup>21</sup> Sternbach RA. Congenital insensitivity to pain. *Psychol Bull.* 1963; 60(3): 252–64.

никто не говорил мне, что он принадлежит к числу самых выдающихся биологов XX века, – сам Уильямс тем более этого не говорил. Он вообще был не из разговорчивых, но уж если открывал рот, то слушали все. Как-то раз за кружкой пива он объяснил, как ему пришла в голову гипотеза, что естественный отбор сохраняет гены, вызывающие старение. Я же придумал способ проверить его теорию. Согласно ей, у некоторых животных в дикой природе смертность с возрастом должна повышаться. Альтернативная же гипотеза, гласящая, что гены старения недостижимы для выбраковки в ходе естественного отбора, предполагает одинаковый уровень смертности на всем протяжении взрослой жизни.

Чтобы собрать данные об уровне смертности у животных в дикой природе, требовалось просидеть в библиотеке несколько месяцев. Я изложил свою идею заведующему нашей кафедрой психиатрии Джону Гредену – он только-только заступил на эту должность и с готовностью поддерживал творческие начинания, поэтому позволил тратить летом половину рабочих часов на этот проект. К осени я поднабрал данных и мог вычислить, насколько сильно отбор действует на старение у диких животных, – как выяснилось, действует, и очень сильно<sup>22</sup>. Гипотеза Джорджа подтвердилась: гены, ускоряющие старение, – это не какие-нибудь злополучные мутации, которые не выбраковываются естественным отбором только потому, что проявляют себя на слишком позднем жизненном этапе. Часть из них дает преимущества, которые способствуют воспроизводству в молодом возрасте. Сейчас гипотеза подтверждается многочисленными экспериментами на жуках и дрозофилах, которые отбирались на разную продолжительность жизни<sup>23, 24</sup>. Отбор в сторону более раннего воспроизводства приводит к укорачиванию жизненного срока, отбор в сторону большей продолжительности жизни приводит к уменьшению численности потомства, особенно в дикой природе. Как видим, эволюционные причины у старения имеются<sup>25</sup>.

К следующему приезду Джорджа я достаточно поднатерел в эволюционной биологии, чтобы вести содержательную беседу, да и результаты моих изысканий уже были опубликованы. Я поделился с Джорджем своими мыслями насчет того, что, возможно, в теории эволюции найдутся новые ответы не только на вопрос о старении, но и о болезнях. Джордж уже тоже размышлял об этом. Мы решили написать статью на тему, какую службу теория эволюции может сослужить медицине.

Первые несколько месяцев мы двигались по кардинально неправильному пути: пытались отыскать эволюционное объяснение болезням. Почему, спрашивали мы, в ходе естественного отбора сформировалась ишемическая болезнь сердца? Рак груди? Шизофрения? В конце концов мы осознали свой промах. Нельзя рассматривать болезни как эволюционное приспособление (сокращенно БКЭП). Это грубая ошибка, которая по-прежнему часто встречается в эволюционной медицине. Болезни – это не адаптации, у них нет эволюционной подоплеки, они не формируются в результате естественного отбора. Зато эволюционная подоплека есть у тех свойств организма, которые снижают устойчивость к болезням. Смещение фокуса с самих болезней на их предпосылки стало поворотным моментом в наших рассуждениях и краеугольным камнем эволюционной медицины.

Дни напролет мы обсуждали аппендикс, зубы мудрости, воспаление коронарных артерий, рак и, разумеется, человеческую спину. Джордж видел перспективы гораздо отчетливее, чем я, поэтому по его настоянию наша статья получила громкий заголовок «Зарождение дарвиновской медицины». Наша книга «Почему мы болеем. Новое направление в науке – дарвиновская медицина» охватила более широкую аудиторию и способствовала развитию области

---

<sup>22</sup> Nesse RM. Life table tests of evolutionary theories of senescence. *Exp Gerontol.* 1988; 23(6): 445–53.

<sup>23</sup> Kirkwood TB. Understanding the odd science of aging. *Cell.* 2005 Feb 25; 120(4): 437–47.

<sup>24</sup> Rose M, Charlesworth B. A test of evolutionary theories of senescence. *Nature.* 1980 Sep 28; 287(5778): 141–2.

<sup>25</sup> Kirkwood TB, Austad SN. Why do we age? *Nature.* 2000; 408(6809): 233–8.

знания, которая сейчас называется эволюционной медициной. К настоящему моменту вышел десяток книг на эту тему, существуют научное общество, специализированный журнал, проводятся международные конференции и курсы в большинстве крупных университетов.

Эволюционная медицина – это не метод лечения и ни в коем случае не альтернатива традиционной медицине. Она просто применяет принципы эволюционной биологии к решению проблем со здоровьем – точно так же, как, допустим, принципы генетики или физиологии. Эволюционная психиатрия – это раздел эволюционной медицины, основной вопрос которого: почему естественный отбор не избавил нас от подверженности психическим заболеваниям?

## Новый вопрос

Привычные для медицины вопросы – это те, которые задал бы механик. Как работает организм? Что в нем сломалось? Почему сломалось? Как починить? Это проксимальные вопросы – о том, как работают механизмы нашего тела и какие отличия появляются в их работе при наступлении болезни. Какие механизмы иммунной системы вызывают рассеянный склероз? Какими отклонениями в мозге объясняется возникновение шизофрении? Отвечая на эти вопросы, мы приближаемся к решению самой важной задачи – поиску причин и способов решения проблем. Эти вопросы и найденные ответы значительно улучшили наше здоровье. Если уж медицина обращается лишь к одной половине биологии, пусть это будет половина, которая приносит большие практические плоды.

Другая – эволюционная – половина биологии ставит вопросы, которые задал бы инженер. Как организм сформировался таким, какой он есть? Какое воздействие естественного отбора привело к возникновению данного свойства? Как влияют генные вариации на репродуктивную успешность? Какие издержки ограничивают ее надежность? В самом общем смысле новый вопрос звучит так: «Почему естественный отбор не избавляет нас от признаков, обуславливающих подверженность болезням?»

Вопрос хотя и новый, но довольно близок к одному из древнейших. Почему в жизни так много страданий? Хотя и в религиозном, и в философском ключе этот вопрос, известный как «проблема зла», обсуждается не одно тысячелетие, однозначного ответа нет до сих пор<sup>26, 27, 28</sup>. Греческий философ Эпикур осознал этот парадокс 2400 лет назад, но сейчас мы чаще цитируем слегка упрощенную лаконичную формулировку Дэвида Юма: «Бог хочет предотвратить зло, но не может? Тогда он не всесилен. Может, но не хочет? Тогда он злой. Может и хочет? Тогда откуда берется зло? Не может и не хочет? Тогда почему он зовется богом?»<sup>29</sup>

Все эти столетия философы и богословы, особенно исповедующие монотеистические религии, силились объяснить, откуда берутся зло и страдания. Совокупность этих объяснений называется теодицеей. Объяснений много, поскольку ни одно из них нельзя считать исчерпывающим<sup>30</sup>. Эта же проблема занимает центральное место в буддизме, первая благородная истина которого гласит: «Жизнь есть страдание»<sup>31, 32</sup>. Вторая благородная истина заключается в том, что причиной страданий выступает желание, точнее, абсолютная невозможность удо-

---

<sup>26</sup> Peterson ML. The problem of evil: selected readings. 2nd ed. Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press; 2016.

<sup>27</sup> Southgate C. God and evolutionary evil: theodicy in the light Darwinism. *Zygon*. 2002; 37(4): 803–24.

<sup>28</sup> Tooley M. The problem of evil. In: Zalta EN, editor. The Stanford Encyclopedia of Philosophy [Internet]. Fall 2015. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2015 [cited 2018 Jun 4]. Available from: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/evil>.

<sup>29</sup> Hume D. Dialogues concerning natural religion. Whithorn (UK): CreateSpace Independent Publishing Platform: Anodos Books; 1779 [2017]. p. 52.

<sup>30</sup> Peterson ML. The problem of evil.

<sup>31</sup> Barash DP. Buddhist biology: ancient Eastern wisdom meets modern Western science. New York: Oxford University Press; 2014.

<sup>32</sup> Ekman P, Davidson RJ, Ricard M, Wallace BA. Buddhist and psychological perspectives on emotions and well-being. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005; 14(2): 59–63.

влетворить желание целиком и полностью. Согласно третьей истине, чтобы прекратить страдание, необходимо признать, что желание – это не более чем иллюзия. Эволюционный подход объясняет, почему у нас возникают желания, почему мы не можем их удовлетворить и почему так тяжело от них отрешиться: наш мозг формировался для распространения наших генов, а не для нашего удобства<sup>33, 34, 35</sup>.

Оправдывать божий промысел в задачи данной книги не входит. Выяснять, чем вызвано засилье зла и страданий, тоже не наша прерогатива. Однако не будем забывать, что основную долю страданий составляют страдания эмоциональные. Тревога и уныние существуют ровно потому же, почему существуют боль и тошнота: в определенных обстоятельствах они приносят пользу. Но при этом по веским эволюционным причинам они зачастую чрезмерны. Не менее веские причины имеются для возникновения у нас пагубных пристрастий, шизофрении и остальных психических расстройств. «Причины» – во множественном числе – поскольку для каждого расстройства их будет несколько и для каждого в своей комбинации.

В попытках объяснить, почему психические переживания зачастую так болезненны и почему мысли и поведение, как говорится, так часто слетают с катушек, выявляется еще один не менее глубокий вопрос. Как удалось бездумному отбору, который максимизирует лишь репродуктивную успешность, сформировать мозг, способствующий гармоничным, полным любви и согласия взаимоотношениям и счастливой содержательной жизни? Ведь, по мнению наивного дарвиниста, у большинства людей неоткуда взяться другим интересам, кроме эгоистичной конкуренции за финансы и секс. Однако люди приходят на выручку, молятся, сотрудничают, любят, заботятся о других, даже о незнакомцах. Наш биологический вид замечательно наделен не только в интеллектуальном плане, но и в социальном, нравственном и эмоциональном. Чтобы разобраться в истоках социальной тревожности и способности горевать, а также в глубоких взаимоотношениях, которые этими качествами обусловлены, принципиально важно разобраться в истоках любви и нравственности.

Джонас Солк, разработавший вакцину от полиомиелита, сказал: «То, что мы принимаем за момент открытия, на самом деле момент формулировки нужного вопроса». Итак, у нас новый вопрос.

---

<sup>33</sup> Barash DP. Buddhist biology.

<sup>34</sup> Dawkins R. The selfish gene. Oxford (UK): Oxford University Press; 1976.

<sup>35</sup> Williams GC. Natural selection, the costs of reproduction, and a refinement of Lack's principle. Am Nat. 1966 Nov – Dec; 100(916): 687–90.

## Глава 2

### Являются ли психические расстройства болезнями?<sup>36</sup>

*Полагаться на эти диагностические категории оснований мало<sup>37</sup>.  
КОММЕНТАРИЙ О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЯХ DSM НА  
ПЕРВОЙ СТРАНИЦЕ ВЕДУЩЕГО УЧЕБНИКА ПО ПСИХИАТРИИ*

Нет смысла разбираться в психических расстройствах, не дав им для начала определений и толкового описания. На первый взгляд сделать это просто. В последнем издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» описано более трехсот различных заболеваний. Проблема исчерпана? Если бы. Диагностическая система рождает бесконечные споры – и отчаянные разногласия.

Определения в диагностических категориях представляют психические расстройства как болезни. Но, хотя многие из них и вправду принадлежат к разряду болезней, они все равно некоторым образом отличаются от большинства болезней соматических. У них не обнаруживается никакого конкретного провоцирующего фактора, каким выступают, например, бактерии для пневмонии. Их нельзя диагностировать с помощью анализа крови, как диабет. Они не вызывают четко связанных с ними патологических изменений в тканях – таких, как, допустим, гибель нейронов при рассеянном склерозе. Душевные болезни определяются совокупностью симптомов. Человек, которому любая пища на вкус напоминает картон, может находиться в депрессии или задумываться о самоубийстве. При паранойе человек часто слышит голоса. Дойти до крайней степени истощения, но по-прежнему считать себя толстой характерно для молодых амбициозных женщин. Для каждого расстройства существует целый перечень симптомов, и, если они проявляются в достаточном количестве и достаточно продолжительное время, можно ставить диагноз.

Благодаря этому подходу удалось достичь большего единодушия по поводу диагнозов, однако далось оно дорогой ценой. Этот подход создает иллюзию, будто в диагнозе собрана вся необходимая информация, и потому он повышает риск упустить из виду те жизненные ситуации, которые провоцируют возникновение многих расстройств. А в наш век открытых электронных архивов он заодно приучает не документировать важные, но деликатные подробности. Поэтому истории болезни теперь в большинстве своем представляют собой несколько безликих выхолощенных абзацев, описывающих симптомы и оправдывающих диагноз. Вот, например, итоги психиатрического обследования пациентки Б.:

Пациентка Б. – тридцать семь лет, белая, замужняя, мать троих детей, обратилась по направлению своего терапевта по поводу депрессии. До недавнего времени чувствовала себя хорошо, но четыре месяца назад появились внезапные пробуждения в ранние часы, отмечается потеря аппетита, снижение мотивации, чувство вины и безнадежности. За последние два месяца похудела на 4,5 килограмма. Иногда ей хочется умереть, но при этом совершать самоубийство она не планирует. Симптомы проявляются ежедневно, однако в какие-то дни сильнее, интенсивность меняется в течение суток – тяжелее всего пациентке по утрам. Жалуется на хроническую (длится

---

<sup>36</sup> Данная глава представляет собой популярное изложение материала статьи Nesse R. M., Stein D. J. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Medicine*. 2012; 10 (1): 5.

<sup>37</sup> Grebb JA, Carlsson A. Introduction and considerations for a brain-based diagnostic system in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. pp. 1–4.

уже несколько месяцев) тревожность, которая выражается в беспокойстве, потливости, желудочно-кишечных расстройствах. Помимо этого бывают периоды более интенсивной тревоги, длящиеся несколько часов, – они сопровождаются дрожью, нехваткой воздуха, неприятным ощущением в желудке, но панические атаки или агорафобия отсутствуют. Пациентка говорит, что чувствует сильный дискомфорт при социальном взаимодействии, поэтому теперь старается избегать общения. На ночь выпивает один-два бокала вина, в прошлом злоупотребление алкоголем не отмечено. Появление симптомов она объясняет конфликтами с супругом. Психических расстройств в анамнезе не имеет. Физически здорова, лекарства не принимает, аллергий нет. В семейном анамнезе алкогольная зависимость у отца и тревожность у матери. Сестра принимает антидепрессанты. Выросла в крепкой семье. Жестокое обращение и травмирующие события в детстве отрицает. Имеет троих детей – трех, пяти и девяти лет, у них все хорошо. Муж служит управляющим на местной фабрике. Живут в пригороде. Прежде пациентка работала учительницей начальных классов на полную ставку, сейчас работает неполный день помощницей учителя. Диагноз: клиническая депрессия. План лечения: назначены антидепрессивные препараты, дано направление на когнитивно-поведенческую терапию, следующий прием через две недели.

История болезни суммирует факты, обосновывающие диагноз, но в ней нет никаких указаний на то, чем вызваны возникшие симптомы. А ведь в рассказе пациентки о встрече со своим бывшим любовником этих указаний было полным-полно.

Я пошла за покупками, но ощущение было такое, словно я вязну в болоте. Я едва переставляла ноги. У меня был список, но толку-то от него. Мне все было безразлично. Но детей надо кормить, вот я и вышла. В какой-то момент я увидела Джека в конце прохода – он заворачивал со своей тележкой в соседний проход. Он мерещился мне повсюду уже несколько месяцев, словно призрак. Но в этот раз я почти не сомневалась, что вижу его воочию. Сердце заколотилось, я застыла столбом, а мыслями мгновенно перенеслась на полгода назад, когда мы сидели в «Старбаксе».

Мы собирались встретиться в семь, как всегда, и потом перевезти вещи на квартиру, где мы все это время встречались. Мы обещали друг другу, что второго ноября в полночь я во всем признаюсь Сэму, а он – Салли. Сначала мы думали признаться первого ноября, но перенесли на день ради детей и Хеллоуина. Я всегда буду помнить, как искрились снежинки, когда я открыла дверь в наш «Старбакс» – они казались символами нашей будущей совместной жизни.

В полночь я сказала Сэму, что ухожу от него. Он взорвался – но это я предвидела. Он орал так, что снаружи притормозила проезжавшая машина. И этим самым он облегчал мне уход. Между нами давно все кончено, хватит жить во лжи. Я хотела одного – быть с Джеком. Я принесла ему букет фрезий. А он все не приходил. В половине восьмого я написала ему сообщение, думала, что-то случилось – Салли попыталась выпрыгнуть в окно или еще что. В ответ ничего. Я позвонила. Не отвечает. Я не верила в происходящее. Окаменев, я сидела, уставившись на мраморную столешницу, пока лежащие на ней цветы не обмякли и не пожухли, превратившись в доисторические останки. Жизнь моя, по сути, там и закончилась.

В конце концов я вынырнула из воспоминания и, собравшись с духом, направилась к тому ряду, где скрылся Джек. Его там не было. Я подошла к кассам. В очереди тоже не видно. Я принялась искать. Около прилавка со свиной корейкой обнаружилась тележка со всем, что он обычно покупал: органические фильтры «Мистер кофе» для кофеварки, сахар в маленьких кубиках, «Соминекс», невошенная зубная нить. Тележка точно была его. Наверное, он заметил меня и слинял украдкой. Хотя я все равно не знаю, что бы я ему сказала.

Этот рассказ дает более глубокое представление о проблеме пациентки Б., чем вся история болезни, и гораздо более глубокое, чем диагноз. Тем не менее диагноз важен, поскольку он представляет собой стенограмму симптоматики. Умение опознать типичные симптомы превращает самого обычного врача в ясновидящего. Услышав от пациента про чувство безнадежности, утрату сил и интереса к жизни, он подхватывает: «А вся еда на вкус словно картон и вы постоянно просыпаетесь в четыре утра?» – на что ему, скорее всего, ответят: «Да, именно! Откуда вы знаете?» Пациента, жалующегося на постоянное мытье рук, сражает наповал попадающий точно в яблочко вопрос врача: «А бывает, что вы объезжаете вокруг квартала, проверяя, не сбили ли кого-нибудь?» Сильно похудевшая студентка, отчаянно боящаяся растолстеть, никак не ожидает уточнения: «А вы ведь круглая отличница, да?» Для врача эти симптомы неразрывно связаны и складываются в синдром – общую депрессию, обсессивно-компульсивное расстройство, нервную анорексию. Опытный врач, через руки которого прошли тысячи пациентов, опознаёт синдром с такой же легкостью, с какой ботаник определяет вид растения. Вот только если бы болезни отличались друг от друга так же четко, как виды растений...

Когда я только начинал специализироваться в психиатрии, определять диагноз было прерогативой врачей-экспертов. Достоинство этого подхода заключалось в том, что профессора требовали описывать в истории болезни все симптомы и ключевые события, в том числе душевраздирающие подробности похода за продуктами. Досадным недостатком были бесконечные разногласия. Эксперты не могли сойтись во мнении не только насчет болезни конкретного пациента, но и насчет определения самого диагноза. На консилиуме по поводу только что поступившего больного один именитый психиатр находил у пациента рецидивирующую эндогенную депрессию, другой – тревожный невроз, а третий утверждал, что это со всей очевидностью патологическое чувство вины, связанное с кончиной амбивалентно любимого отца. Блестящие профессора демонстрировали широту медицинских познаний и являли чудеса ораторского искусства, отстаивая диагнозы, которые на самом деле были не более чем частным мнением.

Диагностический разнобой наводил тень на всю отрасль. В одном исследовании 1971 года психиатрам из Соединенных Штатов и Великобритании предлагалось просмотреть совершенно идентичные видеозаписи диагностических бесед<sup>38</sup>. По итогам просмотра в одном из случаев шизофрению у пациента диагностировали 69 % американских психиатров – и только 2 % британских. О каком научном развитии может идти речь при такой ненадежности? Проблема достигла апогея в 1973 году, после публикации в авторитетном журнале *Science* статьи стэнфордского психолога Дэвида Розенхана. Под его руководством двенадцать психически здоровых псевдопациентов обратились в больницы с жалобами на слуховые галлюцинации – голоса, произносившие «пусто», «глухо» и «стук» (*empty, hollow* и *thud* соответственно). Все псевдопациенты были госпитализированы в психиатрические отделения. Хотя в больнице они вели себя как здоровые, у всех была диагностирована шизофрения<sup>39</sup>. И хотя симулянты могли с таким

---

<sup>38</sup> Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JRM, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1971 Aug 1; 25(2): 123–30.

<sup>39</sup> Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 1973; 179 (4070): 250–8.

же успехом дурачить неврологов или кардиологов, на посмешище статья выставила именно психиатрию. Последним шагом стало разрешение многолетнего конфликта по поводу статуса гомосексуализма – исключение его из списка психических заболеваний по итогам голосования Американской психиатрической ассоциации. Психиатрия очнулась от долгого сна и обнаружила, что валяется на кушетке психоаналитика, зарастающей мхом на задворках медицины.

## Путь к спасению – новое диагностическое руководство

Стремясь как можно скорее примкнуть к магистральным медицинским течениям, психиатрия признала полную несостоятельность своей диагностической системы. Так, например, в 1968 году во втором издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM – II) депрессивный невроз определяется как «Чрезмерная депрессивная реакция, вызванная внутренним конфликтом или идентифицируемым событием, таким как утрата объекта любви или драгоценного имущества»<sup>40</sup>. Классифицировать ли умеренную депрессию, в которую человек погружен спустя неделю после гибели любимой кошки, как «чрезмерную»? Один врач скажет: «Конечно, нет, скорбеть по кошке – это нормально», а другой: «Целая неделя прошла, конечно, это чересчур!» Из-за подобных нестыковок все притязания психиатрии на научность подхода оказывались смехотворными.

В попытке навести порядок диагностическая классификация была полностью пересмотрена, и в 1980 году свет увидело третье издание – DSM – III<sup>41</sup>. Его составители, рабочая группа Американской психиатрической ассоциации (АПА) под руководством профессора психиатрии Роберта Спитцера, полностью вычистили оттуда психоаналитику, которой было насквозь пропитано DSM – II, и на смену 134 страницам клинических впечатлений, описывающих 182 расстройства, явились 494 страницы симптоматических перечней, определяющих 265 расстройств. «Депрессивный невроз» остался в прошлом. В новом диагностическом определении, переименовавшем невроз в «общее депрессивное расстройство», не было ни слова о внутреннем конфликте – диагностировать болезнь позволяло наличие минимум пяти из девяти возможных симптомов, проявляющихся не менее двух недель. Теперь каждый диагноз представлял собой перечень необходимых и достаточных симптомов.

Классификация DSM – III совершила переворот в психиатрии<sup>42</sup>. Она создала базу для проведения стандартизированных диагностических бесед, на основании которых эпидемиологи затем будут выводить статистику распространенности тех или иных болезней<sup>43</sup>. Она дала клиническим исследователям возможность сравнивать результаты разных методов лечения и получать данные для разработки лечебных протоколов. Вскоре определения диагнозов из DSM потребовались органам государственного контроля, страховым компаниям и финансирующим организациям. Психиатры смогли, наконец, как любые другие врачи, диагностировать конкретные заболевания. Как способ выхода из кризиса диагностической ненадежности 1970-х годов DSM – III оправдала себя на все сто и даже больше.

---

<sup>40</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1968.

<sup>41</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.

<sup>42</sup> Wilson M. DSM – III and the transformation of American psychiatry: a history. Am J Psychiatry [Internet]. 1993 Mar 1; 150(3): 399–410. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/3/399>.

<sup>43</sup> Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The structured clinical interview for DSM – III-R (SCID). I: History, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry. 1992 Aug; 49(8): 624–9.

## Клубок противоречий

Несмотря на достигнутую объективность, жизненно необходимую и для исследований, и для научной репутации отрасли, DSM – III подверглась разгромной критике. Клинические специалисты заявляли, что в категориях DSM упущены из виду важные аспекты многих проблем, возникающих у пациентов. Преподаватели медицинских факультетов сообщали, что студенты привыкают ориентироваться исключительно на перечень критериев и не учатся вникать в обстоятельства<sup>44</sup>. Исследователи возмущались тем, что категории DSM не укладываются в их гипотезы<sup>45</sup>. Врачи из других областей медицины не понимали, почему так сложно ставить психиатрические диагнозы. А далекие от врачебной профессии люди, читая обо всех этих неувязках, слишком часто приходили к выводу, что психиатрия – это сплошное запудривание мозгов.

Ощутимое повышение объективности далось дорогой ценой – за счет снижения тщательности клинической оценки. Если у пациентки Б. наличествуют пять или более симптомов, проявляющихся в течение двух или более недель, значит, у нее депрессия, и какая разница, что Джек бросил ее в тот самый день, когда они должны были начать новую жизнь. Даже ведущие ученые-биологи пришли в замешательство. Нэнси Андреасен, бывший редактор ведущего психиатрического журнала и автор книги «Сломанный мозг. Биологическая революция в психиатрии» (The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry), заговорила о «непредвиденных последствиях» DSM – III: «После выхода в 1980 году DSM – III наблюдается устойчивая деградация в обучении будущих врачей тщательной клинической оценке, основанной на глубоких общих знаниях психопатологии и внимании к проблемам конкретного пациента, а также учете социального контекста. Вместо того чтобы усваивать тонкости и перенимать опыт великих психопатологов прошлого, студенты зубрят DSM»<sup>46</sup>.

Все это самым непосредственным образом сказывалось на клинической практике. Вот психиатр-стажер подытоживает изложение истории болезни на клиническом разборе: «У пациентки трудности со сном, утрата интереса к жизни, упадок сил, снижение концентрации, потеря аппетита и трех килограммов веса, на основании чего можно диагностировать депрессию. Будем начинать лечение антидепрессантами». На вопрос, чем все это вызвано, молодой врач ответил: «Семейными проблемами». – «Какими семейными проблемами?» – «От нее ушел муж». Подозревала ли она, что муж собирается уйти? Врач не знает. Это ее первый брак? Врач не знает. Изменяла ли она мужу? Не знает. Не подвергалась ли она жестокому обращению в детстве? «Я ничего этого не выяснял, поскольку это к делу не относится. Диагноз – большая депрессия, план лечения соответствует разработанным протоколам для данного психического расстройства». Чрезмерный догматизм и стремление загнать себя в узкие рамки этой догмы поражали не меньше, чем сознательное нежелание интересоваться жизненными обстоятельствами пациента.

Обеспеченная благодаря DSM – III объективность обнажила и другие проблемы. У многих пациентов симптомы подпадали сразу под несколько описываемых в DSM диагнозов. Проблема хроническая – не зря ведущий специалист по эпидемиологии психических расстройств Рональд Кесслер, мой бывший коллега из Мичиганского университета, назвал свой крупнейший проект «Национальное исследование коморбидной<sup>47</sup> патологии»<sup>48</sup>. Помимо того что у

---

<sup>44</sup> Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull. 2007 Jan 1; 33(1): 108–12.

<sup>45</sup> Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM – V? Nat Rev Neurosci. Sep;8(9): 725–32.

<sup>46</sup> Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America.

<sup>47</sup> Коморбидность – сосуществование у одного пациента двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой единым патогенетическим механизмом или совпадающих по времени. – *Прим. пер.*

<sup>48</sup> Kessler RC, Anthony JC, Blazer DG, Bromet E, Eaton WW, Kendler K, et al. The US National Comorbidity Survey: overview

многих пациентов симптомы соответствовали нескольким диагнозам одновременно, у пациентов из одной и той же диагностической категории зачастую могли проявляться совершенно разные симптомы. Видя подобную «гетерогенность» в сочетании с распространенной коморбидностью, люди вполне объяснимо начинают сомневаться, что категории DSM описывают действительно существующие явления.

Еще больше вопросов вызывают размытые границы между разными расстройствами. Так, например, к депрессии в большинстве случаев прилагается тревожность – и наоборот<sup>49, 50, 51, 52</sup>. Более того, совершенно произвольно намечены и границы, отделяющие психические расстройства от нормы. Здесь не существует никаких лабораторных анализов, аналогичных тем, которые позволяют диагностировать рак или диабет. В 1980 году авторы DSM – III рассчитывали на грядущие открытия в области дисфункций мозга, которые позволят усовершенствовать диагностические категории. Однако и теперь, спустя почти четыре десятилетия интенсивной исследовательской работы, диагностировать какое бы то ни было из основных психических расстройств с помощью лабораторных анализов не представляется возможным.

Ведущие представители американской психиатрии, надо отдать им должное, эту проблему безоговорочно признают. Аллен Фрэнсис, руководитель той рабочей группы, которая составляла DSM – IV, сказал: «Психиатрия сейчас находится на той же эпициклической стадии, на которой астрономия находилась до Коперника, а биология – до Дарвина. На смену имеющейся у нас сейчас запутанной и нестройной описательной системе несомненно придет теория, которая сумеет устранить все неувязки. Из расплывчатых наблюдений выкристаллизуются четкие и ясные модели, позволяющие не только составить более полное и глубокое представление о психических заболеваниях, но и успешнее облегчать страдания наших пациентов»<sup>53</sup>.

Томас Инзел, недавний директор Национального института психического здоровья, говорит: «Пора переосмыслить психические расстройства, осознать их как нарушения работы нейронных контуров головного мозга»<sup>54</sup>; и еще: «Скорее всего, мы сейчас будем вкладывать ресурсы в программу по преобразованию диагностической системы к 2020 году, а не в модификацию существующей парадигмы»<sup>55</sup>.

Фрэнсис менее оптимистичен: «Ставить перед DSM – V цель “сменить парадигму” в психиатрической диагностике до абсурдного преждевременно <...> В психиатрической диагностике не удастся добиться никаких кардинальных улучшений, пока мы не совершим фундаментальный скачок в понимании причин психических расстройств. Благодаря невероятным достижениям последнего времени в области нейробиологии, молекулярной биологии и нейровизуализации мы обогатились знаниями о функционировании нормального мозга, однако эти знания по-прежнему ничем не помогут в повседневной клинической практике психиатрической диагностики. Самое наглядное подтверждение этому прискорбному факту – отсутствие

---

and future directions. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 1997 Jan; 6(1): 4–16.

<sup>49</sup> Angst J, Vollrath M, Merikangas KR, Ernst C. Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich Cohort Study of Young Adults. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 1990, pp. 123–37.

<sup>50</sup> Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety.* 1996; 4(4): 160–8.

<sup>51</sup> Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003; 289(23): 3095–105.

<sup>52</sup> Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen H-U. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry.* 1996 Jun; 30: 38–43.

<sup>53</sup> Frances A, Egger HL. Whither psychiatric diagnosis. *Aust N Psychiatry.* 1999; 33: 161–5.

<sup>54</sup> Insel TR, Wang PS. Rethinking mental illness. *JAMA.* 2010 May 19; 303(19): 1970–1.

<sup>55</sup> Greenberg G. Inside the battle to define mental illness. *Wired* [Internet]. 2010 Dec 27. Available from: [http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff\\_dsmv/all/1](http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff_dsmv/all/1).

хотя бы одного биохимического анализа, который можно было бы включить в перечни критериев DSM – V»<sup>56</sup>.

Мужество и прямота этих ученых восхищают не меньше, чем их прозорливость. Но, хотя необходимость новых подходов никто не отрицает, основные предложения пока сводятся к дальнейшему пересмотру диагностических категорий и еще более интенсивным поискам биомаркеров, способных их подтвердить.

Когда на DSM – III обрушилась лавина критики, его начали перерабатывать. В 1987 году появилось DSM – III-R, в 1994-м – DSM – IV, а в 2000-м – DSM IV-TR. Над радикальным переизданием, DSM-5, трудился в течение десяти лет комитет из двадцати девяти членов АПА, координировавший работу шести исследовательских и тринадцати рабочих групп<sup>57, 58, 59, 60</sup>. В 2013 году на свет появилось рожденное в муках многолетних прений DSM-5<sup>61</sup>. От прежних изданий оно отличалось небольшими структурными изменениями, такими как отказ от выделения личностных расстройств в отдельную категорию. Часть категорий объединили (например, наркологическая зависимость и злоупотребление психоактивными веществами слились в одну категорию под названием «наркологическое расстройство»), часть раздробили (агорафобию, в частности, отделили от панического расстройства). Благодаря этим и другим разумным нововведениям DSM-5 получилось внятным и полезным.

Однако все призывы к радикальным переменам отклонялись. Предложение заменить категории шкалами с градацией от средней до тяжелой степени проявления симптомов отвергли как непрактичное. Диагноз «большая депрессия» – это гораздо проще и понятнее, чем «уровень по шкале депрессии – 15». Категории облегчают коммуникацию и ведение статистики. Кроме того, они удовлетворяют свойственную человеку жажде к упрощенному представлению. Все это время, рисуя карту психических расстройств, мы пытаемся дробить ее на островки четко очерченных симптомокомплексов, тогда как на самом деле они больше напоминают экосистемы – полярную тундру, тайгу, заболоченные леса, которые перетекают друг друга незаметно, без резких границ.

Второе направление работы предполагало еще более настойчивый и неустанный поиск возможностей добиться большей определенности в диагнозах с помощью генетического анализа, анализа крови или томографического сканирования. Никто и представить не мог, что спустя тридцать семь лет после выхода DSM – III у нас так и не появится анализа на шизофрению, аутизм и биполярное расстройство. Поиски необходимо продолжать, на них возлагаются самые заветные наши надежды отыскать способы лечения. Однако, когда эти поиски уже столько десятилетий упорно не желают увенчаться успехом, пора вернуться на шаг назад и задаться вопросом, почему у психических расстройств, в отличие от остальных болезней, физические причины настолько неуловимы.

Единодушный ответ: потому что мы плохо ищем. Многие нейробиологи считают, что нужно переключиться с поисков молекул и мозговых центров на «нейронные контуры»<sup>62</sup>. Как свидетельствует этот подход, мы всё отчетливее осознаем, что даже в таких конкретных опе-

---

<sup>56</sup> Frances A. A warning sign on the road to DSM – V: beware of its unintended consequences. [Psychiatric Internet]. 2009 Jun 27 [cited 2017 May 9]. Available from: <http://www.psychiatrytimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences>.

<sup>57</sup> Там же.

<sup>58</sup> Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A research agenda for DSM – V [Internet]. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2002. xxiii, 307. Available from: <http://www.loc.gov/catdir/toc/fy033/2002021556.html>.

<sup>59</sup> Mezzich JE. Culture and psychiatric diagnosis: a DSM – IV perspective. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1996.

<sup>60</sup> Phillips KA, First MB, Pincus HA. Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2003.

<sup>61</sup> American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 [Internet]. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>.

<sup>62</sup> Akil H, et al. The future of psychiatric research.

рациях, как распознавание лиц, участвует множество разных областей мозга и медиаторов. Делая ставку на нейронные контуры, мы вроде бы учитываем адаптивные функции, но в то же время закрепляем дезориентирующее отождествление развившихся в ходе эволюции систем мозга с рукотворными электронными схемами. Разработанные инженерами схемы состоят из отдельных модулей с фиксированными функциями и раз и навсегда заданными связями, необходимыми для нормальной работы. Системы обработки информации, формировавшиеся эволюционным путем, состоят из компонентов с размытыми границами, распределенными пересекающимися функциями, изначальной повышенной эксплуатационной надежностью и бесчисленными связями – ни одно инженерное творение с ними в этом не сравнится. Переключиться с молекул и нейронов на контуры и схемы – идея хорошая, однако еще более стремительный прогресс в нейробиологии наметится, когда она увидит в этих схемах органическую сложность, отличающую их от любой инженерной разработки.

Пересмотр диагностических критериев делу не поможет. Усиленный поиск биомаркеров если когда-нибудь и обеспечит диагностическую определенность, то лишь для некоторых заболеваний. Эта дилемма погрузила нас в глубокие раздумья о природе психических расстройств.

## Осознание органической сложности

Джером Уэйкфилд, работник социальной сферы, врач, исследователь и преподаватель философии в Нью-Йоркском университете<sup>63,64,65</sup>, размышляя над вопросом, что представляет собой психическое расстройство, пришел к важному выводу: психические расстройства характеризуются «вредной дисфункцией». «Дисфункция» означает нарушение работы полезной системы, сформированной естественным отбором. «Вредный» подразумевает, что дисфункция причиняет человеку страдания или иной ущерб. Проведенный Уэйкфилдом анализ увязывает психиатрический диагноз с эволюционным пониманием нормальных функций мозга/сознания, точно так же как в остальных областях медицины патология сопоставляется с нормальной физиологией<sup>66</sup>. Однако на постановку психиатрических диагнозов его убедительные выводы практически никак не повлияли.

Вместе с профессором психиатрии Дэном Стайном из ЮАР мы решили проверить, не подскажет ли планомерный эволюционный анализ пути к усовершенствованию DSM. Над этой задачей мы бились несколько месяцев и пришли к неожиданному для нас обоим заключению: большинство психических расстройств описано в DSM довольно хорошо. Мы обнаружили несколько крупных недочетов, в частности трудности отличения симптомов от болезней. Однако в основном недовольство диагнозами DSM возникает не из-за того, что они не отражают клиническую реальность, а из-за того, что они слишком хорошо отражают царящую в ней неразбериху. Проблемы накладываются друг на друга. Одно и то же расстройство могут вызывать несколько разных причин. Одна причина может приводить к множеству разных симптомов. Никаких конкретных генетических или церебральных аномалий, безошибочно указывающих на психическое расстройство, до сих пор не найдено. И как теперь быть?

---

<sup>63</sup> Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM – III-R’s definition of mental disorder. *Psychol Rev.* 1992; 99(2): 232–47.

<sup>64</sup> First M, Wakefield JC. Defining “mental disorder” in DSM – V. *Psychol Med.* 2010; 40(11): 1779–82.

<sup>65</sup> Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry.* 2007; 6(3): 149.

<sup>66</sup> Там же.

## **К подлинно медицинской модели**

В психиатрии медицинской моделью принято называть обусловленность конкретных расстройств конкретными нарушениями работы мозга, которые лучше всего лечить медикаментами и прочим физическим воздействием. В действительности же в остальных отраслях медицины модель болезни – это нечто гораздо более тонкое. Это не попытка во что бы то ни стало докопаться до конкретных причин конкретного заболевания, а стремление разобраться в патологии в контексте нормального функционирования. Укажу три направления, в которых чисто медицинская модель могла бы помочь психиатрической диагностике.

Во-первых, другие отрасли медицины рассматривают симптомы (боль, кашель) как защитные средства организма и четко отличают их от болезни, которой они сопутствуют. В психиатрии же крайние проявления эмоций (тревога, уныние) классифицируются как расстройства, независимо от того, какими обстоятельствами они вызваны. Рассмотрение симптомов как болезней (РСКБ) – ошибка настолько базовая и неистребимая, что заслуживает отдельного названия. Чтобы реформировать психиатрическую диагностику, необходимо начать видеть в негативных эмоциях реакцию, которая в определенных обстоятельствах может быть полезной, по крайней мере для наших генов.

Во-вторых, остальные отрасли медицины имеют дело с немалым числом синдромов (таких, например, как застойная сердечная недостаточность), которые вызываются не конкретными факторами, а отказом функциональных систем. Врачи знают, что у сердечной недостаточности может быть десяток разных причин. Если шизофрения и аутизм возникают из-за подобного сбоя в системе, то искать конкретные причины никакого смысла нет.

И наконец, остальным отраслям медицины ничто не мешает диагностировать такие состояния, как звон в ушах или наследственное дрожание, не имеющие идентифицируемых конкретных причин и не сопровождающиеся патологиями тканей. В большинстве случаев причиной выступает расстройство систем контроля. Не исключено, что то же самое происходит при расстройствах пищевого поведения и аффективных расстройствах.

Ключевая проблема психиатрической диагностики – отсутствие картины нормальных полезных функций, которую остальным медицинским отраслям предоставляет физиология. Специалистам по внутренним болезням прекрасно известны функции почек. Они не спутают защитные реакции организма (кашель или боль) с болезнями (воспалением легких или раком). У психиатров аналогичная парадигма для пользы стресса, сна, тревожности, тех или иных настроений отсутствует, поэтому диагностические категории в психиатрии остаются запутанными и недоработанными.

Четко отличать симптомы как от синдромов, так и от болезней – принципиально важное условие для того, чтобы психиатрическая диагностика приблизилась к диагностике в остальных отраслях медицины. Тревога и уныние – это в определенных обстоятельствах такие же полезные нормальные реакции, как жар и боль. Пора уже перестать верить в сказки, будто у каждого душевного расстройства имеется конкретная причина. В действительности многие психические расстройства, как и болезни, находящиеся в ведении остальных отраслей медицины, представляют собой крайние проявления симптомов. И еще ряд расстройств – это сбои системы, которые могут иметь множество разных причин. Это не значит, что нужно прекратить поиск аномалий мозга в принципе: для каких-то расстройств они рано или поздно отыщутся, и чем раньше, тем лучше. Но, взяв на вооружение медицинскую модель, мы значительно ускорим поиски.

## Глава 3

### Почему психика так уязвима?

*Если ближайшая и непосредственная цель нашей жизни не есть страдание, то наше существование представляет собой самое бесплодное и нецелесообразное явление<sup>67</sup>.*

**АРТУР ШОПЕНГАУЭР, 1851**

Будь наше сознание механическим устройством, мы превозносили бы его создателя до небес за изобретение самой потрясающей машины во вселенной. Оно способно распознавать тысячи лиц и мгновенно вспоминать имена (кроме имени клиента, которого вам как раз сейчас нужно представить начальнику на корпоративном вечере). Оно позволяет нам к трем годам без всяких усилий освоить китайский, финский или английский – со всеми временами, родами и спряжениями. Виолончелист-виртуоз Йо Йо Ма играет Концерт для виолончели ми минор Эдуарда Элгара по памяти – тысячи нот, в нужном темпе, не сбиваясь. Баба Бринкман, читая «научный рэп», на ходу сочиняет гомерически смешные тексты на любую тему. Старшеклассники учат высшую математику. Пожилой мужчина отлично помнит ржавое ведро, в которое они с матерью одним солнечным утром семьдесят лет назад собирали чернику на песчаном холме. Юноша прокручивает в голове десяток сценариев, ломая голову, как пригласить свою единственную и неповторимую пойти с ним на выпускной. Девушка, догадываясь о том, что он собрался ее пригласить, но надеясь получить приглашение от другого, просчитывает, как бы изящнее помедлить с ответом и не потерять «запасной аэродром». Невероятные возможности обработки информации!

Поразительна и эмоциональная составляющая сознания. Эмоции привязывают нас к близким, наполняют любовью к ним, заставляют тосковать в разлуке, сочувствовать их бедам и горевать, когда они умирают. Когда нас предают, сознание полыхает от гнева. Когда предаем мы, оно мучит нас угрызениями совести и побуждает заглаживать вину. Сознание работает день и ночь, планируя, размышляя, фантазируя, мечтая. Джо и вправду просто подколол меня по-дружески или все-таки хотел задеть? А вдруг секс с N был бы действительно незабываемым? Кто это мне сегодня приснился? Сознание – самое невероятное из всех известных нам устройств на всем белом свете.

Однако и слабости сознания не менее фантастичны, чем способности. Учитывая, как часто и как разнообразно оно идет вразнос, все дифирамбы разработчику довольно скоро сменились бы проклятиями и судебными исками. Некоторые сбои возникают на ранних стадиях. На том этапе, когда любовь цементирует эмоциональную привязанность к родителям, некоторые дети закрываются в своей аутичной раковине и больше оттуда не показываются. Другие, освоив в три года слово «нет», только им впредь и пользуются, отвечая отказом на любые родительские просьбы, уговоры и распоряжения. Большинство родителей готовы жертвовать чем угодно ради благополучия детей, однако находятся отдельные личности, способные запирают ребенка в чулане, жечь ему руку над газовой горелкой, принуждать к развратным действиям. Да, разумеется, пережить нечто подобное злейшему врагу не пожелаешь, но почему и тридцать лет спустя эти события зачастую влияют на человека больше, чем все последующие?

В младших классах наступает передышка. Вся энергия уходит в основном на рост и учебу, так что внутренние конфликты и дебюты психических заболеваний на этом этапе редки. Зато потом пубертат встряхивает сознание и мозг, словно кулак, с силой обрушенный на кла-

---

<sup>67</sup> Schopenhauer A, Hollingdale RJ. Essays and aphorisms. Harmondsworth (UK): Penguin Books; 2004, p. 41. Шопенгауэр, Артур. К учению о страданиях мира // Афоризмы и максимы. Пер. Ф. В. Черниговца. СПб., 1895.

виатуру ноутбука. Застенчивость и болезненная реакция на социум цветут буйным цветом наперегонки с прыщами, которые ее только усиливают. Кому-то страх общения мешает встречаться с противоположным полом, а необходимость выступать с докладами и презентациями приводит к ночным кошмарам, прогулам и уходу из школы.

Кто-то терзает себя бесконечными «а вдруг?». Вдруг я приду домой из школы, а родители взяли и переехали? А вдруг я заражусь ВИЧ от унитаза сиденья? У кого-то проблема противоположная – недостаток тревожности, побуждающий искать приключений на свою голову, в том числе с алкоголем и наркотиками, от которых затем развивается зависимость. Кому-то из пристрастившихся удастся бросить окончательно и бесповоротно. Других тянет к зелью неотвратно, как мотыльков на пламя, и они сгорают, не в силах вырваться из постепенно сужающегося замкнутого круга. Кто-то – в основном девушки – морит себя голодом, теряя связь с реальностью и находя складки ненавистного жира там, где остальные видят лишь торчащие ребра. Кто-то – в основном мужчины – не в состоянии понять, чем остальных возбуждает человеческое тело: лично их возбуждает только блестящий черный латекс.

## **Шесть причин, по которым естественный отбор не избавил нас от болезней**

Будь сознание инженерной разработкой, можно было бы задаться вопросом, чем вызваны его недостатки – некомпетентностью конструкторов, халтурой или злым умыслом. Но сознание не механизм. У него нет конструкторов. Оно не проектировалось. Для мозга не существует чертежей. И даже эталонного – идеально нормального – образца нет. Как и любая другая часть организма, мозг формировался путем естественного отбора. Генетические вариации обуславливали индивидуальные различия в мозге наших предков, которые вели к вариациям в поведении, влияющим на количество их потомства. В результате наш мозг обладает множеством невероятных способностей – и множеством недостатков.

Ежегодный научный Праздник науки и философии – *Festa di Scienza e Filosofia* – это культурная сокровищница, к которой можно припасть в июле в крохотном итальянском городке Сполето. В 1997 году главной темой фестиваля была объявлена эволюционная медицина. Когда аплодисменты после моего выступления, посвященного эволюции и психическим расстройствам, стихли и я сошел со сцены, навстречу мне уже шагал следующий докладчик – знаменитый биолог Стивен Джей Гулд. Зная, насколько критически он относится к рассмотрению человеческого поведения сквозь призму эволюции, я приготовился к худшему. «Хороший доклад, Рэнди», – начал он, и я уже было обрадовался, но он продолжил: «Правда, никто, конечно, не понял, что имелось в виду». Я попытался возразить, и он объяснил: «Большинство даже не представляет, как действует естественный отбор, а если и представляет, то в массе своей неверно. Поэтому, прежде чем рассказывать о воздействии эволюции на психические расстройства, нужно сперва объяснить, как работает эволюция». Именно это он и сделал, прочитав самый увлекательный доклад на всем фестивале того года. Урок я усвоил. Так что в полном соответствии с советом Гулда обозначу несколько основополагающих моментов, без которых нам сложно будет двигаться дальше.

У вас есть привычка перекаладывать завалявшуюся в карманах мелочь в банку? Если да, то вскоре в этой банке образуется мешанина из медяков и серебра. И если вытаскивать оттуда на расходы в основном серебро, то серебряные проблески в грудке медяков будут попадаться все реже, пока в конце концов перерывать медные залежи в поисках серебра не станет попросту бесполезно. Содержимое банки сформировалось под влиянием отбора. Точно так же на протяжении многих поколений действует и естественный отбор среди живых организмов. Если генетические вариации влияют на количество потомства, которое доживет до воспроизводства, то из поколения в поколение биологический вид будет потихоньку меняться, и средняя особь

будет все сильнее и сильнее походить на тех, кто оставил больше потомства. Это не гипотеза – это умозаключение, которое будет верным, если верны исходные посылки.

Естественный отбор формирует признаки, которые позволяют лучше всего справиться с определенной задачей. Клюв и язык имеются у всех дятлов, однако их острота и длина слегка варьирует. Дятлы, способные эффективнее извлекать насекомых из-под коры, будут питаться лучше, и у них подрастет больше птенцов. В результате этого отбора у дятла как вида формируется острый клюв, легко разбивающий кору, и длинный язык с зазубринами на конце, накалывающими извивающихся насекомых. Еще более знакомый и близкий пример – собаки. За каких-нибудь несколько тысяч лет под влиянием селекции (каких особей кормить, а в более поздние времена – каких разводить) сформировались самые разные породы, великолепно приспособленные к тому, чтобы пасти овец, подбирать и приносить подстреленную птицу, раскапывать норы грызунов, охранять дом и умилять своим видом, сидя у хозяйки на руках.

Поведение, которое на первый взгляд представляется идиотизмом, вполне может оказаться гениальным. Один нейрохирург во время нашей беседы за обедом признался, что пиршество чаек на флоридском пляже, где из яиц одновременно вылупились сотни черепашат, заставляет его в принципе усомниться в наличии у животных способности приспособливаться. Однако при одновременном массовом появлении на свет по крайней мере у части новорожденных черепашат появляется шанс благополучно добраться до воды, точно так же как при массовой атаке у части солдат будет больше шансов добраться до позиций врага, чем атакуя поодиночке.

Отбором формируется мозг, который сможет максимизировать количество потомства, доживающего до воспроизводства. Это совсем не то же самое, что максимизировать здоровье или продолжительность жизни. Или число спариваний. Именно поэтому живые существа занимают еще чем-то помимо секса. Особенно человеческие существа. Чтобы произвести на свет и вырастить как можно больше потомков, требуется немалая смекалка и расторопность, ведь помимо партнеров для спаривания и самих спариваний хорошо бы обеспечить себе и другие ресурсы, в частности социальные, такие как связи и статус. Все вокруг стремятся к той же цели, создавая почву для бесконечных конфликтов, сотрудничества и сложнейших социальных хитросплетений, разобраться в которых можно, только имея огромный мозг<sup>68</sup>.

Хотя сам принцип естественного отбора предельно прост, процесс отбора и его результаты невообразимо сложны. Казалось бы, яснее ясного: гены, взаимодействуя друг с другом и с окружающей средой, выстраивают тело и мозг, максимизируя приспособленность, – однако на самом деле все не столь элементарно. Отдельные особи способны героически пожертвовать собой ради остальных. Пчела, ужалившая врага, погибает, то есть расстаётся с жизнью, чтобы спасти рой. Эта загадка долго не давала покоя гениальному британскому биологу Уильяму Гамильтону, пока в 1964 году он не осознал, что генетические вариации, снижающие шансы отдельной особи на выживание и размножение, все-таки могут распространиться, если дают преимущество родственникам этой особи, имеющим часть того же набора генов<sup>69</sup>. Его открытие предвосхитил биолог Дж. Б. С. Холдейн своим исчерпывающим ответом на вопрос: «Вы бы пожертвовали жизнью ради брата?» – «Нет, – сказал Холдейн. – Но пожертвовал бы ради двух братьев. Или восьми двоюродных». Гены, побуждающие отдельных особей помогать родичам, могут, передаваясь из поколения в поколение, распространиться, если преимущество, которое они дают родичам, превзойдет цену, которую приходится платить жертвующему.

---

<sup>68</sup> Dunbar RI. The social brain: mind, language, and society in evolutionary perspective. *Annu Rev Anthropol.* 2003; 32: 163–81.

<sup>69</sup> Hamilton WD. The genetical evolution of social behaviour. I and II. *J Theoret Biol.* 1964; 7: 1–52.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.