

## МИР «VUCA» В СВЕТЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ГАЯНЕ ШАВЕРДЯН\* 

*Ереванский государственный университет*

Многое в различных областях современной жизни подрывает веру в мировой порядок и здравый смысл. История есть последовательное чередование этой веры и неверия, но за последние несколько десятилетий однозначно берет верх неверие. Не случайно, что современный мир обозначен как мир VUCA, где господствуют: непостоянство, неопределенность, сложность и неоднозначность (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity). В статье показано, каким образом эти четыре качества отразились на проблеме классификации психических расстройств, а также как смысловой контекст этих классификаций может изменить взгляд на проблему здоровья и нездоровья. В строгом смысле, существующая психиатрическая классификация научно не состоялась, поскольку не соблюдено ее основное условие – принцип распознавания этиологии и феноменологии болезни. Последнее предполагает целостное рассмотрение природы болезни, поэтому автор приходит к выводу о необходимости учета троякого подхода к проблеме диагностики, а именно, телесного, душевного и духовного, невзирая на объективные трудности интеграции этих подходов. Для этого необходимо выполнить по крайней мере два условия: сделать наши понятия определенными и «сильными» и «вооружиться» доверием в возможности собственного мышления, невзирая на то, что многое в мире «VUCA» подрывает веру в мировой порядок и здравый смысл.

**Ключевые слова:** классификация МКБ и DSM, диагностика, синдром, нозология, непостоянство, неопределенность, сложность, неоднозначность, психиатрия, психология, духовность.

\* **Գայանե Շավերդյան** – հոգեբանական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր, ԵՊՀ սոցիալական և կլինիկական հոգեբանության ամբիոնի վարիչ

**Гаяне Шавердян** – доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой социальной и клинической психологии, ЕГУ

**Gayane Shaverdyan** – Sc. D. in Psychology, Professor, Head of YSU Chair of Social and Clinical Psychology

Էլ. փոստ՝ [gayaneshahverdyan@ysu.am](mailto:gayaneshahverdyan@ysu.am) <https://orcid.org/0000-0002-9078-9740>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Ստացվել է՝ 17.01.2025

Գրախոսվել է՝ 27.01.2025

Հաստատվել է՝ 14.03.2025

© The Author(s) 2025

*Согласно подлинным законам логики, ни в коем случае  
нельзя спрашивать относительно какой-либо вещи, суще-  
ствует ли она, до того, как задан вопрос, что она есть.*

**Декарт**

Потрясающий мир финансовый кризис 2008 года удостоверил нас в том, что мир, в котором мы живем, маркирован 4-мя основными качествами: непостоянство (*Volatility*), неопределенность (*Uncertainty*), сложность (*Complexity*) и неоднозначность (*Ambiguity*), в связи с чем этот самый мир приобрел устрашающее название «VUCA». Оказалось, что даже такой исчислимый и поэтому предсказуемый аспект человеческого бытия как финансы, относится к явлениям, неподконтрольным воле человека. Отсюда, словно волны от брошенного в воду камня, атрибуты «VUCA» разошлись по всем сферам, причем волны докатились до таких далеких от финансов аспектов жизни, как классификация психических расстройств. Рассмотрим поочередно, как указанные качества отразились на этой проблеме.

Объединенные под одним названием (МКБ и DSM) классификации подвержены постоянному пересмотру и находятся в перманентном статусе очередного редактирования. При этом пересмотры различаются не только степенью радикальности, но общей философией классификации болезней: если одна классификация делает акцент на этиологии, то другая – на конкретные проявления, если одна максимально детализирует симптомы, другая – их максимально обобщает, одна включает, другая исключает то или иное расстройство из классификационного списка и пр. Историческим примером может послужить включенное, исключенное и вновь включенное «посттравматическое стрессовое расстройство». Подобное непостоянство содержания и обращаемость диагнозов классификаций оставляет впечатление ее «конвертируемости» и «случайности», и обеспечивает ее *непостоянство* и изменчивость. Разумеется, время накладывает отпечаток на содержание классификаций, но не так радикально и не в такой степени. Кроме того, специалист должен быть осведомлен о промежуточных логических шагах этих изменений, поэтому «вершителям судеб» из ведомства «ВОЗ» неплохо было бы предоставлять аргументы в пользу необходимости подобных изменений с последующим обсуждением, а главное, делать это не анонимно и под коллективным авторством, а персонально.

Не лучше обстоит дело и с определенностью содержания классификаций. В строгом смысле, общеизвестные классификации являются не инструментом, проясняющим неизвестное, но представляют собой «одно» общеизвестное, маскирующее «множество» неизвестностей. Причины этого кроются в различных обстоятельствах – от банальной ангажированности «главных спецов» классификации до филологических тонкостей языка психиатрии и психологии. Так, известная сексуальная ориентация, до конца тысячелетия считавшаяся перверзией в рамках патологии воли, внезапно перестала считаться таковой как в DSM, так и в МКБ. Но и здесь не все ясно: в МКБ-10 прямо указано, что «сексуальная ориентация сама по себе не должна считаться расстройством», но в то же время оговорено, что включение таких категорий «предполагает, что существуют психические расстройства, которые однозначно связаны с сексуальной ориентацией и гендерным самовыра-

жением». Это значит, что вопрос, невзирая на непревзойденно активное лоббирование соответствующего сообщества, был и остается открытым. Примечательно, что «трансгендерность» в МКБ-11 перенесли из блока «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» в новый раздел «Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью». Казалось бы, это одно и то же и какая разница, как назвать явление, но одно дело, если оно затрагивает только парциальный симптом сексуального здоровья, другое, - если оно касается расстройства личности в целом, которое влечет за собой расстройство поведения. Очевидно, что подобные изменения отразятся на ценностях, но вместо того, чтобы вникнуть в проблему, привлечь специалистов многосторонне ее исследовать и широко обсудить, кабмин РФ, дабы сохранить традиционные ценности, приостановил внедрение международного классификатора болезней МКБ-11, что, на наш взгляд, является далеко не изящным решением столь тонкой проблемы.

Как правило, исследователи не утруждают себя изучением соотношения текста и реальности в языках психиатрии и клинической психологии. Между тем, лингвисты утверждают: в основе речевого акта лежит соответствие между высказыванием и действительностью, поэтому непонятно, как быть с речевым актом, сформулированным на основе высказывания, которое не соответствует действительности. Анализируя нарративы в психологии и психиатрии, И. Зислин указывает на «двойной язык», проистекающий из факта, что «язык и мышление в норме и патологии различны». К примеру, «язык психоза и язык рассказа о психозе» могут не совпадать ни в одной точке. Более того, в психике больного наличествует «двойная реальность (то есть существование бредового построения и полная вера в него, с одной стороны, и ясное поведение, полностью учитывающее реалии, имеющее место при психозах, - с другой)»<sup>1</sup>. При этом, зачастую сам «язык «генерирует» психоз, а не описывает его», т.е. больной идет на поводу у синтаксических оборотов языка в отрыве от логики фактов, теряя способность управлять отраженными в языке представлениями и пониманием последних. Такой порок присущ и составителям классификаций, которые не описывают болезнь, а конструируют и буквально создают ее. Так, отделяя в личностных расстройствах истрионика от нарцисса, не представляется возможным *феноменологически* их разделить (чувство собственной особенности и постоянный поиск внимания истрионика по смыслу не отделено от потребности в восхищении и паттерна грандиозности нарцисса), и какой бы роскошью ни казалась психиатру феноменология, безоговорочно доверять условной классификации ВОЗ означало бы не сообразовываться с действительностью, т.е. самому приблизиться к патологии. Также невозможно обосновать, почему часто встречающаяся в клинической и судебной практике эпилептоидная психопатия навсегда выбыла из классификации личностных расстройств. Или как шизотипическое расстройство, в которое включен феномен «навязчивого мудрствования» (о котором, в частности, говорил В. Гризингер), оказалось свободным от obsessions и compulsions? Список неопределенностей можно продолжить, и в оправдание можно привести тот факт, что «*неопределенность*» во многом обусловлена невозможностью прогнозирования хода и исхода болезни (на

---

<sup>1</sup> Зислин И., Очерки антропологической психиатрии, М., ИД «Городец», 2023, с. 326.

фоне все возрастающей неспособности специалистов к прогнозированию процессов не только в психиатрии, но и во всех областях: военной, политической, экономической, социальной).

Предыдущие «непостоянство» и «неопределенность» обеспечивают проблеме классификации ее «сложность», которая, в первую очередь, касается ее «осевой» темы, а именно, подмены сложной, но понятной нозологической классификации на сложную и непонятную синдромальную классификацию. Сложность классификации на основе синдрома заключается не только в отсутствии какой-либо концептуализации предмета изучения, но в передергивании лексических значений терминов. Фольклорист, историк и старообрядец И. Н. Заволоко имел девизом три буквы: «Р. С. Т.». Если эти буквы прочесть по их славянским названиям, то будет: «рци слово твердо»<sup>2</sup>. Это значит: не изменяй слову, говори его внятно, не подкладывай в него множество значений, не смазывай, а пытайся четко выгравировать его смысл.

В противоположность этому, синдромальные классификации МКБ и DSM содержат языковую неразбериху, операционализм и атеоретичность. При этом диагностические критерии условны, жестки, топорны и расплывчаты (достаточно обратить внимание на множество неуточненных расстройств). Хотя МКБ-10 претендовала на феноменологический подход, тем не менее одно только сведение всех патологических феноменов к общему знаменателю под названием «расстройство», закрывает доступ к пониманию феноменов, а так называемый «феноменологический подход» приобретает статус поглотителя феноменов, провоцирующий дискуссионность диагностических параметров. Спрашивается: кому стало проще и понятней от того, что истерический невроз назвался «конверсионным расстройством» вместо того, чтобы конверсия входила бы в феноменологический анализ истерического невроза как симптом и завершала целостный гештальт феномена истерии? Или кому принесла пользу размазывающая все профессиональные смыслы склонность к политкорректности специалистов, замесившая конкретику диагнозов запутанным конгломератом понятий, более или менее отдаленных от прежних наименований и смыслов? Какой научный «прогресс» обеспечило переименование, например, «умственной отсталости» в «нарушение интеллектуального развития» в МКБ-11, и кто позаботится о возможных нарушениях интеллектуального развития у психиатров и клинических психологов, испытывающих стрессогенные умственные усилия при попытке собрать воедино разлетающиеся смыслы этих понятий? Расплодившиеся в профессиональном семантическом поле эвфемизмы, которые подменяют термины, аннулируют необходимость их включения в концептуальную систему, частью которой они являются. Е.Н. Давтян усматривает в этом угрозу стирания границ между специалистами и неспециалистами: «Частые замены терминов чреваты разрушением системных связей научной дисциплины и могут привести к явлению детерминологизации, когда понятие науки теряет свою концептуальность и превращается в бытовое слово. При этом происходит редукция термина, его упрощение и приспособливание к восприятию

---

<sup>2</sup> Лихачев Д., Заметки о русском (сборник), М., «Советская Россия», 1984, с. 22.

неспециалистов»<sup>3</sup>. Для особо изнеженных психиатров и психологов, ратующих за политкорректность, хотелось бы напомнить извечное: «Да святится Имя Твое», предложив продолжить и расширить эту мысль, вобрав в нее *все* имена и имена *всего*. Держать «в святости» и «в свете» имена и названия, а не затемнять их, как сказали бы философы, «эйдос» отдаленным и случайным контекстом – непеременимое условие осмысления мира. DSM - V пока сохраняет термин «педофильное расстройство», но налицо тенденция специалистов его заменить. Не одно и то же сказать: «педофил» и «человек с особыми потребностями», где случайное, побочное и второстепенное качество перекрывает первейший смысл чудовищности явления, который выпадает из рассмотрения. Можно иметь, например, потребность в общении с интересными людьми, и кто скажет, что это не «особая потребность», но кто посмеет сравнить этих двух людей и эти две потребности? Все это приобретает откровенно политический окрас, что мы наблюдаем на примере пресловутого гомосексуализма, «прошагавшего» от медицинской проблемы (гомосексуализм как патология воли) к социальной (целенаправленное сексуальное образование в школе, откровенная пропаганда и красочные гей-парады), а оттуда - к проблеме политической (требования западных стран как условие их дружелюбного отношения и пр.). Или: можно быть вполне себе «махровым» истериком, но «обходиться» без конверсии, но если конверсия как симптом истерического невроза выделяется как первая и основная характеристика данной нозологии, в связи с чем выведена в название нозологии («конверсионное расстройство»), то при таком подходе очень удобно причислять демонстративное поведение политической и любой иной так называемой «элиты» к норме. Можно даже любой паттерн поведения политического лидера воспринимать как норму, ведь, как выяснили Ф.Зимбардо совместно с итальянскими коллегами, люди воспринимают политических лидеров как «уникально простых людей». Незатейливость и простота психологических размышлений на эту тему и восприятие политического лидера как эдакого «братана» препятствует тому, чтобы увидеть расстояние, отделяющего психику политического лидера от действительности и чувства долга. Кроме того, наблюдаемая логика развития классификации психических расстройств недалеко от того, чтобы вымарать явления стыдливости и застенчивости в патологии, и параллельно «отбелить» мягкими средствами инцест. На очереди (все к этому идет) патологизация насущных для психического здоровья чувств благодарности и ответственности. Не увлекаясь теориями заговора, тем не менее возникает ощущение действия намеренных политических программ и особой идеологии в области классификации психических расстройств. «Слова, - отмечал Г. Лебон, - перестают вызывать образы», они уже ничего не пробуждают в уме, «становятся пустыми звуками, единственная польза которых заключается в том, что они избавляют тех, кто их употребляет, от обязанности думать. Имея маленький запас таких формул и общих мест, заученных нами в молодости, мы обладаем всем, что нужно, чтобы прожить жизнь, не утомляя себя

---

<sup>3</sup> Давтян Е.Н. О неполноте терминов и особенностях номенклатурных образований в психиатрии, Мат. Межд. конф. «Психическое здоровье личности. Языки психологии и психиатрии», Ер., 19-21, 10, 2023, с. 270.

размышлениями»<sup>4</sup>. Не случайно, что настольной книгой перевернувшего судьбы людей Ленина была именно книга Г. Лебона «Психология толп».

С другой стороны, можно говорить о принципиально одинаковых вещах, употребляя различные термины и полагая их принципиальную различимость, как это произошло, например, с понятиями «воля» и «мотивация»: не в силах «поднять» феноменологию воли, психологи заменили понятие «воли» понятием «мотив». Другой пример: намучившись с проблемой соотношения интеллекта и эмоций, психологии «скинули с себя» эту проблему, переложив тяжесть на понятие «эмоциональный интеллект», но тут же попали в другие смысловые и многофакторные «дебри», из которых не могут выпутаться вот уже четверть века.

Совершенно очевидно, что «сложность» классификации, вызванная смещением нозологического принципа и установлением гегемонии синдрома, органически привела к «неоднозначности» диагнозов. Распад иерархии диагностики: «уровень нозологии – уровень синдрома – уровень симптома», привнесли в классификацию неоднозначность и двойственность. Например, «болезнь Альцгеймера», «превратившись» в «дементный синдром», «потеряла» акценты ряда существенных характеристик (амнезия, дезориентировка в пространстве и времени, расстройства мыслительных способностей и пр.), которые входили в семантическое поле прежнего понятия. Применяя лингвистические подходы к психиатрическим терминам, В.Д. Менделевич справедливо обращает внимание на наличие в психиатрии «семантически наполненных» и «семантически пустых» терминов, обозначающих те или иные психопатологические симптомы. Ряд терминов вообще не дают возможности утверждать, что они отражают определенные диагностические единицы. «Появление в дефинициях указаний на «чрезмерность», «странность», «необычность чего-то» не позволяет признавать их объективную диагностическую ценность. То, что может считаться странным или чрезмерным для одного, другим может рассматриваться как соответствующее контексту по количественным и качественным характеристикам». «...Вот почему, - заключает автор, - ряд психопатологических симптомов (вычурность, выхолощенность, амбивалентность, чудаковатость, эксцентричность) не могут быть названы симптомами, поскольку они лишены сущности и факультативно, а не облигатно репрезентируют шизофрению как болезнь»<sup>5</sup>.

В строгом смысле, синдромологический принцип классификации не является прямой контрверзой нозологическому в содержательном отношении, но первый разрушает «дифференцированное единство» (Ф. Перлз) второго и привносит дифференциацию без единства. Кроме того, не исключено, что замена принципа нозологического классификации на синдромальный объясняется все возрастающим недоверием к психофармакологическому лечению. Психотерапия нацелена на работу на уровне личности, и следовательно, отправляется от нозологии, тогда как психиатрическое вмешательство касается симптома, или в лучшем случае, син-

<sup>4</sup> Лебон Г. Психология народов и масс -Изд. "Макет", СПб., 1995, OCR: Михаил Шнайдер, с. 38.

<sup>5</sup> Менделевич В.Д. «Семантическая пустота» ряда психиатрических терминов и проблема гипердиагностики шизофрении, Мат. Межд. конф. «Психическое здоровье личности. Языки психологии и психиатрии», с. 378.

дрома, поэтому психиатра вполне устраивает синдромальная классификация. Сказанное не означает, что терапия имеет стопроцентную эффективность в лечении нозологии, но она определенно ориентирована на целостное понимание как личности, так и его болезни. К тому же психотерапевт имеет больше возможности вникать в проблему, поскольку больной не скрывает от него свои мысли, опасаясь того, что его сочтут за безумного и поставят на учет. Все это и многое другое говорит в пользу того, что необходимо незамедлительно признать ошибку и вернуться к старой системе классификации. Как справедливо отмечает И. Зислин, новая классификация выстроилась «на обломках старой», но стала «более проблематичной», чем старая. Рассматривая причины, по которым эта новая классификация обеспечила себе место и оказалась «живучей», автор считает важным указать на тот факт, что «эта классификация отражает и продолжает наивную картину мира самих диагностов», при которой наблюдается: «неразличение текста и внетекстовой реальности, неотрефлексированность собственного языкового поведения, отсутствие метаязыка описания клинических феноменов, использование собственного непонимания в качестве диагностического маркера и пр.», а также на факт, что гуманитарная «составляющая полностью изъята из образовательных программ студентов и молодых специалистов»<sup>6</sup>. Действительно, без гуманитарной составляющей, метаязыка и метафизического в целом, не только классификация, но и любое суждение в области психиатрии и психологии эпизодично, раздроблено, затуманено и скрывает концы любой проблемы. Нозологический принцип (и триадная система разделения на эндогенные, экзогенные и психогенные расстройства) наиболее близко стоит к гуманитарности, этиологии, патогенезу и мета подходу, показывая, насколько бессмысленно как в диагностике, так и в лечении отвращаться «от» нозологии и направляться «к» синдрому.

Таким образом, название мир «VUCA» со всеми своими составляющими (непостоянство, **неопределенность, сложность и неоднозначность**) преломился в классификационную систему психиатрии с точностью и во всем объеме.

Возникает вопрос: подчиниться или не подчиниться классификации в практической работе? Первое означало бы сознательно отойти от здравого смысла в понимании болезней, второе – посеять хаос в диагностике и в общении с коллегами. Можно совершенно не принимать классификационных параметров и быть прекрасным практиком, как это сделал, например, К.Роджерс, можно разработать авторские критерии неврозов и психозов, как это сделали Ф.Перлз и Р.Ассаджиоли. Мы же предлагаем: непременно знать последние пересмотры МКБ и DSM, но не принимать их за «чистую монету», т.е. относиться к ним критически и не терять из виду альтернативные принципы классификаций.

Психиатрические диагнозы имеют огромный опыт научных исследований, внутри которого стабильное понимание клинической картины болезни сменялось периодами нестабильности и неожиданных изменений, вызывающих споры и недопонимания среди практиков. Психиатрическое «чиновничество» основывается на принятой на данный момент парадигме, не принимая во внимание альтернативные версии диагностических критериев и фактически отказывая будущие дости-

---

<sup>6</sup> Зислин И., там же, с. 216-217.

жения в диагностике. Об одной такой альтернативе говорит профессор Д.Е. Мелехов, когда обращается к «духовному диагнозу» и необходимости определить духовную причину страданий больного. Это означает совершить, по слову апостола, «различение духов», т.е. дифференцировать медицинскую, психологическую, социальную и духовную природу болезни. В случае духовных причин болезни духовная работа может привести к психическому и даже физическому выздоровлению. «Именно поэтому, - пишет автор, - в современной зарубежной литературе стала аксиомой необходимость совместной работы врача-психиатра и пастыря-богослова»<sup>7</sup>.

Можно выразить сомнение в отношении аксиоматичности совместной работы указанных специалистов на Западе, но одно бесспорно: как пастырская служба, так и психиатрическое вмешательство на сегодняшний день имеют регрессивную тенденцию, зато психологическая практика цветет пышным цветом. Заметим, что от сказанных Д.Е. Мелеховым слов прошло около полувека, а правомерное разграничение функций духовника, врача, психолога и психотерапевта, и, соответственно, разграничение духовной, медицинской и психологической диагностики еще ждет своего часа. Например: феномен юродства с позиций критериев психического здоровья ВОЗ и с точки зрения духовника – вещи не сопоставимые; или является ли выявленный проективным методом факт бессознательного научным фактом с точки зрения психиатра; или сочтет ли психолог соответствие социальным нормам обязательным признаком здоровья, а неконформизм нездоровья и пр.? Очевидно, что эти три области имеют не только различные критерии психического здоровья и различные способы диагностики, но и различный культурологический и смысловой контекст, который в корне меняет взгляд на здоровье и нездоровье. Логично предположить, что для полной картины диагностики следует учитывать тройкий подход к проблеме диагностики, разделяя телесную, душевную и духовную составляющие. Пока же эти диагнозы не могут существовать друг без друга ввиду следующих обстоятельств.

1. Непрекращающиеся и отчаянные попытки специалистов перейти к обоснованию чисто медицинской, биологической или генетической системы классификации психических расстройств оказались провальными. Причина этого заключена в невозможности их дифференциации по сколько-либо конкретным органам, биологическим или генетическим маркерам. Пока что аналогично обстоят дела с проектами по обнаружению высокотехнологических нейробиологических показателей психических расстройств. В этом отношении ученые не продвинулись дальше К. Шнайдера, в понимании которого «болезнь существует только в телесном»: «Болезненным (патологическим) мы называем психически аномальное тогда, когда оно объясняется патологическими органическими процессами»<sup>8</sup>. В своей классификации психических болезней он рассматривал маниакально-депрессивный психоз и шизофрению в качестве психопатологических симптомов заболеваний, которые пока неизвестны. Иначе говоря, сами они неизвестны, но из-

---

<sup>7</sup> Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни, «Русское возрождение», 46-49, 1989-1990.

<sup>8</sup> Шнайдер К., Клиническая психопатология. 14-е изд., стереотип. Киев: Сфера, 1999.



вестно, что они эндогенны, т.е. имеют некую эндогенную «подпочву» (Undergrund), поэтому мы вправе сохранить за эндогенными расстройствами название «болезни», признавая за ними отсутствие причин их возникновения и ясных границ отличий от других болезней. Из этой самой "подпочвы" возникают необъяснимые "подпочвенные депрессии", страхи, навязчивые состояния, переживания отчужденности, усиление или торможение влечений. Причем «подпочва» не имеет никакого касательства со сферой бессознательного, от которой К. Шнайдер благополучно «открестился». При всей расплывчатости и даже комичности ситуации психиатры и клинические психологи на сегодняшний день вынуждены смириться с таким пониманием эндогенной «подпочвы».

2. Не увенчались успехом также попытки полностью отойти от медико-биологической модели и установить моральный и духовный критерий психического здоровья. Так, американские психиатры (С. Карпмен и Р. Миллер) ставили в основу классификации такие моральные категории, как бездушность, отсутствие чувства вины, безответственность, беззаботность и пр., а отсутствие совести рассматривали как дифференциально-диагностический признак психопатий. Следует заметить, что также окончательно не решен вопрос разделения состояний одержимости и психоза, несмотря на определение ряда критериев их дифференциации. К. Юнг объяснял мораль наличием врожденных специфических инстинктов, А. Маслоу считал потребности высших уровней не менее инстинктивными, чем потребности низших уровней. Это были попытки «сброса» генезиса морали на бессознательное, но о локализации «органа» морали не было и речи. Сегодня прицельно и на абсолютно рациональный манер ищут субстанцию нравственности в организме. Подобно К. Юнгу, профессор Гарвардского университета М. Хаузер, утверждает, что нравственность представляет собой природный орган в человеке, т.е. люди обладают врожденным моральным инстинктом, действующим независимо от возраста, пола, конфессии и других факторов. Этот инстинкт позволяет быстро ориентироваться в проблемах добра и зла. Хотя подобный ориентир действует неосознанно, только тот факт, что нравственность присуща человеку генетически, уже обосновывает существование своего рода «органа» морали, а именно, специфической нейронной сети. Тем не менее, орган, обуславливающий функционирование нравственности и осуществляющий моральный выбор, в организме так и не найден. Термин «орган морали» имеет давнюю историю, упирающуюся в евгеническую проблематику и косвенно в идеологию нацизма. В предисловии к книге М. Хаузера «Мораль и разум» Ю. И. Александров напоминает о рассуждениях Л.С. Выготского о врожденности морали и о том, что человек, «нарушавший правила морали, казался ненормальным, больным. Педагогика в таких случаях говорила о моральной дефектности ребенка как о болезни — в таком же смысле, как обычно говорят об умственном или физическом дефекте. Предполагалось, что моральная дефектность есть такой же врожденный недостаток, обусловленный биологическими причинами... какого-то дефекта в строении организма, как врожденная глухота или слепота. Следовательно, есть дети, которые самой природой назначены сидеть за решеткой, потому что они родились преступниками. Нечего и говорить,

что... физиологам никогда не приходилось наталкиваться на какие-либо особые органы морали в человеческом теле»<sup>9</sup>.

«Искатели» подобного органа, представляющие нравственный выбор на подопытии выделения желудком пепсина, представляются не менее комичными, чем сторонники воображаемой «эндогенной» подпочвы. Причиной же этой комичности, на наш взгляд, является «впихивание» причинности в беспричинный феномен. Говоря иначе, а-каузальность нравственного в мысли, чувстве и поступке выталкивает каузальность за его ненадобностью.

3. Психологическая диагностика психических болезней на первый взгляд могла бы претендовать на наиболее интегральную картину заболевания, поскольку учитывает генетические, поведенческие, средовые, когнитивные, бессознательные, духовные и моральные факторы (некоторые авторы даже предлагают включить моральную сензитивность и отсутствие эмпатии в классификационный реестр). Она не страдает а-теоретичностью и чистой описательностью классификаций, которая, возможно, удовлетворяет психиатров, но никак не клинических психологов, изучающих не болезнь, а больного. Кроме того, измерения в клинической практике и дальнейшая математическая обработка обеспечивает научную объективность в постановке диагнозов. Однако: как интегрировать такие аспекты как духовно-моральное и генетическое, где найти зонтик, под который объединит бессознательные и сознательные содержания психики, и, наконец, так ли объективна математика при измерении психических явлений, как это принято считать? Немаловажную роль в «порче» объективности в постановке психологического диагноза играют разногласия между психологическими ориентациями и несостыковка парадигмальных рамок психотерапевтических методов, что создает разницей в понимании клинической картины, генезе заболевания, а также в его интерпретациях. Различие в подходах максимально нагружает классификацию; только психодинамический подход к диагностике или так называемая операционализированная психодинамическая диагностика (ОПД-2) включает в себя 5 осей: 4 психодинамические оси со множеством факторов и одну ось, касающуюся преморбиды. Логическим следствием такой многообразности и перегрузки является потеря смысла классификации вплоть до ее аннулирования. Естественно, что психологи пытаются найти выход, поэтому так «завязаны» на интегративной психологии, попытки построить которую пока что приводят разве что к эклектизму (к последнему в своей радикальной форме приводит также различение «био-социо-психо» осей в классификации DSM).

В итоге, можно констатировать отсутствие единого принципа классификации психических болезней и то, что ни одна из трех попыток классификации научно не состоялась, поскольку не соблюден основной принцип классификации - «распознавание» этиологии, феноменологии и природы болезни. Психиатрическая классификация не кажется провальной только потому, что создавалась по «необходимости» и «требованию» фармакологов и юристов, а не благодаря свободному желанию познать тайны психических феноменов. Вот почему психиатры, избегая риска уткнуться в неразрешимые проблемы дифференциальных диагнозов, выно-

<sup>9</sup> **Выготский Л. С.** Педагогическая психология. М.: АСТ; Астрель; Люкс, 2005. с. 269.

симые на многочасовые клинические конференции, отгородились от массы психических реалий. Благодаря принятой классификации, которая принимается механически, а не критически и рефлексивно, врач принципиально ничем не отличается от процедурной сестры. «Психиатрия, - замечает И. Зислин, - перестала быть интересной сама по себе. Доказательством этого является полное отсутствие интереса к теории психиатрии, разработке или хотя бы намеку на разработку ее языка или метаязыка»<sup>10</sup>. Сознательным или бессознательным оправданием этому является: «Мы заняты практикой и конкретной помощью «с головой», и нам нет дела до каких-то эфемерных мета-проблем». Само собой, почти никто не задается вопросом: «а является ли инструмент, которым мы пользуемся, исправным и подходит ли к познанию психики как ключ к замку»? Кроме того, психиатр не спрашивает: «с чем, в сущности, я имею дело - с телом или душой или с тем и другим одновременно»? А то, что между ними не выяснены «юридические» отношения родственности, чуждости и локализации – «это не моя забота»! Поэтому проблемы «размежевания» психологических и психиатрических полей решаются из рук вон неоправданно.

Остается пожелать психиатрам, держащим под мышкой рецептурный справочник врача как щит, превратиться в мало-мальски въедливого исследователя психических феноменов и не удовлетворяться принятой классификацией. По крайней мере надо воспринимать ее не как истину в последней инстанции, а как истину в ряду других психологических, социальных, духовных, медицинских и даже педагогических истин. Необходимо также остерегаться потери целостного восприятия явления вследствие детального расчленения его на симптомы и синдромы, ибо на основании одного синдрома трудно понять, как лечить и что лечить, тем более совершить переход от болезни к личности больного, как это пытаются делать клиническая психология. По словам Н. МакКарти, атеоретическая позиция DSM «как бы убаюкивает специалистов, внушая веру, что клинические решения, касающиеся диагностического процесса, по сути объективны и нейтральны и не требуют самосознания и проверки»<sup>11</sup>.

Складывается картина, при которой, с одной стороны, мы имеем дело, словами Ницше с «оскорбительной ясностью» диагностических критериев, а с другой – с хронической недоговоренностью смыслов клинических феноменов, связанных с психическими болезнями. Необходимо дальнейшее междисциплинарное обсуждение и объяснение этих смысловых «затемнений» с учетом всех факторов влияния бессознательной сферы, социальной жизни, а также телесной, психической и духовной составляющей человека, невзирая на трудности налаживания мостов между психической и телесной жизнью. В этом отношении не умолкают разговоры о связи органического и психического, не прекращаются попытки обнаружить локализацию сознания, а «воз и ныне там»! Для ученых, по выражению Р.Штайнера, «постоянно присутствует опасность упасть между двумя стульями, - между физически-материальным и абстрактно-психическим», между тем как духовная наука предоставляет возможность такой реформы в области психиатрии и психологии, при которой эти

---

<sup>10</sup> Зислин И., там же, с. 408.

<sup>11</sup> McCarthy, Natalia Anne, Psychiatric terminology: are mental health practitioners speaking the same language? University of British Columbia, 2005, p. 71.

мосты будут перекинuty, но с обязательным условием: необходимо «наши понятия, которые постепенно стали слабыми по отношению к действительности, сделать снова сильными». Тогда «во многих отношениях обнаружится, что если будет становиться все более и более здоровой наша мировоззренческая жизнь, то будет здоровым и многое из того, что из общественного заблуждения просвечивает в патологические отклонения душевнобольных»<sup>12</sup>. И еще одно условие: доверие в возможности собственного мышления, ибо, хотя многое в мире «VUCA» подрывает веру в мировой порядок и здравый смысл, «мы сами в себе имеем, как говорил Пифагор, средство раскрытия лжи и доказательства истины»<sup>13</sup>. Говоря иначе, мы сами сможем определить «объективность» критериев психического здоровья, если погрузимся в понимание смыслов патологии как в откровение и завоеваем право сказать вслед за К. Юнгом: «Цена была значительной: «Я платил своей жизнью и заплатил своей наукой»<sup>14</sup>.

**ԳՄՑԱՆԵ ՇԱՎԵՂԹԱՆ – «VUCA» աշխարհը հոգեկան խանգարումների դասակարգման լույսի ներքո** – Մեր կյանքի տարբեր ոլորտներում խաթարվում է հավատը առ համաշխարհային կարգը և ողջախոհությունը: Պատահական չէ, որ ժամանակակից աշխարհը բնութագրվում է որպես «VUCA» աշխարհ, որտեղ գերակշռում են՝ համապատասխանաբար փոփոխականությունը, անորոշությունը, բարդությունը և երկիմաստությունը (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity): Հոդվածում ցույց է տրվում, թե ինչպես են այս չորս որակներն ազդել հոգեկան խանգարումների համաշխարհային դասակարգման խնդրի վրա, և ինչպես այդ դասակարգումների իմաստային համատեքստը կարող է փոխել մեր վերաբերմունքը դեպի հոգեկան առողջությունը: Խիստ իմաստով, գոյություն ունեցող հոգեբուժական դասակարգումը գիտականորեն չի կայացել, քանի որ խախտում է այս ոլորտի հիմնական պայմանը՝ հիվանդության ծագումնաբանության և ֆենոմենոլոգիայի ճանաչման սկզբունքը: Վերջինս ենթադրում է հիվանդության բնույթի ամբողջական դիտարկում, ինչը պահանջում է խնդրին եռակողմ մոտեցման կիրառում, այն է՝ առողջության ֆիզիկական, հոգեկան և հոգևոր բաղադրիչների ախտորոշում, չնայած նշված ոլորտների վերջնական ինտեգրման դժվարություններին:

Դա իրագործելու համար անհրաժեշտ է կատարել առնվազն երկու պայման՝ մեր հասկացությունները դարձնել որոշակի, հստակ և «ուժեղ», և «զինվել» սեփական մտածողության վերաբերյալ վստահությամբ, չնայած այն բանին, որ ժամանակակից աշխարհում բազմաթիվ բաներ խաբիսվում են մեր հավատքը տրամաբանական աշխարհակարգի և ողջախոհության նկատմամբ:

**Բանալի բաներ** – DSM, դասակարգում, ախտորոշում, համախտանիշ, նոզոլոգիա, անկայունություն, անորոշություն, բարդություն, երկիմաստություն, հոգեբուժություն, հոգեբանություն, հոգևորություն

<sup>12</sup> Штейнер Р., Физиологически-терапевтическое на основании духовной науки. К терапии и гигиене, GA 314, Вена, 2022.

<sup>13</sup> Пифагор, [www.apophism.ru/comments/pbxgq2be0l.html](http://www.apophism.ru/comments/pbxgq2be0l.html)

<sup>14</sup> Юнг К.Г., Черные книги, 1913-1932, Записные книжки о трансформации, часть I, под ред. С. Шамдасани, с. 89-90.

**GAYANE SHAVERDYAN – *The World “Vuca” in the Light of the Classification of Mental Illness.*** – Many things in various areas of modern life undermine trust in the world’s order and common sense. History is a consistent alternation of this trust and mistrust, but in the last few decades mistrust has definitely prevailed. It is not accidental that the modern world began to be called “VUCA” (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity). The article shows how these four qualities affected the problem of classification of mental disorders, as well as how the semantic context of these classifications can change the view of the problem of mental health and illness. In a rigorous sense, the existing psychiatric classification has not been scientifically implemented, since its main condition – the principle of recognizing the etiology and phenomenology of the disease – is not complied. Consequently, there is no holistic consideration of the nature of the disease; that’s why the author comes to the conclusion that a threefold approach to the diagnostic problem should be considered, including somatic, psychological, and spiritual aspects, despite the objective difficulties of integrating these approaches.

For this, it is necessary to fulfill at least two conditions. First of all, to make our notions, concepts, and terms more certain, distinct and “strong”, and secondly, to have trust in our own thinking, despite the fact that the world of “VUCA” forces us not to believe in the world’s order and common sense.

**Key words:** *classification, DSM, diagnosis, syndrome, nosology, volatility, uncertainty, complexity, ambiguity, psychology, psychiatry, spirituality.*

### Список литературы

- Выготский Л. С.** Педагогическая психология. М.: АСТ; Астрель; Люкс, 2005. стр. 269,  
**Давтян Е.Н.** О неполноте терминов и особенностях номенклатурных образований в психиатрии, Мат. Межд. конф. «Психическое здоровье личности. Языки психологии и психиатрии», Ереван, 19-21, 10, 2023, стр. 270  
**Зислин И.** Очерки антропологической психиатрии, М., ИД «Городец», 2023, стр. 326  
**Лебон Г.** Психология народов и масс. Изд. "Макет", СПб, 1995 г. OCR: Михаил Шнайдер, стр. 38  
**Лихачев Д.** Заметки о русском (сборник), М., «Советская Россия», 1984, стр. 22  
**Мелехов Д.Е.** Психиатрия и проблемы духовной жизни, «Русское возрождение», 46-49, 1989-1990  
**Менделевич В.Д.** «Семантическая пустота» ряда психиатрических терминов и проблема гипердиагностики шизофрении, Мат. Межд. конф. «Психическое здоровье личности. Языки психологии и психиатрии», там же, стр. 378  
**Пифагор** [www.aporism.ru/comments/pbxgq2be0l.html](http://www.aporism.ru/comments/pbxgq2be0l.html)  
**Шнайдер К.** Клиническая психопатология. 14-е изд., стереотип. Киев: Сфера, 1999,  
**Штейнер Р.** Физиологически-терапевтическое на основании духовной науки. К терапии и гигиене, GA 314, Вена, 2022  
**Юнг К.Г.** Черные книги, 1913-1932, Записные книжки о трансформации, часть 1, под ред. С. Шамдасани, стр. 89-90  
**McCarthy, Natalia Anne** Psychiatric terminology: are mental health practitioners speaking the same language? University of British Columbia, 2005, p. 71