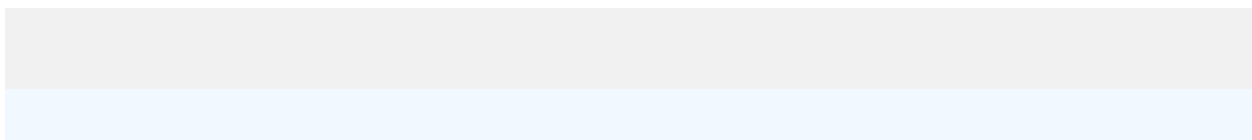


**ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ПО.**

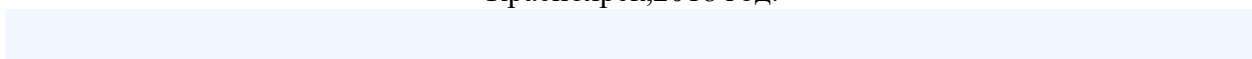
РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Становление современной психиатрии



Проверила:
доц., д.м.н.,
Березовская Марина Альбертовна
Выполнил:
клинический ординатор
2 года обучения
Козловский П.С.

Красноярск, 2018 год.



НОВОЕ ВРЕМЯ. XIX-XX ВЕКА

В XIX веке, после обоснования Ф. Пинелем клинико-психопатологического фундамента психиатрии как науки, именно во Франции, на его родине, стали формироваться истоки клинико-нозологического подхода — основного метода диагностики и систематики. Среди учеников и последователей Ф. Пинеля наиболее крупными были Ж. Эскироль, А. Бейль, Ж. П. Фальре (отец), Е. -Ш. Ласег, Б. Морель, В. Маньян и др., которые основали концептуальное направление французской клинической школы.

К примеру, Ж. Эскироль выделял пять основных форм помешательства: липеманию (или меланхолию), мономанию, манию, слабоумие и имбецильность. По его мнению, именно они выражают родовой характер помешательства. Ж. Эскироль, как и его учитель Ф. Пинель, уделял основное внимание концепции, которая в дальнейшем получила название «психиатрия течения»; в то же время он возражал против будущей теории «единого психоза». Но все же выделенные им психозы, их формы попеременно сменяют друг друга: Ж. Эскироль шел к пониманию нозологической систематики, оперируя понятиями синдромов, болезненных состояний и (в большей степени, чем Ф. Пинель) типами течения психозов. Как полагает В. М. Морозов, работы Ж. Эскироля отвечают начальной клинико-нозологической стадии развития. Нельзя не подчеркнуть, что Ж. Эскироль впервые в истории психиатрии сформулировал научное понятие галлюцинаций: «Человек, который имеет глубокое убеждение в наличии у него в данный момент восприятия, в то время как нет никакого внешнего объекта в пределах досягаемости его чувств, находится в состоянии галлюцинации — это визионер».

Ж. Эскироль, как и Ф. Пинель, в своих теоретических воззрениях решительно стоял на позициях сенсуалистической материалистической философии Кондильяка, продолжавшего традиции Дж. Локка, убежденного сторонника классификационных систем. Существенным вкладом в утверждение нозологического принципа стало выделение А. Бейлем в 1822 году прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, имеющего характерную клиническую картину и исход в слабоумие. Торжество клинической диагностики здесь было очевидным — являющийся причиной болезни специфический возбудитель бледная трепонема был обнаружен в крови С. Вассерманом в 1833 году, а в мозгу его обнаружил Х. Ногуши только в 1913-м. Французские клиницисты и в дальнейшем, продолжая традиции Ф. Пинеля и Ж. Эскироля, успешно использовали клинические наблюдения для уточнения границ отдельных заболеваний.

Ж. -П. Фальре (отец), пожалуй, точнее других коллег-медиков выразил концептуальную идею о значении клинических типов болезни для психиатрической систематики: «Что особенно необходимо изучать у душевнобольных — это ход и развитие болезни; обыкновенно больного обследуют и более или менее тщательно изучают один или два раза, вскоре после поступления его в больницу, а между тем наблюдение должно вестись годами. Тогда мы откроем различные болезни и их фазы, в какие они вступают. Зная ход и характер различных заболеваний, мы будем иметь возможность построить новую естественную классификацию психозов». Такой клинико-динамический подход позволил Ж. -П. Фальре одновременно с Ж. Байарже описать и выделить циркулярное помешательство, или помешательство с «двумя формами», сообщения о которых появились в «Бюллетене Медицинской Академии» за 1853-1854 годы. Затем Э. -Ш. Ласег описал хронический бред преследования — наиболее часто встречающийся в практике вид паранойи с непрерывным течением, обратив внимание на типичность клинической картины. Его исследование существенно дополнил Ж. -П. Фальре, отметив прогрессивно развивающуюся систематизацию бреда и выделив три стадии в развитии бредового симптомокомплекса — инкубацию, систематизацию и стереотипию. Но наряду с разработкой нозологического разделения болезней в XIX веке начало формироваться совершенно иное направление, которое в дальнейшем стали называть концепцией «единого психоза». Термин «единый психоз» в научном понимании начали использовать прежде всего в немецкой психиатрии в 40-60-х годах XIX столетия, хотя истоки данной концепции впервые проявились в трудах Ж. Гислена — «бельгийского Эскироля», как его называли современники. Он полагал, что все психозы проходят примерно одинаковый путь развития, и в этом отношении меланхолия является «фундаментальной формой» — все психозы, по Ж. Гислену, начинаются с меланхолии. Из начальной стадии — меланхолии — в дальнейшем психоз переходит в манию, после чего развивается бред со спутанностью, а затем систематический бред. Конечной стадией психоза является деменция.

Таким образом, нет никакого смысла говорить о различных психических заболеваниях, выделять различные нозологические формы, как это делали французские ученые, последователи Ф. Пинеля и Ж. Эскироля. Идеи Ж. Гислена стали утверждаться в Германии в трудах Э. Целлера, Г. Нейманна, В. Гризингера. Особенно категорично суть подобной концепции выражена в руководстве Г. Нейманна: «Мы считаем всякую классификацию душевных расстройств совершенно искусственным, а поэтому безнадежным предприятием; и мы не верим в возможность настоящего прогресса психиатрии до тех пор, пока не восторжествует единодушное решение — отказаться от всяких классификаций и объявить вместе с нами: есть только один вид душевного расстройства, мы называем его помешательством». Э. Целлер, в больнице которого работал В. Гризингер, также выделял четыре

стадии единого психоза и полагал, что они отражают общепатологические закономерности любого психоза.

В. М. Морозов считал, что В. Гризингер, который уже упоминал термин «симптомокомплекс», развил идею «единого психоза» на более высоком уровне, пользуясь новыми данными анатомии и физиологии. Он утверждал, что различные формы помешательства являются лишь отдельными стадиями одного болезненного процесса, который может остановиться на любом этапе своего развития, но, как правило, прогрессирует от меланхолии к деменции. В. Гризингер проводил разграничение между галлюцинаторно-бредовыми расстройствами с наличием аффективной патологии и истинно бредовыми расстройствами в динамике психоза. Клинически точно В. Гризингер указал на то, что проявления единого психоза обратимы только на стадиях аффективных и аффективно-бредовых расстройств. Как он сам замечал, для него было характерно стремление к «физиологической» характеристике различных стадий «единого» психоза: болезнь начиналась с нарушения аффективной сферы, затем появлялись расстройства мышления и воли, и все завершалось органическим распадом. В последние годы жизни В. Гризингер раздвинул рамки концепции «единого» психоза и вслед за Л. Снеллем признал существование «первичного» бреда, возникновению которого никогда не предшествуют состояния меланхолии или мании.

В России через два года после издания руководства В. Гризингера русский психиатр П. П. Малиновский писал, что у иностранных психиатров встречается множество подразделений помешательства. Он указывал на необходимость различать болезни и их симптомы. Конечно, нет сомнений в том, что учение о «едином» психозе было исторически необходимым. Оно покончило с чисто симптоматической и спекулятивной интерпретацией психических расстройств в предшествующие периоды и поставило учение о психозах на общепатологическую и патогенетическую основу. Данное учение позволило доказать, что все проявления психоза — типичное выражение прогрессирующего болезненного процесса, а это способствовало утверждению принципа «психиатрии течения», заложенного еще Ф. Пинелем и Ж. Эскиролем. Так же, как В. Гризингер в своей работе 1845 года, Г. Модели сконцентрировал внимание на общих закономерностях развития психического расстройства и его течения у конкретных больных. Г. Модели по этому поводу писал: «Особенности психической организации или темперамента имеют более важное значение для определения формы помешательства, нежели производящие причины болезни. Лишь в результате далеко зашедшего помешательства, когда производящая творческая деятельность как высшее отправление высокого и здорового ума нивелируется, тогда выступают общие признаки помешательства для всех возрастов и различных стран».

Современник П. П. Малиновского русский терапевт И. Е. Дядьковский подчеркивал, что лучшая из систем классификации болезней — симптоматическая, а сходство и несходство между болезнями можно определять по их внутренней сущности. Все это еще раз напоминает, что в XIX веке продолжалась своего рода многовековая научная дискуссия, ведущая начало от Книдской и Косской школ эпохи античности по вопросу целесообразности выделения отдельных болезней и их классификации.

Показательно в этом смысле то, что выдающийся исследователь XIX века К. -Л. Кальбаум, предшественник Э. Крепелина, в своей первой монографии о классификации психозовеще не полностью порвал с учением о «едином психозе» и создал свою «типичную везанию», подобно В. Гризингеру и Г. Нейману, с четырьмя характерными последовательными стадиями; позднее он сделал новый шаг в укреплении позиции нозографии в психиатрии, публикуя свои выводы относительно новой, выделенной им болезни — кататонии. Он дал глубокое и подробное обоснование теории и практики клинко-нозологического направления. Его позиция настолько точно аргументирована, что сохраняет свое значение и в настоящее время.

К. -Л. Кальбаум различал болезненный процесс и картину болезненного состояния, психоза; он считал необходимым, пользуясь клиническим методом, изучать все течение болезни, для того чтобы предметно доказать отличие симптомокомплексов от «болезненных единиц». Термин «болезненная единица» был введен К. -Л. Кальбаумом для обозначения нозологической формы на основании учета психопатологических расстройств, физической симптоматологии, течения и исхода болезни, включая все этапы ее развития с разнообразными симптомокомплексами. К. -Л. Кальбаум окончательно сформулировал «психиатрию течения», намеченную французскими исследователями.

В России сторонником нозологического направления в это время был В. Х. Кандинский, который дал высокую оценку работе К. -Л. Кальбаума «О кататонии...» В. Х. Кандинский писал: «Настоящее время, т. е. 70-80-е годы XIX века, есть в психиатрии время замены прежних, односторонних, симптоматологических воззрений, оказавшихся неудовлетворительными, воззрениями клиническими, основанными на терпеливом всестороннем наблюдении душевного расстройства в его различных конкретных или клинических формах, т. е. в тех естественных формах, которые имеются в действительности, а не в искусственных теоретических построениях с учетом одного, произвольно выбранного симптома».

К. -Л. Кальбаум подсказал своему ученику Э. Геккеру идею описания еще одного самостоятельного заболевания — гебефрении, также имеющего характерную клиническую картину с началом в молодом возрасте и исходом в слабоумие. Нельзя не отметить и вклад К. -Л. Кальбаума в общую

психопатологию — описание им функциональных галлюцинаций, вербигераций, конфабуляций. Еще одна клиническая единица, описанная К. - Л. Кальбаумом в 1882 году, — циклотимия, или облегченный вариант циркулярной везании. Его описание отличается тщательностью и полнотой, указанием на благоприятный исход в выздоровление.

В России на нозологических позициях, как мы отмечали, стоял В.Х. Кандинский, который выделил новую нозологическую единицу — идеофрению. Автор аргументировал свое понимание самостоятельности этого заболевания тем, что в его основе лежит нарушение идеаторной, мыслительной функции. Он подразделял идеофрению на простую, кататоническую, периодической формы; позже он включил сюда также острую и хроническую галлюцинаторную формы. Он подчеркивал состояние слабости на завершающем этапе болезни. Представляет большой интерес описание В.Х. Кандинским приступов особого рода головокружений с изменением чувства почвы, ощущением невесомости своего тела и изменения его положения в пространстве, что сопровождается остановкой мышления. Это характерно, по В. Х. Кандинскому, для начальной (острой) идеофрении. Среди хронических случаев идеофрении им были описаны шизофазические состояния. Мышление таких больных, как полагал В.Х. Кандинский, характеризуется рядом «слов или фраз без тени общего смысла... такие люди совсем утратили способность устанавливать между своими представлениями связь».

Изучению психопатологии идеофрении в целом посвящена монография «О псевдогаллюцинациях», что свидетельствует о приоритете русской психиатрии в освещении этой исключительно важной проблемы и о непревзойденности этого исследования, сохраняющего свое значение до настоящего времени. Совершенно очевидно, что идеофрения В. Х. Кандинского стала прообразом будущего понятия шизофрении в немецкой психиатрии в XX веке.

Свои представления о важности нозологического понимания сущности психических заболеваний В. Х. Кандинский отразил в составленной им классификации. Эта классификация с некоторыми изменениями была по докладу автора принята первым съездом отечественных психиатров и невропатологов.

Анализ исторического развития отечественной психиатрии убедительно показывает, что в ней последовательно отстаивались принципы именно нозологической систематики. Основатель московской школы С. С. Корсаков, так же как и В. Х. Кандинский, считал, что выделение определенных форм болезней в психиатрии должно основываться на тех же принципах, что и в соматической медицине. Такая линия представляет собой продолжение развития идей И. Е. Дядьковского, она сближает психическое и

соматическое, и в этом ее прогрессивный характер как цельной концепции патологии.

В.С. Корсаков считал, что «подобно тому, как при соматических болезнях известная, постоянно повторяющаяся совокупность симптомов, их последовательность, смена и анатомические изменения, лежащие в основе болезни, дают возможность выделить отдельные болезненные формы, точно так и при душевных заболеваниях по тому, какие наблюдаются симптомы и в каком порядке они выступают, мы определяем отдельные клинические формы душевных болезней». По мнению С. С. Корсакова, в большинстве случаев мы наблюдаем не один какой-нибудь симптом душевного заболевания, а совокупность симптомов, находящихся в той или иной степени в связи между собой; они складываются в более или менее определенную картину психопатического состояния, различную в разных случаях. Такими примерами психопатического состояния может, по С. С. Корсакову, служить состояние меланхолическое, маниакальное. Картина болезненного процесса складывается из последовательной смены психопатических состояний. Прекрасным подтверждением справедливости таких утверждений можно считать выделение С. С. Корсаковым еще одной новой болезни, которая в дальнейшем была названа его именем. Эта форма болезни есть вариант острой алкогольной энцефалопатии, развивающейся обычно после атипичного алкогольного делирия (белой горячки), и характеризуется сочетанием полиневрита с различной по выраженности атрофией мышц конечностей, а также психическими изменениями в сфере памяти — амнезией, конфабуляцией, псевдореминесценцией.

На XII Международном медицинском конгрессе в 1897 году профессор Ф. Жолли, сделавший доклад о расстройствах памяти при полиневритах, предложил назвать полиневритический психоз болезнью Корсакова. Оригинальные корсаковские наблюдения вскоре были признаны психиатрами всех стран, что объясняется и тем, что старое симптоматическое направление уже не удовлетворяло ученых. С. С. Корсаков раньше Э. Крепелина (во всяком случае, независимо от него) создал своим определением полиневритического психоза нозологическую концепцию, которая являла блестящий пример нового понимания психоза с определенными патогенезом, симптоматикой, течением, прогнозом и патологической анатомией.

Кроме учения о расстройствах памяти, огромное значение имело учение С. С. Корсакова об остро развивающихся психозах, что позволило ему установить совершенно новую болезненную единицу — дизнойю. С. С. Корсаков полемизировал с В. Гризингером, полагая, что представления последнего о том, что всем психозам предшествуют аффективные расстройства, утратило свое универсальное значение. Он приводил историю учения о таких острых психозах, которые начинаются без предшествующих эмоциональных

расстройств. Последовательно были выделены паранойя, разделившаяся на острую и хроническую, галлюцинаторное помешательство (острое) и первичное излечимое слабоумие. Сам С. С. Корсаков полагал, что среди неаффективных психозов существуют три основные формы — аменция Мейнерта, паранойя и преждевременное слабоумие. Из аменции Мейнерта С. С. Корсаков и выделил дизною, которую следует рассматривать как основную предшественницу острой шизофрении. Он подразделил новое заболевание на подгруппы, но дал и общую характеристику всей формы в целом. К основным признакам С. С. Корсаков отнес нарушения интеллектуальной деятельности с расстройством сочетания идей, дефектом ассоциативного аппарата, расстройством со стороны душевного чувства и расстройства в сфере воли.

Совершенно очевидно, что в 1891 году, когда Э. Крепелин еще не заявлял о своей концепции раннего слабоумия, С. С. Корсаков, создавая учение о дизноме и стремясь к выделению «естественных болезненных единиц», подобных прогрессивному параличу, обозначил острые заболевания как аутоинтоксикационные, по его мнению, психозы с правильным формальным восприятием внешнего мира, но с неправильным сочетанием этих восприятий. С. С. Корсаков при этом не основывал свое выделение болезни на специфических конечных состояниях — наоборот, он изучал динамику острых состояний и видел главное в патогенезе, понимая возможность различных исходов — от смерти, слабоумия до выздоровления.

Естественным выражением взглядов выдающегося ученого стала и его классификация психозов, при этом он считал, что систематика должна:

- позволять всякую наблюдаемую форму, хотя бы чисто симптоматическую, обозначить определенным названием;
- удовлетворять главным образом клиническим потребностям, т. е. помогать разделять болезни на формы по особенностям их симптомов и течения;
- не заставлять насильственно втискивать тот или другой случай, не подходящий к точному определению, в узкие рамки установленных форм и тем давать возможность дальнейшего развития знаний относительно отдельных форм душевных болезней.

Выделив три класса заболеваний, С. С. Корсаков особенно полно обосновал дифференцировку психозов и психопатических конституций, противопоставив им скоропреходящие психические расстройства — симптоматические и самостоятельные, а также состояния психического недоразвития. Во втором классе убедительно разграничены те заболевания, которые в дальнейшем составили группу «эндогенной патологии», включая дизною, и «органическую патологию». Классификация С. С. Корсакова

стала для своего времени единственной полной и оригинальной классификацией психических болезней, основанной на принципе нозологии.

В.М. Бехтерев, крупнейший русский невролог-психиатр, также внес значительный вклад в развитие нозологического понимания психических заболеваний. Он стал пионером выделения психопатии, выступив в 1885 году в Казани с обстоятельным докладом по этой проблеме; в последующем он опубликовал работу о судебно-психиатрическом значении психопатии для решения вопроса о вменяемости.

Изучение работ ведущих русских психиатров 80 — 90-х годов XIX века подтверждает, что отечественная психиатрия в это время накопила достаточно большой клинический материал для создания основательного фундамента клинико-нозологической систематики. Эти исследования отличались глубиной и содержательностью, опирались на научно обоснованные подходы к пониманию этиопатогенеза отдельных нозологических единиц (аутоинтоксикация как основа дизнойи, по С.С. Корсакову, «объективная психология» по В.М. Бехтереву). Все это стало предтечей появления на арене европейской психиатрии Э. Крепелина, который, синтезировав опыт, накопленный предшественниками, в самом конце XIX века предпринял революционную попытку утверждения нозологического направления в психиатрии как основы понимания всей психической патологии.

Основной идеей Э. Крепелина была следующая гипотеза: «Течение и исход болезни строго соответствуют ее биологической сущности». Следуя К.-Л. Кальбауму, он избрал прогрессивный паралич своего рода стандартом и поставил своей задачей из аморфной массы всего остального клинического материала выделить такие же резко очерченные нозологические формы. Эти идеи были высказаны им в IV издании учебника «Психиатрия», вышедшем в 1893 году, хотя еще не были в то время окончательно им сформулированы. Однако уже в этой книге Э. Крепелин утверждал, что периодическая мания и циркулярный психоз родственны между собой. Э. Крепелин показал, что течение кататонии имеет роковой исход для больных, и, несмотря на возможность в некоторых случаях практического излечения, пристальное наблюдение опытного психиатра всегда позволяет обнаружить при этом неизгладимые черты разрушительного процесса, который он обозначил термином «ферблудунг» («поглупение»). К числу таких же процессов он отнес и гебефрению Геккера, и простое слабоумие Дима, и бредовые психозы с систематической эволюцией Маньяна. Всю эту патологию Э. Крепелин объединил как самостоятельную нозологическую форму прогрессирующего психического заболевания, которая была им обозначена как «раннее слабоумие». По течению и прогнозу автор противопоставил раннему слабоумию маниакально-депрессивный психоз как заболевание, при котором

чередуются фазы мании и депрессии, но при этом не развивается характерное для раннего слабоумия «поглупение».

27 ноября 1898 года Э. Крепелин выступил с докладом на тему: «О диагнозе и прогнозе деменции прекокс», а в 1899 году в VI издании своего «Учебника психиатрии» ввел новое название циркулярной болезни — маниакально-депрессивный психоз. Таким образом, была создана дихотомия двух основных эндогенных заболеваний, различающихся прогнозом — неблагоприятным при раннем слабоумии и благоприятным при маниакально-депрессивном психозе. Паранойю Э. Крепелин выделил в самостоятельную форму заболевания, так как при ней он не нашел признаков заключительного слабоумия.

То, что совершил Э. Крепелин в последние годы XIX столетия, произвело коренной переворот в клинической психиатрии, так как его идеи стали распространяться в разных странах, в том числе и в России, где они были приняты большинством врачей-психиатров (кроме В.П. Сербского). Психиатрическая нозология вышла на первый этап своего развития, что определило перспективу изучения проблем науки в XX веке.

Исключительная научная эрудиция Э. Крепелина позволила ему полно разработать очень стройные концепции и создать классификацию, сохранившую свое значение как образец логически последовательной методической разработки. Сокращенная классификация Э. Крепелина, так называемая малая схема, легла в основу номенклатуры, принятой для отчетов в русских психиатрических больницах. С.С. Корсаков при создании русской национальной классификации включил в нее основные позиции крепелиновской систематики, которая у Э. Крепелина выглядела так:

- Душевные расстройства при травматических повреждениях мозга.
- Душевные расстройства при других органических заболеваниях мозга.
- Душевные расстройства при отравлениях.
- А. Алкоголизм.
- Б. Морфинизм и другие наркомании.
- В. Отравления ядами при нарушении обмена веществ (уремия, диабет и др.).
- Г. Расстройства функций эндокринных желез (кретинизм, микседема и др.)
- Душевные расстройства при инфекционных болезнях (тифе и пр.).

- Сифилис мозга, включая табес. Прогрессивный паралич помешанных.
- Артериосклероз. Пресенильные и сенильные душевные расстройства.
- Генуинная эпилепсия.
- Шизофрения (формы раннего слабоумия).
- Маниакально-депрессивный психоз.
- Психопатии (навязчивые состояния, психоневрозы, патологические характеры).
- Психогенные реакции, включая истерические (реактивные психозы, травматический и военный невроз, неврозы испуга, ожидания и пр.).
- Паранойя.
- Олигофрения (идиотизм, имбецильность и пр.).
- Неясные случаи.
- Психически здоровые.

Список литературы.

1. Психиатрия. Учебник. Коркина М.В.Лакосина Н.Д. Личко А.Е. М. ,2005.
2. История и эпистемология пограничной психиатрии. Овсянников С. А. , М., 2005.
3. Клиническая психиатрия под ред. Т.Б.Дмитриевой Руководство для врачей. М., 2009.
4. Диагностика психических нарушений Практикум Ю.Г.Демьянов СПб., 2009.
5. Общая психопатология А.О.Бухановский, Ростов - на – Дону,- 2008.
6. Гиндикин. В.Я. Психиатрия М., 2001.
7. Авербух Е.С. Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии Л., 2012.

8. Нарушения и патологии психики. Р. Комер. М., 2002.
9. Каплан Г.И. Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия М.,2004.
10. Карл. Ясперс. Общая психопатология. Практика. М., 2011.
11. Гиляровский В.А. Руководство для врачей и студентов.- М., 2008.
12. Оценка и документация психопатологических данных. Учебно-методическое пособие Яковлев В.А. Москва 2009
- 13.