

УДК 1 159.9 972

## ПРЕДЕЛ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ И НЕОБХОДИМОСТЬ ФИЛОСОФСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

Семенюк Ксения Анатольевна<sup>1</sup>,  
MarcelP@yandex.ru

Лоос Дмитрий Максимович<sup>1</sup>,  
Loos.d@yandex.ru

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет,  
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

**Семенюк Ксения Анатольевна**, кандидат философских наук, доцент кафедры философии с курсами культурологии, биоэтики и отечественной истории Сибирского государственного медицинского университета.

**Лоос Дмитрий Максимович**, студент Сибирского государственного медицинского университета.

***Актуальность** работы обусловлена необходимостью философских исследований в области психиатрии в связи с кризисом методологических оснований данной науки. Дело в том, что с 2006 по 2016 гг. количество исследовательских программ, проводимых крупными фармакологическими компаниями в области психофармакологии, сократилось на 70 %. Принцип действия современных препаратов ничем принципиально не отличается от того, что было обнаружено ещё в 50-х гг. прошлого века. Сам ход открытий часто шёл слепым эмпирическим путём, обнаруживая, таким образом, недостаточность, а порой и некорректность исследовательского подхода. Отсюда **цель** – продемонстрировать некорректность и ограниченность биологического редуccionизма в области психиатрии и необходимость поиска иных методологических оснований, которые позволили бы выстроить региональную онтологию науки, ориентированной на потребности каждого конкретного пациента. **Методы:** аналитический, герменевтический, компаративный. **Результаты.** Двойственность самого предмета психиатрии, который одновременно пребывает в сфере ведения естественных наук и касается человека как личности, приводит к тому, что при проведении исследовательской работы необходимо учитывать две эти составляющие. Психиатрия может описывать каузальные связи, давать объяснение, а может прорываться к смыслу, понимать. Элиминация понимания в пользу объяснения не решает проблем конкретного больного. Путь практической медицины к конкретному пациенту перекрывается. Постановка диагноза в психиатрии требует не только естественнонаучного описания, но и феноменологического. Порочный круг, вызванный крайностями естественнонаучной установки, биологическим редуccionизмом в методологии, приводит к неутешительным результатам в практике новых исследований, а это предполагает решение ряда эпистемологических и антропологических задач, входящих в ведение философии.*

***Ключевые слова:** Психиатрия, философия, психофармакология, биологический редуccionизм.*

Интерес философии к психиатрии не случаен и во многом связан с интуитивным ощущением того, что безумие несёт в себе разгадку человеческого сознания, человеческого «Я», так как сойти с ума, лишиться разума может только тот, кто им обладает. Однако философская рефлексия в отношении разных наук развита крайне неравномерно. И если, например, философия математики развивалась параллельно с теорией познания, эпистемологией и гносеологией, физика стала образцом науки для Венского кружка, то, пожалуй, философия психиатрии не может похвастаться ни большим коли-

чеством громких имён, ни долгой историей своего существования. Кроме М. Фуко [1] и отчасти К. Яспера [2], есть лишь небольшой ряд фамилий, известных только узким специалистам. Собственно, и появление философии психиатрии можно отсчитывать примерно с середины XX в. в связи с постмодернистской критикой властного, стигматизирующего психиатрического дискурса. Казалось бы, касаясь проблем человеческого сознания, психиатрия должна была бы войти в поле интересов философии сознания, но философия сознания в современном её воплощении – это, главным образом, англо-американская аналитическая философия, «не стремящаяся запятнать себя родством с эмпирическим материалом» [3]. Исключения в лице того же Д. Деннета [4, 5] существуют, но это «не делает погоды» в области дисциплины как таковой. А меж тем в психиатрии назревает насущная необходимость именно философских исследований ввиду того, что всё чаще и громче раздаются голоса нейрореалистов, полагающих, что с развитием технологий нейровизуализации психиатрия станет лишь специфическим ответвлением нейробиологии. Позитивистская установка [6–9] при всей её привлекательности таит в себе опасность, о которой предупреждал ещё Ясперс – психиатрия будет дрейфовать в сторону биологической редукции. Субъективный опыт больного начнёт обесцениваться, что в итоге может привести к дегуманизации дисциплины, которая по умолчанию содержит в себе картезианский дуализм. Да, психиатрия – позитивная наука, но, несмотря на наличие материального субстрата (мозга), её предметом является нематериальное сознание больного человека. Биологический же редукционизм [6] превратит человека в тело со всеми вытекающими отсюда этическими проблемами. Но это только половина проблемы. Дело в том, что установка на биологическую редукцию подчас не позволяет решить и ряд частнонаучных проблем, таких как, например, излечение от заболевания или объяснение его причин. Широко используемые в современной психиатрии антипсихотические препараты могут весьма эффективно купировать процесс, но это вовсе не означает, что изменение уровня нейротрансмиттеров объясняет происхождение болезни. С тем же успехом можно было бы утверждать, что парацетамол, снижая температуру, лечит грипп, и, более того, грипп появляется от нехватки парацетамола в организме.

Порочный круг, связанный с крайностями естественнонаучной установки, биологическим редукционизмом в методологии, приводит не к лучшим результатам в практике новых исследований в той же психофармакологии. Так, английская газета *The Gardien* приводит данные, что большие фармацевтические компании сократили объёмы исследовательских программ в области психофармакологии за 10 лет (с 2006 по 2016) на 70 % [10]. Компания GSK (ГлаксоСмитКлайн) фактически прекращает разработку препаратов, ориентированных на психиатрию [11]. Как такое возможно? Психическими заболеваниями люди болеть, конечно же, не перестали. По данным ВОЗ наблюдается тенденция к росту числа психически больных. В этой связи мы позволим себе присоединиться к предположению некоторых авторов, что причина может лежать в плоскости функционирования психиатрии в качестве науки. Это значит, что психиатрия не может пока предложить ничего принципиально нового [12]. Но тогда перед нами со всей остротой и актуальностью раскрывается уже собственно философская проблематика. Не дело философии давать советы учёным как проводить исследования, её позиция – это, по преимуществу, взгляд «со стороны», рефлексия о смысле и сущности, то есть мета-описание. Такое мета-описание не может проигнорировать историю становления объектной науки, потому проведём небольшой экскурс в историю проблемы.

Действительно, психиатрия как клиническая дисциплина достаточно молода, хотя психозы поражают далеко не только представителей высокоразвитых культур, но

встречались и у примитивных доисторических племён. Даже в тех местностях, где не было сифилиса, алкоголя или тяжёлых наркотиков люди болели шизофренией, биполярным аффективным расстройством или эпилепсией. Так, уже за 2000 тысячи лет до н. э. Библия приводит пример психического заболевания – историю царя Навуходоносора, который был наказан безумием за надменность и гордость. Книга пророка Даниила в весьма мрачных красках описывает унижительное состояние царя: Навуходоносор скитался подобно волу по пастбищам, одичал, оброс и питался травой [13].

Оказание помощи при душевных болезнях примерно до конца XVIII столетия шло в русле мифологического мировоззрения. Трепанация черепа использовалась для «выпуска» на волю злых духов. Удаление всех зубов служило в качестве «терапии» магии. Госпитализация больных появляется лишь с деятельностью французского врача Франсуа Пинеля, проведшего радикальную на тот момент (а это 1793 г.) реформу в лечебнице Сальпетриер. Пинель снял оковы с душевнобольных. Впрочем, госпитализация эта еще очень долго носила частично полицейский характер и принципиально допускала (конечно же, в интересах больного) физическое насилие в виде кожаных ремней и смирительной рубашки. И только со второй половины XIX в. происходит качественный рост знаний о душевных заболеваниях: составляются многочисленные классификации психических расстройств, начинает развиваться экспериментальная психология и невропатология. Врачи того времени начинают напрямую связывать поражение психической сферы с органическим началом. Но лишь к концу XIX в. благодаря деятельности Эмиля Крепелина складывается современное представление о нозологических единицах, которые прослеживаются на огромном клинически и статистически обработанном материале.

Рубеж XIX–XX вв. с его восторгом перед достижениями естественных наук ознаменован доминированием органического подхода к психическим болезням. Так, немецкий психиатр Вильгельм Гризингер, один из основателей неврологического течения в психиатрии, утверждал, что психические болезни в своей основе имеют структурно-анатомический процесс, источник которого может быть только мозг [14].

Совершенно логичным в развитии психиатрии как науки о душевных болезнях, в основе которых лежит материальный субстрат, стало активное применение лекарственных средств для лечения заболеваний психической сферы. Основоположником психофармакологии принято считать И.П. Павлова, который в своих экспериментах доказал способность кофеина и бромидов вмешиваться в процессы центральной нервной системы, регулируя отношения между возбуждающими и тормозящими системами, и тем самым позволил ученым начать исследования о влиянии определенных групп лекарственных средств на психические процессы. Для того чтобы наши выводы о кризисе производства новых препаратов в психофармацевтической сфере не показались голословным, мы приведём в пример лекарственные средства для лечения шизофрении. Первым препаратом, официально запатентованным в 1952 г. в качестве средства для лечения этой патологии, стал хлорпромазин (производное фенотиазина). Механизм его действия заключается в блокировании центральных адренергических и дофаминергических рецепторов ЦНС. Однако, помимо основного действия, он также блокирует мхолинорецепторы, рецепторы гистамина, с чем связано его противорвотное и миорелаксирующее действие. Несмотря на то, что в настоящее время применение этого препарата в странах Европейского союза прекращено, в России он широко применяется в психиатрической практике. Ещё одним популярным в российской психиатрической практике препаратом для лечения шизофрении является галоперидол (производное бутирфенона). Открытый в 1957 г. препарат обладает схожим с хлорпромазином механиз-

мом действия, что обуславливает многообразие его эффектов: антипсихотический, нейролептический, противорвотный, седативный. Однако кардинальных изменений в его влиянии на организм нет. Стоит отметить лишь усиление действия (1 мг галоперидола = 50 мг хлорпромазина). Препарат трифлуоперазин (производное фенотиазина), так же как и предыдущие препараты, блокирует дофаминовые рецепторы ЦНС, обладает антихолинергическим, антисеротониновым и адренолитическим эффектами, соответственно, он также обладает антипсихотическим, нейролептическим и противорвотным эффектами. Его особенностью является тот факт, что трифлуоперазин не вызывает у пациентов чувства общей скованности, слабости, оглушённости. Зуклопентиксол (производное тиоксантена) также влияет на дофаминергическую и адренергическую нейротрансмиссию. Приведённые выше средства широко применяются в клинической практике, используются повсеместно. Некоторые из них входят в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Однако большинство из них были открыты случайно, а вовсе не в результате планомерных исследований с серьёзным теоретическим фундаментом. Многие назначения до сих пор делаются чисто эмпирическим путём, так как в настоящее время нет общепринятой теории возникновения такой патологии, как шизофрения. Наша небольшая подборка наглядно демонстрирует, что с 1950-х гг. никаких существенных изменений в психофармацевтической сфере не произошло. Да, препараты стали безопасней, они оказывают меньше побочных эффектов. Имеет значение способ введения (инъекционные антипсихотики пролонгированного действия дают лучшие показатели в противовес пероральными препаратами). Но принцип действия современных антидепрессантов – изменение уровня нейротрансмиттеров – тот же, что у имипрамина, разработанного в 1957 г. Принцип современных антипсихотиков – воздействие на дофаминовые рецепторы – тот же, что у хлорпромазина [15].

Таким образом, несмотря на более гуманный подход к лечению душевных расстройств и более точное знание оснований патологии, психиатрия по сей день идет по пути купирования симптомов заболевания, но не излечения болезни как таковой. Разработка новых препаратов является дорогостоящим и долгим процессом. Такие затраты могут позволить себе только крупные фармакологические компании. Но, как мы видим, и так называемая «Большая Фарма» приостанавливает финансирование исследований в данной области в связи большими рисками потерять инвестиции. К 2019 г. психотропные препараты «Большой Фармы» уступят более половины рынка дженерикам [10]. Второй, не менее значимый момент сложившейся ситуации состоит в том, что пациенты зачастую вынуждены принимать препараты пожизненно, а это не только сказывается на качестве жизни больного, но и существенно отражается на финансовой стороне вопроса. Надежды современной психиатрии устремляются к нейронаукам, технологиям нейровизуализации и генетике, однако и на этом пути всё складывается далеко не так гладко, как может показаться на первый взгляд. Дело в том, что психиатрия, описывающая симптомы или болезнь, зажата в «вилке» мыслительной схемы, которую предложил еще Ясперс: она может описывать каузальные связи, давать объяснение (*erklärung*), а может прорываться к смыслу, понимать (*verstehen*). Элиминация *verstehen* в пользу *erklärung* не решает проблем конкретного индивидуума, то есть перекрывает путь практической медицины к конкретному пациенту, с которым ей приходится иметь дело. Вооружаясь данными КТ и фМРТ, современное поколение врачей забывает, что «никакая техника в принципе не в состоянии заменить опытного клинициста. Здесь самым важным, самым сложным и неисчерпаемым является описание. Но не естественнонаучное, а – наряду с ним – феноменологическое, позволяющее объективно отнестись к самоотчёту больных, к результатам и самому процессу беседы с ними» [16, С.6]. А потому так

важны и уровень философской рефлексии врача, и более тесное сотрудничество психиатров и философов.

Как видим из вышеизложенного, безусловная необходимость в философской рефлексии в области психиатрии есть. Однако что имеется на данный момент в российской действительности? О мировой мы не говорим, потому как даже состояние самой психиатрии у нас достаточно противоречиво. Итак, растёт количество защищаемых диссертаций, но при этом очень мало специализированных журналов (не более 10 в противовес тому, что только на английском языке их больше сотни). Многие тенденции в отечественной психиатрии пока только намечаются. Например, доктора серьёзно занимаются вопросами инклюзии больных с непрерывной шизофренией с галлюцинациями. Как сделать так, чтобы они могли жить в семье, чтобы семья могла адекватно реагировать на их галлюцинации, что должны в этой связи делать социальные службы [3]? Большинство же из того, что хоть сколь-нибудь касается философии психиатрии в нашей стране, принадлежит не философам, а самим психиатрам, хотя они и регулярно говорят о необходимости междисциплинарных исследований. Собственно, философов психиатрии у нас пока очень мало. Так, например, рефлексии о природе нормы и патологии аутистического мышления можно найти в работах Фёдора Гиренка. Серьёзному анализу таких течений в психиатрии, как антипсихиатрия и экзистенциально-феноменологическая психиатрия, посвящены две большие монографии Ольги Власовой и несколько работ Елены Косиловой. Мы принципиально дистанцируемся от работ по психоанализу, так как, несмотря на то, что в современных учебниках и даже работах серьёзных психиатров психоаналитический дискурс начинает присутствовать, всё-таки дискурс психиатрии и дискурс психоанализа – это разные типы дискурса. Кроме того, практика психоанализа – это практика, ориентированная, прежде всего, на терапию неврозов. Мы же говорим здесь о «большой психиатрии» – психиатрии психозов, то есть тяжёлых расстройств психики.

Таким образом, работа философа должна начинаться с более внимательного и скрупулёзного построения региональной онтологии. И традиция для такой работы существует. Это экзистенциально-феноменологическое направление в самой психиатрии. Обретая свои основные концепты ещё в 20-е гг. прошлого века в работах Людвиг Бинсвангера, Эжена Минковски, Медарда Босса, Виктора Эмиля фон Гебзаттеля, она продолжила своё развитие в 60-х гг. в творчестве антипсихиатров.

Включив в своё поле гуссерлианскую феноменологию и экзистенциальную аналитику М. Хайдеггера, идеи Ж.-П. Сартра и А. Бергсона, психиатры использовали философские методы этих течений для истолкования психических патологий и работы с больным сознанием. Болезнь из физического и медицинского факта превратилась в феномен человеческой экзистенции. Бинсвангер в середине прошлого века писал: «Проходит то время, когда отдельные науки, страшась, отгораживались от философии, когда они в критической самонадеянности оставляли без внимания непосредственное существование и в позитивистской гордости забывали о проблематичности собственной природы. Сегодня философы и ученые, критики и творцы с полным осознанием границ своего метода обращаются друг к другу для совместного сотрудничества» [17]. Однако спустя полстолетия маятник словно бы качнулся в другую сторону. Психопатология, как и во времена Гринингера, вновь начинает рассматриваться лишь в виде эпифеномена некорректной работы головного мозга, о котором мы на данном этапе развития науки знаем, безусловно, больше, нежели Фрейд, Ясперс, Бинсвангер или Крпелин.

Читая тексты по психиатрии или неронаукам, невольно приходишь к мысли, что происходит откровенная биологизация «антропологического дискурса, когда разговоры



о нейронах сознания замещают понимание проблем сознания, а обсуждение проблемы гиппокампа подменяет обсуждение проблемы воображения» [18. С. 11]. Слова нейро-реалистов о необходимости вытеснения из психиатрии субъективного опыта больного звучат всё громче. Так, наиболее радикально выразил позицию нерореализма американский философ Джон Бриккл, который, воспевая успехи нейронаук, предположил, что в скором времени психика наконец-то будет считаться не просто производной от работы мозга в целом, а от молекулярных процессов. Однако, как убедительно показывал в своей работе 1977 г. отечественный патологоанатом, академик Д. Саркисов [19], молекулярные и субклеточные изменения не входят в клинические проявления болезни, а равно и ни один из факторов внешней среды не может действовать прямо на ту или иную молекулярную внутриклеточную реакцию, а только на организм в целом и его регуляторные механизмы. То есть перенесение акцента исследовательского интереса на сугубо биологические маркеры клинических феноменов вне их связи с психологическими и социальными факторами приведёт в итоге не к научному прорыву в психиатрии, а к потере целостного понимания человека и его болезней. Проблема шизофрении в данном случае может выступить замечательным примером. Современная медицина видит шизофрению как мультифакторальную болезнь, о которой, тем не менее, в силу ограничений современных классификаций, стандартов и протоколов, в конечном итоге можно сказать лишь только то, что «шизофрения – это болезнь с наследственным предрасположением» [20].

Но, несмотря на очевидные методологические несоответствия, психиатрию времён Ясперса и Бинсвангера нейрореалисты считают исчерпавшей свой эвристический потенциал, Лэнга и антипсихиатров и вовсе обвиняют в кликушестве, а ведь именно им мы обязаны во многом «очеловечиванием» психиатрии. В учебниках для врачей появляется всё больше статистики и всё меньше кейсов (клинических разборов конкретных случаев). Вот только умозаключить что-либо о наличии или отсутствии психической болезни конкретный врач-практик может только в ходе беседы с конкретным пациентом. И это «досадное недоразумение» элиминативный методологический материализм обойти не сможет. Действительно, нейронауки дают новые возможности для биологической психиатрии, но вот только феноменальный опыт больного не так легко редуцируем, как это может показаться в свете нейробиологических исследований.

Подводя итоги, скажем, что перевод психиатрии только в клинко-биологическую плоскость не представляется обоснованным по трем причинам. Во-первых, психиатрия – это не только нейронаука, но и целый ряд психосоциальных направлений и дискурсов культуры. Работы французских структуралистов и постструктуралистов лишь подтверждают данный факт. Во-вторых, мы не можем не замечать дуальной специфики объекта психиатрии, поскольку так называемый «психически здоровый» человек есть в высшей степени существо двойственное. Отследить связь между сознанием и телом здорового человека – задача, с которой элиминативный материализм пока так и не справился. При психических и поведенческих расстройствах, безусловно, такие корреляции есть, однако и они не однозначные. Мы можем влиять при помощи химических веществ на поведение больного, но совершенно невозможно изменить, например, политические взгляды, социальные предрассудки или конфессиональную принадлежность здорового. В-третьих, даже в «большой» психиатрии, психиатрии психозов, которая является наиболее физиологически детерминированной, редукцию невозможно провести до конца. Это, например, касается постановки диагноза, которая не может быть полностью передана машине, так как диагноз в конечном итоге выставляется врачом. «Постановка психиатрического диагноза предполагает процедуру квали-

фикации конкретного индивида на основе «диалога» понимания и объяснения его поведения и жалоб в терминах принятой систематики, то есть на основе герменевтического и причинно-следственного подходов» [16. С. 7].

Меж тем как обвиняя экзистенциально-феноменологическую психиатрию в том, что это «недо-психиатрия» (в смысле «недо-естественная» наука), которая не позволяет выработать чёткой клинической парадигмы и методов терапии, мы упускаем тот факт, что именно такое понимание как раз сохраняет специфику психиатрии как науки. И если о конкретных терапевтических методиках можно спорить, то в плане философской компоненты, в плане региональной онтологии, учитывающей синтетическую сущность психиатрии, это направление как раз наиболее выигрышно. То, о чём говорят психиатры-феноменологи, это метаонтика то есть это «пространство онтологического истолкования антропологической сущности психической патологии» [21]. Они представляют психическое заболевание как своеобразный антропологический проект, как способ бытия, некий особый модус неистинного существования. Метаонтика не исключает биологического объяснения причин психического заболевания, то есть философия может быть объединена с биологией. Как писал Рональд Лэнг, психическая болезнь является частной формой человеческой трагедии, и мы можем, конечно, о ней говорить как о поражении организма, но навряд ли такой подход приблизит нас к её пониманию, если мы переведём «личностное понимание на безличностный язык последовательности, или системы, вещественных процессов» [22]. А это означает, что философии есть о чём вести диалог с психиатрией, ибо синтетический характер бытия, антропологический и этический накал вопросов, специфика познавательных процедур последней – это, безусловно, и поле интересов философии. Философия может выстроить такую региональную онтологию психиатрии, которая бы смогла учитывать потребности каждого отдельного психически больного человека.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Foucault M. L'histoire de la folie à l'âge classique. – Paris: Gallimard, 1972. – 591 p.
2. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie: ein leitfaden für studierende, ärzte und psychologen. – Berlin: J. Springer, 1913. – 338 s.
3. Косилова Е.В. Психиатрия: опыт философского анализа: монография. – М.: Проспект, 2016. – 272 с.
4. Dennett D.C. Content and consciousness. – London: Taylor & Francis, 2002. – 216 p.
5. Dennett D.C. Kinds of minds: Toward an understanding of consciousness. – NY: Basic Books, 1996. – 192 p.
6. Bickle J. Philosophy and neuroscience: a ruthlessly reductive account. – Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2003. – 235 p.
7. Churchland P. Neurophilosophy at work. – Cambridge: Cambridge University Press, 2007. – 244 p.
8. Churchland P.S. Neurophilosophy: toward a unified science of the mind-brain. – Cambridge; Massachusetts; London: A Bradford Books. The MIT Press, 1989. – 528 p.
9. Churchland P.S. Brain-Wise: Studies in neurophilosophy. – Cambridge; Massachusetts; London: A Bradford Books. The MIT Press, 2002. – 453 p.
10. Why 'big pharma' stopped searching for the next Prozac. The Guardian, 27.01.2016. URL: <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/27/prozac-next-psychiatric-wonder-drug-research-medicinal-illness> (дата обращения 10.04.2018).
11. Hyman S. Psychiatric Drug Development: Diagnosing a Crisis. Cerebrum, 02.04.2013. URL: <https://www.dana.org/Cerebrum/Default.aspx?id=39489> (дата обращения 10.04.2018).
12. Филлипов Д.С. Кризис психофармакологии: этому миру нужны новые таблетки. 30.08.2017. URL: <http://psyandneuro.ru/rubriki/filosofija-nejronauk/krizis-psihofarmakologii-jetomu-miru/#more-307> (дата обращения 10.04.2018).
13. Каннабих Ю.В. История психиатрии. 2-е изд. – М.: Академический проект, 2015. – 426 с.
14. Griesinger W. Ueber psychische Reflexactionen // Archiv für Physiologische Heilkunde. – 1843. – Bd. 2. – S. 76–113.

15. Венгеровский А.И. Фармакология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 736 с.
16. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф. А.Г. Гофмана. 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 720 с.
17. Власова О.А. Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика. URL: [http://modernlib.ru/books/olga\\_vlasova/antipsihiatriya\\_socialnaya\\_teoriya\\_i\\_socialnaya\\_praktika/read/](http://modernlib.ru/books/olga_vlasova/antipsihiatriya_socialnaya_teoriya_i_socialnaya_praktika/read/) (дата обращения 10.04.2018).
18. Геринок Ф. Апология разума. – М.: Летний сад, 2012. – 336 с.
19. Саркисов Д.С. Очерки по структурным основам гомеостаза. – М.: Медицина, 1977. – 352 с.
20. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. – Киев: Здоров'я, 1984. – 152 с.
21. Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. – М.: ИД «Территория будущего», 2010. – 640 с.
22. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я». Феноменология переживания и Райская птичка. – М.: ИОИ, 2016. – 350 с.

*Дата поступления 15.04.2018*



## THE LIMIT TO DEVELOPMENT OF MODERN PSYCHOPHARMACOLOGY AND THE NEED FOR PHILOSOPHICAL RESEARCH IN THE FIELD OF PSYCHIATRY

**Xenia A. Semenyuk**<sup>1</sup>,  
MarcelP@yandex.ru

**Dmitry M. Loos**<sup>1</sup>,  
Loos.d@yandex.ru

<sup>1</sup> Siberian State Medical University,  
2, Moskovsky trakt, Tomsk, 634050, Russia.

**Xenia A. Semenyuk**, Cand. Sc., associate professor, Siberian State Medical University.

**Dmitry M. Loos**, student, Siberian State Medical University.

*Relevance of the study is caused by the need for philosophical research in the field of psychiatry related to the crisis of methodological foundations of this science. From 2006 to 2016, the number of research programs conducted by major pharmaceutical companies in the psychopharmacology field has been decreased by 70 %. The principle of modern drugs action is not far different from that, discovered in the 1950-s. The discoveries were often made by blind empirical way, revealing that research approach in this field was insufficient and even incorrect. Hence the **aim** of the research is to demonstrate the incorrectness and limitations of biological reductionism in the field of psychiatry and the need to find other methodological grounds, which would allow to build a regional ontology of science, oriented to the needs of each individual patient. **Methods**: analytical, hermeneutical, comparative. **Outcomes**. The psychiatry duality, which, on the one hand, is in the natural sciences competence, on the other hand, refers to a man as a human being, endowed with reason, leads to the fact that both of two components should be considered when conducting the research work. Psychiatry can describe causal relations, give explanations, and can break through to the meaning, understand. Elimination of understanding in favor of explanations does not solve the problems of a certain sick person. The way of practice medicine to a particular patient is blocked. Diagnosis in psychiatry requires not only scientific description, but also phenomenological one. The vicious circle caused by the scientific pattern extremes and the biological reductionism in the methodology, leads to disappointing results in the new researches practice, this implies the solution of epistemological and anthropological tasks in philosophy.*

**Key words:** Psychiatry, philosophy, psychopharmacology, biological reductionism.

### REFERENCES

1. Foucault M. *L'histoire de la folie à l'âge classique* [History of Madness in the Classical Age]. Paris, Gallimard, 1972. 591 p. In Fr.
2. Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie: ein leitfaden für studierende, ärzte und psychologen* [General Psychopathology: a guide for students, doctors and psychologists]. Berlin, J. Springer, 1913. 338 s. In Germ.
3. Kosilova E.V. *Psikhiatriya: opyt filosofskogo analiza: monografiya* [Psychiatry: the experience of philosophical analysis: monograph]. Moscow, Prospekt Publ., 2016. 272 p.
4. Dennett D.C. *Content and consciousness*. London, Taylor & Francis, 2002. 216 p.
5. Dennett D.C. *Kinds of minds: Toward an understanding of consciousness*. NY, Basic Books, 1996. 192 p.
6. Bickle J. *Philosophy and neuroscience: a ruthlessly reductive account*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2003. 235 p.
7. Churchland P. *Neurophilosophy at work*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007. 244 p.

8. Churchland P.S. *Neurophilosophy: toward a unified science of the mind-brain*. Cambridge; Massachusetts; London, A Bradford Books. The MIT Press, 1989. 528 p.
9. Churchland P.S. *Brain-Wise: Studies in neurophilosophy*. Cambridge; Massachusetts; London, A Bradford Books. The MIT Press, 2002. 453 p.
10. Why 'big pharma' stopped searching for the next Prozac. *The Guardian*, 27.01.2016. Available at: <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/27/prozac-next-psychiatric-wonder-drug-research-medicine-mental-illness> (accessed 10 April 2018).
11. Hyman S. Psychiatric Drug Development: Diagnosing a Crisis. *Cerebrum*, 02.04.2013. Available at: <https://www.dana.org/Cerebrum/Default.aspx?id=39489> (accessed 10 April 2018).
12. Fillipov D.S. *Krizis psikhofarmakologii: etomu miru nuzhny novye tabletki* [The crisis of psychopharmacology: this world needs new pills]. 30.08.2017. Available at: <http://psyandneuro.ru/rubriki/filosofija-nejronauk/krizis-psihofarmakologii-jetomu-miru/#more-307> (accessed 10 April 2018).
13. Kannabich Yu.V. *Istoriya psikiatrii* [History of psychiatry]. Moscow, Academicheskyy Proekt Publ., 2015. 426 p.
14. Griesinger W. Ueber psychische Reflexactionen [Concerning mental reflex actions]. *Archiv für Physiologische Heilkunde* [Archive for Physiological Medicine], 1843, Bd. 2, ss. 76–113.
15. Vengerovskiy A.I. *Farmakologiya* [Pharmacology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2015. 736 p.
16. *Klinicheskiye razbory v psikiatricheskoy praktike* [Clinical analysis in psychiatric practice] Ed. by A.G. Gofman. Moscow, MEDPress-Inform Publ., 2015. 720 p.
17. Vlasova O.A. *Antipsihiatriya. Sotsialnaya teoriya i sotsialnaya praktika* [Antipsychiatry. Social Theory and Social Practice]. Available at: [http://modernlib.ru/books/olga\\_vlasova/antipsihiatriya\\_socialnaya\\_teorija\\_i\\_socialnaya\\_praktika/read/](http://modernlib.ru/books/olga_vlasova/antipsihiatriya_socialnaya_teorija_i_socialnaya_praktika/read/) (accessed 10 April 2018).
18. Vlasova O.A. *Fenomenologicheskaya psikiatriya i ekzistentsialny analiz: istoriya, mysliteli, problemy* [Phenomenological psychiatry and existential analysis: history, thinkers, problems]. Moscow, Territoriya Budushchego Publ. house, 2010. 640 p.
19. Gerinok F. *Apologiya razuma* [The Apology of Reason]. Moscow, Letny sad publ., 2012. 336 p.
20. Sarkisov D.S. *Ocherki po strukturnym osnovam gomeostaza* [Essays on structural basis of homeostasis]. Moscow, Meditsina Publ., 1977. 352 p.
21. Kornetov A.N., Samokhvalov V.P., Kornetov N.A. *Kliniko-genetiko-antropometricheskie dannye i faktory ekzogennoy ritmiki pri shizofrenii* [Clinico-genetic-anthropometric data and factors of exogenous rhythm in schizophrenia]. Kiev, Zdorovye Publ., 1984. 152 p.
22. Leng R.D. *Raskolotoe «Ya». Fenomenologiya perezhivaniya i Rayskaya ptichka* [The shattered «I». Phenomenology of experience and the Bird of Paradise]. Moscow, IOI Publ., 2016. 350 p.

*Received: 15 April 2018.*