

Оглавление

1. Введение	2
2. Представления о психических болезнях в античности. Терминология	6
3. Представления о психических болезнях в медицине эпох возрождения и просвещения	13
4. Новое время	17
5. Классификация психических болезней в новое время	24
6. Создание международной классификации	25
7. Литература	31

ВВЕДЕНИЕ

Изучению истории психиатрии в нашей стране уделяется недостаточное внимание. Многие считают эту тему второстепенной и не значимой для практического врача. На самом же деле история психиатрии включает в себя полный свод теоретических и практических знаний, история психиатрии — это психиатрия в целом, с ее категориальным аппаратом, методологией психопатологической диагностики и лечения психических заболеваний. Естественно, что хорошо подготовленный врач должен обладать широким спектром знаний в своей профессиональной области, именно это позволяет ему мыслить клинически, что очень важно для точной диагностики.

История психиатрии рассматривает и анализирует ряд важнейших аспектов развития науки, прежде всего, конечно, аспект хронологический, включающий в себя знание важнейших исторических дат, определяющих этапы развития науки. Так, известно, что Й. Рейль в 1803 году ввел в обращение термин «психиатрия», с тех пор в течение 200 лет происходят непрерывное накопление и систематизация данных в области психопатологии. Существуют многие другие важные исторические вехи, знаменующие успехи психиатрии. В 1822 году А. Бейль клинически обосновал выделение прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, что послужило стимулом развития нозологического направления. То же можно сказать по поводу описанного в 1896 году Э. Крепелином «раннего слабоумия», выделения Э. Блейлером в 1911 году «группы шизофрений» и др. Не менее важным является персонологический аспект, подразумевающий доскональное знание той исторической роли, которую играли в психиатрии выдающиеся врачи, ученые, определившие формирование важнейших направлений в развитии психиатрии как науки. С именем Ф. Пинеля связано создание основ научной психиатрии. Он освободил психически больных от оков, уничтожив так называемый синдром цепей, что позволило изучать проявления психозов в естественных условиях. Именно Пинель разработал простую и удобную классификацию психозов, впервые выделив «манию без бреда» (психопатия) и определив судебно-психиатрическую оценку этих больных. На склоне лет он стал академиком и консультантом императорского двора Наполеона.

Ученики и последователи Ф. Пинеля Ж. Эскироль, А. Фовиль, Ж. Фальре, Ж. Байярже, Е. Ласег и др. развивали нозологический подход.

Неоценим вклад в науку Б. Мореля (работы 1857 года), основателя концепции эндогенных психозов и ведущих принципов психогигиены.

Уже в XX веке, в 1957 году, Г. Делей и П. Деникер стали «пионерами» психофармакологии.

Немецкий ученый В. Гризингер ввел понятие «симптомокомплекс» («синдром»), описал «навязчивое мудрствование», разработал концепцию «единого психоза», раскрыв общую закономерность этапной смены психопатологических синдромов при развитии психозов (работы 1845 года).

Огромный вклад в психиатрическую науку внес К. -Л. Кальбаум, основоположник «психиатрии течения», описав в 1874 году кататонию (известную как болезнь Кальбаума) и выделив в 1871 году совместно со своим учеником Э. Геккером гебефрению.

Русские ученые С. С. Корсаков и В. М. Бехтерев стали основателями ведущих направлений в изучении психической патологии, создателями московской и петербургской школ психиатрии. Описанный С. С. Корсаковым в 1887 году амнестический симптомокомплекс (корсаковский синдром) — первое научное определение органического психосиндрома, а его концепция «дизнойи» — прообраз будущего учения о шизофрении. В. Х. Кандинский в уникальной работе «О псевдогаллюцинациях» (1890) раскрыл научную сущность этого важнейшего психопатологического феномена. Впоследствии по предложению А. Эпштейна и А. Перельмана в клиническую практику было введено понятие «синдром Кандинского—Клерамбо». Оно используется до настоящего времени для обозначения синдрома психического автоматизма.

Естественно, что изучение книг и публикаций крупнейших ученых — неотъемлемая часть профессиональной подготовки любого врача-психиатра.

Третьим, пожалуй, наиболее значимым разделом истории психиатрии можно считать концептуальный аспект — «концептуальное направление», изучающее формирование важнейших теорий, которые объясняют сущность психических заболеваний. К ним относятся концепция эндогенных и экзогенных болезней (выделены П. Ю. Мебиусом в 1893 году), концепция противопоставления «органических» и «функциональных» психозов, концепция «единого психоза» и «нозологического подхода». По мере развития психиатрии менялись направления концептуальных исследований, трансформировались подходы к их разрешению, но оставались неизменными и основополагающими «вечные», фундаментальные проблемы. К их числу относится прежде всего проблема систематики, таксономии.

Именно вопросы классификации в психиатрии в настоящее время являются не только наиболее актуальными, но и чрезвычайно острыми, так как они определяют ее теоретический фундамент, практическую направленность, социальную значимость, ближайшие и отдаленные перспективы развития как медико-социальной науки. Этим и вызван наш особый интерес при изложении истории психиатрии к данному ее разделу, наиболее важному в настоящее время.

Здесь уместно отметить, как писал Э. Я. Штернберг, ссылаясь на известного терапевта Л. Креля, что «настоящая наша систематика носит на себе следы и рубцы своего исторического развития». Именно поэтому историко-клинический анализ проблемы в полной мере способствует ее раскрытию и позволяет получить представление о глубинных процессах, лежащих в ее основе.

Систематика как таковая представляет собой область знания, в рамках которой решаются задачи упорядоченного определенным образом обозначения и описания всей совокупности объектов, образующих некоторую сферу реального. Систематика необходима во всех науках, которые имеют дело со сложными, внутренне разветвленными и дифференцированными системами объектов: в химии, биологии, языкознании, в медицине как науке биологической, в том числе и в психиатрии.

Систематика заболеваний, или номенклатура болезней, тесно связана с нозологией, под которой традиционно понимали раздел патологии, включающий общее учение о болезни (общая нозология), а также изучение причин (этиология), механизмов развития (патогенез) и клинические особенности отдельных болезней (частная нозология), классификацию и номенклатуру болезней. Однако нозология в таком понимании не имеет четко очерченных границ с понятием «патология». В современной медицинской

литературе обычно употребляется понятие «нозологический подход», трактуемое как стремление клиницистов и представителей теоретической медицины к выделению нозологической формы, для которой характерны определенная причина, однозначный патогенез, типичные внешние клинические проявления и специфические структурные нарушения в органах и тканях.

В 1761 году Дж. Морганьи выделил лихорадки, хирургические (внешние) болезни и заболевания отдельных органов, положив начало научной нозологии.

Успехи патологической анатомии, неразрывно связанные с работами Р. Вирхова, и бактериологии (Л. Пастер) позволили развить морфологическое и этиологическое направления диагностики и провести органно-локалистическую классификацию болезней, например для клинической терапии. Однако «линейный» принцип (одна причина дает одинаковые болезни), как показал И. В. Давыдовский, оправдывается не во всех случаях.

Были обнаружены бациллоносители, остававшиеся всю жизнь (как это ни парадоксально) здоровыми; различные симптомы, течение и исход болезни у разных лиц, зараженных одним и тем же возбудителем, и наоборот, одинаковое проявление патологии, обусловленной совершенно разными причинами, — так называемая эквивифинальность.

Такие сложные взаимоотношения между этиологическими факторами, патогенетическими механизмами и клиническими проявлениями достаточно характерны для психических расстройств, что создает особые трудности при решении проблем систематики, классификации и диагностики.

Трудности классификации болезней вообще (и в психиатрии — в частности) отмечает R. E. Kendell: «... Мигрень и большинство психических заболеваний суть клинические синдромы, констелляции симптомов, по Т. Сиденгаму. Митральный стеноз и холецистит выделяются, исходя из патофизиологических особенностей. Опухоли всех видов систематизируются, руководствуясь гистологическими данными. Туберкулез и сифилис — на основе бактериологических данных. Порфирия — на основе биохимических исследований. Миастения гравис — на основании физиологического расстройства функций; болезнь Дауна — особенностей хромосом. Классификация болезней похожа на старый дом, меблировка которого состоит из новой пластиковой мебели, стекла при сохранении комодов времен Тюдора и кресел викторианской эпохи».

История развития психиатрии показывает, что по мере накопления знаний о клинике и течении различных видов патологии, уточнения причин возникновения основных психопатологических симптомокомплексов, определения их клинических границ менялось представление о сущности заболеваний, становились другими подходы к их систематике, что трансформировало и номенклатуру психозов.

Прогресс в разрешении проблемы систематики и нозологии в психиатрии отражает общий прогресс биологии и медицины, что связано как с углублением клинко-психопатологических исследований, так и с современными достижениями смежных наук — психологии, биологии, генетики — прежде всего молекулярной. Это свидетельствует о том, что при анализе рассматриваемой в нашем исследовании проблемы историко-клинический подход реализуется в ключе эпистемологии, в русле методов науковедческого характера (В. М. Морозов, С. А. Овсянников, 1995).

Действительно, расшифровка механизмов формирования многих клинических картин требует более точных методов параклинического исследования, которые

позволяют визуализировать деятельность мозга, сложных семейно-генетических исследований, молекулярно-генетической диагностики. В настоящее время успешно решена задача расшифровки генома человека. Последняя декада XX столетия, объявленная ВОЗ «декадой мозга», стала заключительным этапом в этом отношении — теперь все, что касается «анатомии» генома, изучено в полном объеме

Тем не менее всестороннее представление о динамике и настоящем состоянии систематики, ее перспективах нельзя получить без историко-эпистемологического анализа, без детального рассмотрения того, как на разных этапах развития психиатрии (начиная с античности, а затем в эпоху Средневековья, в блистательные периоды Возрождения и Просвещения) происходило формирование и становление взглядов на вопросы психопатологии, систематики и нозологии; как менялись основные парадигмы научной психиатрии, в центре которой неизменно оставались вопросы уточнения отдельных заболеваний, разделения нозологических единиц; как нозологическое направление развивалось параллельно с симптомологическим, как решались проблемы общего (нозология) и частного (симптоматология) в науке.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В АНТИЧНОСТИ. ТЕРМИНОЛОГИЯ. ПОПЫТКИ СИСТЕМАТИЗАЦИИ

В медицине античности — периода, который охватывает промежуток от V в. до н.э. вплоть до V в. н.э., — психиатрии как самостоятельной науки еще не существовало, но проявления душевных заболеваний уже были в то время известны. Эти расстройства с интересом изучали врачи того времени, многие из которых также были знаменитыми философами своей эпохи (Эмпедокл, Аристотель, Теофраст, Демокрит и др.).

Что же касается вопросов систематизации в психиатрии античности, необходимо сказать, что уже в то время, т. е. в пору глубокой древности, началась горячая полемика между двумя направлениями изучения болезней относительно их классификации, между двумя различными школами.

Одно из этих направлений формировалось в работах ученых Книдской школы, продолжавшей традицию вавилонских и египетских врачей (Эврифон, Ктезий и др.). Эврифон и Ктезий были современниками Гиппократом. Эврифон в течение семи лет находился в плену у персов, стал впоследствии любимцем Артаксеркса Мнемона и был послан им в качестве посла к грекам. Ктезий, родственник Гиппократом, также жил при персидском дворе и был известен своим современникам историческими описаниями Персии и Индии, отрывки которых привел Фотиус. Об основных положениях Книдской школы известно немного, однако именно представители этой школы выделяли комплексы болезненных симптомов и описывали их как отдельные болезни, причем слишком тщательно разделяли отдельные болезненные формы органов. Они отстаивали необходимость именовать болезни, и в этом отношении достигли определенных результатов. Как отмечает Г. Гезер, последователи Книдской школы описали, например, семь видов заболевания желчи, двенадцать видов заболевания мочевого пузыря, три вида чахотки, четыре вида болезней почек и др. Таким образом, на первый план здесь ставился диагноз болезни, большое значение придавалось самостоятельности заболевания.

История Косской школы связана прежде всего с именем Гиппократом, который был современником Эврифона (V в. до н.э.) и работал во времена Перикла в Афинах. Гиппократ вполне заслуженно считается «отцом» клинической медицины, так как он первым стал утверждать, что болезни не есть порождение «зла», а происходят от конкретных естественных причин. В отличие от представителей Книдской школы, Гиппократ сосредоточил основное внимание не на диагнозе болезни, а на ее прогнозе. Он яростно критиковал Книдскую школу, ее стремление дробить болезни и ставить разнообразные диагнозы. Для Гиппократом важнее названия болезни было общее состояние каждого больного, которое он считал необходимым изучать во всех деталях; именно это, по его утверждению, — залог правильного прогноза заболевания.

Высокую степень развития в сочинениях Гиппократом обнаруживает психиатрия. По его мнению, душевные болезни объясняются исключительно телесными причинами и заболеваниями мозга. Во всяком случае телесные болезни, связанные с помешательством, например френит, истерия, эпилепсия, нередко отличаются от душевных болезней в общем смысле. Гиппократ и его последователи различали главным образом две основные формы помешательства: «меланхолию» и «манию». Эти наименования, как полагают многие историки медицины, были известны еще до Гиппократом и сохранились до настоящего времени. Под «меланхолией» (в переводе с греч. — черная желчь) понимали все формы помешательства, происходящие от избытка черной желчи, в том числе и сумасшествие в самом прямом смысле. «Мания» (в переводе с греч. — неистовствовать, предугадывать, прорицать) обозначала сумасшествие вообще. Термином «френит»

обозначались острые болезни, протекающие при нарушении деятельности мозга, происходящие на фоне лихорадки, часто «с хватанием мушек и малым частым пульсом».

В историях болезней, приводимых в гиппократовском сборнике, даны описания больных, страдающих манией и меланхолией; клиническая наблюдательность Гиппократ не позволила ему оставить без внимания этот факт. Гиппократ отметил, что у одного и того же больного попеременно наблюдались то состояния мании, то приступы меланхолии. Однако он не делал выводов о том, что эти приступы суть одной и той же болезни, при которой возникают полярно противоположные расстройства настроения. В то же время Гиппократ стал использовать различные обозначения для определения помешательства с бредом. В связи с этим один из авторитетных исследователей творчества Гиппократ французский историк Демар считает, что основатель медицины впервые разработал номенклатуру бредовых состояний. Гиппократ среди них выделял такие, как «парафронейн» (бред вообще), «паракронейн» (галлюцинирование, сильная степень бреда), «паралерейн» (бред, бессвязная речь), «паралегейн» (заговаривание, меньшая степень бреда); эти типы упоминаются в гиппократовском сборнике «Эпидемии».

Если сравнить древнеантичный термин Гиппократ «паралегейн» с современным термином «паралогическое мышление», то можно увидеть, что Гиппократ, по-видимому, описывал те же характерные для бредовых больных расстройства мышления и речи, которые мы наблюдаем и сегодня в нашей практике.

Особой заслугой *Гиппократ* является расшифровка сущности «священной болезни», или эпилепсии. Он писал: «Относительно болезни, называемой священной, дело обстоит таким образом: насколько мне кажется, она не божественнее, не более священна, чем другие, но имеет ту же природу происхождения, как и прочие болезни».

В тех же работах он отмечал отдельные «психические отклонения» при эпилепсии, которые похожи на безумие у других больных, а именно то, что «эти больные иногда во сне рыдают и кричат, другие задыхаются, иные соскакивают с постели и бегут вон и бродят, пока их не разбудят, а потом здоровы, как и прежде, в рассудке, но бледны и слабы; и это не один раз с ними бывает, а часто». Гиппократ делает очень ценные замечания по поводу происхождения эпилепсии, полагая, что болезнь, как и все другие, — наследственная: «ибо, если от флегматика рождается флегматик, от желчного — желчный, от чахоточного — чахоточный..., то что препятствует для этой болезни, если одержимы были ею отец и мать, появиться у кого-либо из потомков?» В самом деле, — размышляет автор, — так как рождение происходит от всех частей тела, то от здоровых оно будет здоровое, а от болезненных — болезненное. Кроме того, по Гиппократу, есть еще другое великое доказательство, что эта болезнь несколько не божественнее прочих болезней, — эта болезнь «является у флегматика по природе, а у желчных совершенно не случается. А между тем, если бы она была божественнее других, должно было бы, чтобы она случалась одинаково у всех и не делала бы различия между желчными и флегматиками». Причина же этой болезни, как писал Гиппократ, есть мозг. Чаще болезнь, полагает «отец медицины», начинается в детском возрасте, тогда прогноз ее хуже, многие из таких детей умирают; те, кто заболевает после 20 лет, имеют лучший прогноз, они предчувствуют припадок и поэтому убегают от взора человеческого и спешат домой, если это близко, в противном случае — в уединенное место. И это они делают, стыдясь своей болезни, а не от страха перед божеством, как большинство думает. Но дети сначала вследствие непривычки падают, где придется; когда же чаще поражаются болезнью, то, предчувствуя ее, бегут к матерям вследствие боязни и страха болезни, ибо стыда они еще не чувствуют. Мнение Гиппократ о чрезмерной «влажности» мозга при эпилепсии и чрезмерной

«сухости» при других психозах основывалось на учении того времени о соках организма, их правильном («кразия») или неправильном («дискразия») смешении. Учение о «кразе» — основа учения о темпераментах, и уже Гиппократ упоминает не только о болезни меланхолии, но и о меланхолическом темпераменте. Меланхолики отличаются преобладанием робости, грусти, молчаливости. На почве этого темперамента нередко возникает и болезнь: «Если чувство страха или малодушия продолжается слишком долго, то это указывает на появление меланхолии. Страх и печаль, если они долго длятся и не вызваны житейскими причинами, происходят от черной желчи». «Тихие» помешательства также были известны Гиппократу. В. П. Осипов подчеркивает, что «отец медицины» обращал внимание не только на «буйные» расстройства психики с бредом, возбуждением (мания), но также впервые употребил термин «гипомайноменой» для обозначения «спокойного» помешательства, в котором преобладают стремление к уединению, неразговорчивость, страхи, грусть. Такие заболевания в последующем сформировали область малой, «пограничной» психиатрии, а ее истоки мы находим в медицине и философии античности.

Точно так же Сократ, как об этом писал его ученик Ксенофонт, отделял состояния, которые он называл «мегалопаранойей», от состояний, терминологически обозначенных им «микрондиамартанейн». Паранойя чаще рассматривалась как один из типов «тихого» помешательства, еще Пифагор (VI в. до н.э.) противопоставлял паранойе как состоянию болезненному дианою как состоянию здорового ума.

Но, безусловно, и медики, и философы, и историки времен античности прежде всего обращали пристальное внимание на острые проявления безумия. В этом смысле особенно интересны высказывания Геродота, современника Гиппократа, родоначальника исторической науки, который описывал случаи психического заболевания (именно слово «заболевание» он использовал в своей книге) у спартанского царя Клеомена: «Спартанский царь Клеомен после утомительного путешествия вернулся в Спарту и заболел помешательством. Впрочем, он и раньше не совсем был в здравом уме — каждый раз при встрече с кем-нибудь из спартанцев он бросал им в лицо палку. Ввиду такого поведения родственники посадили Клеомена в колодки, как помешанного. Находясь в заключении, он заметил однажды, что страж при нем остался один и потребовал у него меч: тот сначала отказался, но Клеомен стал угрожать ему наказанием впоследствии, и под страхом угроз страж подал ему меч. Взявши меч в руки, царь стал изрезать себя в полосы, начиная с бедер, а именно он резал на себе кожу в длину от бедер до живота и поясицы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полоски, и так умер». Причину такого помешательства, по Геродоту, называли сами спартанцы, которые прекрасно знали все обстоятельства жизни царя: при каждом приеме иностранных послов и по всякому поводу вообще он неумеренно пил неразбавленное вино, так что Клеомен заболел от пьянства. Отсюда видно, что древние эллины отмечали силу внешних (экзогенных), в частности алкогольных, факторов, могущих вызвать помешательство.

У Геродота мы находим сведения о другом больном, который страдал эпилепсией и характеризовался крайней жестокостью. Речь идет о персидском царе Камбизе, который без всякого повода убил стрелой сына одного из своих придворных. При этом Геродот подчеркивал, что дух не может быть здоров, если тело больное.

Не только действие алкоголя, но действие наркотических веществ, как это в настоящее время определяется, было также подмечено Геродотом: «В Скифской земле произрастает конопля — растение очень похожее на лен, но гораздо толще и крупнее. Этим конопля значительно превосходит лен. Ее там разводят, но встречается и дикорастущая конопля. Фракийцы изготавливают из конопли даже одежды, настолько

похожие на льняные, что человек, не особенно разбирающийся, даже не отличит — льняные ли они или из конопли. Взяв это конопляное семя, скифы подлезают под войлочную юрту и затем бросают его на раскаленные камни. От этого поднимается такой сильный дым и пар, что никакая эллинская баня (паровая) не сравнится с такой баней. Наслаждаясь ею, скифы громко вопят от удовольствия». Необходимо отметить, что неразбавленное вино, которое употреблял Клеомен, как писал Геродот, также использовалось скифами, это у греков называлось «пить по-скифски», так как эллины употребляли вино обычно разбавленным.

Анализ сочинений Гиппократов, одного из основоположников Косской школы, показывает, что наблюдения за больными, страдающими психозами, производились без очевидного стремления к их систематизации, но все же основные виды психозов — мания, меланхолия, френит, паранойя — обозначались различными терминами, описывались даже типы бредовых помешательств. Г. Шюле в связи с этим писал: «Он (Гиппократ) знал уже меланхолию и манию, сумасшествие после острых лихорадочных болезней, после падучей и родовых процессов, ему были известны также запойный бред и истерия, а из отдельных симптомов — предсердечная тоска и слуховые галлюцинации. От его взора не ускользнуло значение психопатического темперамента, который не есть настоящее помешательство».

Действительно, Гиппократ не только описывал острые психозы, но вслед за Эмпедоклом (VI в. до н.э.) стал синкретистом, продолжателем формирования концепции об эуказии (норма) и дискразии (патология). В. М. Морозов считает, что Эмпедокл оказал влияние на гиппократиков, и четыре жидкости Гиппократов (слизь, кровь, черная и желтая желчь) — это дальнейшее развитие концепции Эмпедокла, основа гуморальной патологии и фундамент учения о темпераментах как проявлениях особых свойств личности, не относящихся к психозу, помешательству. В своей книге «Эпидемии» Гиппократ приводит клинические случаи, которые, безусловно, можно трактовать как современные нам «невротические» расстройства. Например, болезнь Никанора он описывает так: «...отправляясь на пирушку, он (Никанор) испытывал страх перед звуками флейты; слышав на пиру первые звуки ее, он переживал ужас; он говорил всем, что с трудом мог сдержать себя, если это было ночью; днем же, слушая этот инструмент, он не испытывал никакого волнения. Это продолжалось у него долгое время».

Л. Менье в руководстве по истории медицины также обращает внимание на то, что Гиппократ, будучи тонким наблюдателем жизни, выделял особые психические расстройства у жителей больших городов и объяснял происхождение таких болезней воздействием цивилизации — это страхи, меланхолия, т. е. такие состояния, которые в настоящее время относят к неврозам, или расстройствам личности.

Ю. Белицкий писал, что Гиппократ описывал клинические случаи «истерии», придерживаясь «маточной» теории, которая была заимствована греками у древних египтян: «Если матка направляется к печени, женщина тотчас же теряет голос; она стискивает зубы и становится черной. Особенно часто болезнь бывает у старых дев и молодых вдов, которые, имея детей, не выходят больше замуж».

Все это доказывает, что Гиппократ и приверженцы его школы рассматривали ряд болезненных состояний психики как особые болезни, а среди них отмечали не только «буйные» проявления психозов (манию, меланхолию), но и те, которые обозначались как гипопсихотические (гипомайноменой) и фактически относились к пограничным расстройствам психической деятельности.

Философы античности также обращали внимание на разные отклонения при душевных заболеваниях. Здесь можно упомянуть в первую очередь Пифагора и представителей пифагорейской школы, которые формировали основные начала энциклопедических знаний о нормальной душевной деятельности и некоторых отклонениях от нее в виде различных реакций; при этом использовались разнообразные системы тренировки, воспитания духа, а также методы лечения, при которых возможен «катарсис» (очищение), в частности музыка, музыкотерапия (VI в. до н.э.). Алкмеон Кротонский, ученик Пифагора (500 г. до н.э.), основным условием и фундаментом здоровья полагал «демократическое равноправие» («исономия») в отношении элементарных сил; в то же время, по Алкмеону, «монархия», или превалирование чего-то одного в организме, вызывает болезнь, поскольку «монархия» одной из двух противоположностей пагубна для другой. Такая «монархия», или дисгармония в душевной сфере, может привести к душевному расстройству с локализацией в боковых желудочках мозга, о которых Алкмеон уже знал. Сократ вслед за Пифагором учил, что философия как любовь к мудрости предстает как любовь к божественной мудрости. В своих речах он неоднократно обращался к понятию разума и безумия, анализируя нормальную деятельность души, психики и отклонения от нормы.

Психиатрические взгляды Сократа отражены достаточно ясно в работе его ученика Ксенофонта, посвященной памяти незабвенного учителя. Безумие, по мнению Сократа, составляет противоположность мудрости. Здесь он рассуждал, как Пифагор, который различал два понятия: «дианойя», нормальное состояние психики, противопоставлялась «паранойя» — безумию. Сократ не считал безумием незнание. Но если кто не знает самого себя (старая греческая мудрость — «познай себя») или составляет себе мнение о том, чего не понимает, то это, как полагал Сократ, граничит с безумием. Такое суждение философа свидетельствует о признании им состояний, пограничных с безумием или психозом. По мнению Сократа, безумие есть совершенное отступление от общепринятых понятий, или «мегалопаранойя», а незначительное отступление от понятий «толпы» есть «микрондиамартанейн» — расстройство, близко примыкающее к безумию, граничащее с ним.

Вывод, который можно сделать из «психиатрических» воззрений Сократа, таков: незнание, или «анэпистемосине», качественно отлично от мании, или безумия, но существуют состояния, пограничные с ним, их нельзя отождествлять с полным здоровьем.

Демокрит, современник Гиппократов и Сократа (V в. до н.э.), основатель античной атомистики, в своей «Этике» также рассмотрел ряд «психиатрических» проблем. Он определил состояние душевного равновесия, покоя (норма) как «эутимию», или благодушие. Он отмечал, что люди, отвечающие этому требованию, «всегда стремятся к справедливым и хорошим делам», поэтому такие люди «и наяву, и во сне бывают радостны, здоровы и беззаботны». Он противопоставлял «эутимии» состояния душевной несдержанности — такие, как стремление «оскорблять других, завидовать им или следовать бесплодным и пустым мнениям». В размышлениях Демокрита можно найти и его понимание взаимосвязи психического и телесного, воздействия души на тело. Считая душу причиной бедствий тела, он пояснял: «Если бы тело обвинило душу во всех страданиях, которые оно претерпело, и мне самому (Демокриту) по воле судьбы пришлось бы выступить в этой тяжбе, то я охотно осудил бы душу за то, что она погубила тело отчасти своим небрежным к нему отношением и расслабила его пьянством, отчасти же испортила его и привела к гибели своей чрезмерной любовью к наслаждениям, подобно тому, как в случае, если бы какой-нибудь инструмент или сосуд находился в плохом состоянии, он обвинил бы того, кто, пользуясь им, небрежно с ним обращается». Эти пространственные высказывания философа свидетельствуют о начальных попытках

установления психосоматических расстройств, которые в настоящее время входят в сферу изучения пограничной психиатрии. В «Этике» Демокрит прямо определял те признаки душевных свойств, особенностей психики, которые отклоняются от обычных и теперь трактуются как характерологические стигмы, психопатии, расстройства личности: «А те души, движения которых совершают колебания между большими противоположностями, не суть ни спокойны, ни радостны». И здесь же резюмировал: «... если перейдешь меру, то самое приятное станет неприятным». В качестве способа избавления от неправильных движений души Демокрит предлагал философское созерцание мира, он считал, что если врачебное искусство исцеляет болезни тела, то освобождает душу от страстей именно философия.

Все философы и врачи «эпохи Гиппократова» в общем виде описывали различные душевные отклонения, это были первые робкие попытки их подразделения, расшифровки, что намечало дальнейшие пути более подробного и тщательного описания.

После «гиппократиков» обширные данные из области психиатрии были накоплены Асклепиадом, оппозиция которого Гиппократу дает себя знать и в этой области. На первый план он ставил психическое лечение, музыку, холодные ванны, между тем как кровопускание и подобные ему «энергические» средства отвергал. Большой самостоятельностью отличаются заметки, касающиеся душевных заболеваний, у Цельса. Он прибавляет к прежде известным формам мании меланхолию, галлюцинации (сам термин он не ввел, обозначая феномен как «обманчивое воображение»), нелепые идеи и идиотизм («мория»).

Однако самым важным из наследия древних врачей по душевным болезням можно считать то, что сохранил Целий Аврелиан (несомненно, из сочинений Сорана). Здесь проявилась точка зрения методиков, которая выражалась в разделении болезней на экзальтированные и угнетенные состояния. Такая классификационная дихотомия «экзальтация — угнетение», по-видимому, является одной из первых в истории медицины, она относится к тому периоду, когда психиатрия как наука еще не существовала.

Нельзя не отметить вклад в изучение рассматриваемой проблемы еще одного гиганта философской мысли античности, современника Гиппократова и Демокрита, ученика Сократа — Платона. Правда, он рассматривал в основном лишь те состояния, которые в дальнейшем стали относиться к области психологии и пограничной психиатрии. А. Ф. Лазурский считает, что Платон был первым, кто подошел к проблеме характера, и, хотя сам он не ввел этого термина (несколько позже это сделал Теофраст — ученик Аристотеля), но предпринял первую попытку классификации типов душевного склада. Воззрения философа по этому вопросу были тесно связаны с его учением об отношении души к телу. По Платону, в человеческой душе надо различать две стороны: более возвышенную, происходящую из мира идей, где она существовала до соединения с телом, и более низменную, являющуюся результатом воплощения идеальной части души и умирающую вместе с телом. Вторая половина души делится на две части. Таким образом, Платон делит душу на три части. Из них первая (сверхчувственная) является чистым познанием и помещается в голове. Вторая, более благородная половина низменной души, представляет собой источник мужества или честолюбия и локализуется в груди. Наконец, третья, самая низменная часть души, помещается в печени и является источником всякого рода низменных вожделений. Все человеческие свойства (в дальнейшем Теофраст определил их термином «характеры»), по Платону, складываются из этих трех сторон душевной жизни, а индивидуальные особенности зависят от преобладания той или иной части души.

В направлении расшифровки свойств личности дальше всех своих коллег пошел ученик Платона Аристотель (384 — 322 гг. до н.э.). Он пытался исследованием этических проблем определить понятие «нормы» (метриопатия — срединное чувство меры) и патологии в поведении, но специальную классификацию «характеров» впервые сделал его ученик Теофраст (371 — 287 гг. до н.э.), описавший 30 типов человеческой личности. Среди них обозначены такие, как ирония, льстивость, пустословие, неотесанность, суетливость, тупоумие и др. В этом списке мы видим характеристики, которые Аристотель дает «недостаткам» человеческого нрава (ирония, угодливость), но у Теофраста обозначен качественно иной подход к этой теме — каждый характер у него представляет собой сумму определенных свойств, составляющих основу личности. Теофраст группирует и классифицирует человеческие качества по основному свойству (пороку), причем каждому из них соответствует определенный носитель (тип), определенный характер. Характер у Теофраста — это уже сумма душевных свойств, проявляющаяся в поступках и мировоззрении личности.

Клавдий Гален (II в. н.э.), римский врач и естествоиспытатель, известный тем, что обобщил представления античной медицины в виде единого учения, канонизированного церковью и господствовавшего в медицине вплоть до XV — XVI вв., продолжал развитие идей Гиппократов о значении гуморального фактора в происхождении болезней и темперамента. Он различал среди причин болезненного состояния непосредственные (порча соков, дискразия), вызываемые этими причинами страдания (патос) и вызываемые последним ненормальные образовательные процессы (нозема, нозос); далее он выделял симптомы. Таким образом, К. Гален считал целесообразным выделение различных «нозосов», болезней, при этом он старался расшифровать их анатомическую подкладку, т. е. стремился к познанию причинных связей в болезни (этиология). К. Гален принимал четыре темперамента Гиппократов как основные (меланхолический, холерический, сангвинический, флегматический), но полагал также, что возможны смешанные типы. В отношении заболеваний головного мозга К. Гален считал, что надо различать формы, зависящие от анемии и плеторы. Анемия вызывает конвульсии, параличи, а плетора способствует апоплексии. Подобно Гиппократу, он выделял «френиды», лихорадочные психозы, меланхолию, манию. Один из видов меланхолии он впервые обозначил как «ипохондрию», полагая, что эта болезнь начинается в желудке. Он описывал такие симптомы «ипохондрией», как отрыжка, отхождение ветров, чувство жара в правом подреберье, зыбление, иногда боли. По Галену, припадки ипохондрией суть следствие воспаления желудка и задержки густой черной желчи. Меланхолики всегда одержимы страхом, который, как и печаль, является постоянным спутником этого заболевания. Клиническое различие между меланхолией и ипохондрией К. Гален видел в наличии при ипохондрией «желудочных» припадков.

Если обобщить сказанное в отношении медицины античности, можно сделать вывод, что шло постепенное уточнение признаков различных душевных заболеваний, утверждалась терминология, которая впоследствии определяла психиатрическую лексику (мания, меланхолия, френид, паранойя, истерия, эпилепсия, ипохондрией, характеры), при том что специального выделения душевных болезней в нозологическом смысле еще не было. Это был препарадигмальный, донозологический период, досистематический этап формирования психиатрии.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В МЕДИЦИНЕ ЭПОХ ВОЗРОЖДЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ

При дальнейшем развитии медицины в эпоху Возрождения и Просвещения в Европе наиболее знаменательным было создание первых классификационных систем. В связи с этим XVIII век стали определять в науке как «век систем». Еще в работе Жана Франсуа Фернеля «Всеобщая медицина», впервые опубликованной в 1554 году, наряду с общими разделами «Физиология» и «Патология» имеется специальная глава «Болезни мозга».

Автор впервые предпринял попытку соотнесения психозов с патологией мозга. В соответствии с концепцией о темпераментах он выделял манию, меланхолию, френит, делириум (бред), каталепсию, ипохондрию, стультицию, или морозитас (слабоумие). В своей книге «Всеобщая медицина» Ж. Фернель стремился к более полному описанию этих болезней, к подразделению их основных типов на разные варианты (например, «полная меланхолия», «первичная», а также мягчайшая «меланхолия»), к дифференцировке таких состояний (болезней), как мания и аменция, каталепсия и апоплексия. Это свидетельствует об углублении знаний о болезнях психики. По мнению И. Пелисье, Ж. Фернель дал прообраз противопоставления бредовых психозов с лихорадкой (френиты) безлихорадочным психозам (мания, меланхолия, каталепсия, делириум). Такая позиция Ж. Фернеля намечает соответственно, как полагал И. Пелисье, трехчленное деление психической патологии (будущие экзогенные, эндогенные расстройства, «исходные» состояния).

Однако у Ж. Фернеля, как и у К. Галена, к болезням мозга в систематике не причислены эпилепсия и истерия. Особый интерес для исследователей представляет то, что термином «галлюцинация» автор называет болезнь глаз.

В считающейся официально первой классификации психических болезней — систематике Ф. Платера (XVII век) — насчитывается 23 вида психических болезней, размещенных в четырех классах. Для нас наибольший интерес представляет третий класс — «ментис алиенацио» (термин «алиенацио», или отчуждение, надолго определит больных психическими болезнями как людей, отчужденных от общества), в нем детально описаны симптомы мании, меланхолии, ипохондрии как болезни, френита. По мнению Ю. Каннабиха, Ф. Платер впервые указал на внешние и внутренние причины психозов. От внешних причин, как считал автор, происходят болезни типа *commotio animi* (душевное потрясение), являющиеся, например, причиной страхов, ревности и т. д. Очевидно, что классификация Ф. Платера намечает не только диагностику «психических» расстройств, но и патологию «пограничного» регистра, при этом он привел соответствующие клинические описания. Важно, что у Ф. Платера «мания» и «меланхолия» уже достаточно четко разделяются, несмотря на общие признаки имеющегося возбуждения.

Примечательно сохранение в протопсихиатрии XVII века связи с философией, общей медициной, биологией. Это находит свое отражение в проблеме систематики и диагностики болезней. Ряд психиатров полагают, что Ф. Платер применил к медицине индуктивный метод, предложенный философом Ф. Бэконом, который всю жизнь посвятил разработке плана «великого восстановления наук» и продолжал традиции ученых античности. По Ф. Бэкону, образы предметов, входя через органы чувств в сознание, не исчезают бесследно, они сохраняются душой, которая может относиться к ним трояко: просто собирать их в понятия, подражать им воображением или перерабатывать их в понятия рассудком. На этих трех способностях души, согласно Ф. Бэкону, основывается

подразделение всех наук, так что памяти соответствует история, воображению — поэзия, рассудку — философия, которая включает в себя учение о природе, Боге и человеке.

Причиной заблуждения разума Ф. Бэкон считал ложные идеи, которые бывают четырех родов: «призраки рода», коренящиеся в самой природе человека (в будущем эндогенные заболевания), «призраки пещеры», возникающие благодаря индивидуальным особенностям человека (в дальнейшем «характеропатии»), «призраки рынка», порожденные не критичным отношением к распространенным мнениям, а также «призраки театра» — ложное восприятие действительности, основанное на слепой вере в авторитеты и традиционные догматические системы. Учение Ф. Бэкона оказало огромное влияние на все естественные науки, в том числе и на медицину, что нашло отражение, например, в составлении классификаций и диагностике психических болезней, особенно в трудах ученых XVIII века (Ф. Буассье де Соважа, К. Линнея, Ж. Б. Сагара, У. Куллена, Ф. Пинеля и др.).

Е. Фишер-Гомбургер отмечает, что Т. Сиденгам, которого называли английским Гиппократом, еще в XVII веке предложил «классифицировать болезни с той же тщательностью, которую ботаники показывают в своих фитологиях». На тенденцию к систематизации в медицине XVIII века значительное влияние оказали философские концепции друга Т. Сиденгама, великого английского философа Дж. Локка. Он различал три вида познания: интуитивное, демонстративное (прообразом которого служит математика) и чувственное, или сенситивное. Последнее ограничивается восприятием отдельных предметов внешнего мира. По своей достоверности оно стоит на самой низкой ступени. Посредством его мы понимаем и познаем существование отдельных единичных вещей. Отсюда можно сделать вывод о том, что медицина является в первую очередь областью применения сенситивного познания. Именно в этом смысле можно говорить о влиянии философских взглядов Дж. Локка на развитие концепции классификации болезней (в том числе психических) в XVIII веке.

Философ оперировал терминами «род» и «вид». Можно считать, что вопросы классификации, диагностики болезней на этом этапе развития медицины, поднятые Т. Сиденгамом в соответствии с принципами ботаники, или «ботанические принципы классификации», стали предтечей нозологических построений в XVIII и XIX веках. К. Фабер приводит характерное в этом смысле высказывание из письма К. Линнея: «Мой слабый мозг... может понимать только то, что может быть обобщено систематически».

Первое издание книги К. Линнея «Система природы» вышло в 1735 году и принесло ему широкую известность как естествоиспытателю, однако его деятельность как врача и систематика в области психиатрии заслуживает специального рассмотрения в интересующем нас аспекте.

Карл Линней в своей книге «Роды болезней» разделил все заболевания на одиннадцать классов, поместив психические болезни в V класс. Далее он разбил психические расстройства на три порядка: болезни рассудка, болезни воображения, болезни аффектов и влечений. Истерию и эпилепсию К. Линней описал вне рубрики патологии психики, поместив их в VII класс (нарушения моторных функций). В V классе К. Линней насчитывал 25 родов болезней. В первом порядке он описал бредовые расстройства (острые и хронические варианты). Во втором порядке терминами «*siringmos*» и «*Phantasma*» К. Линней обозначил слуховые и зрительные галлюцинации (самого термина «галлюцинации» он не употреблял, но клинически отделял эти расстройства от бреда). Наконец, в третьем порядке у К. Линнея фигурируют «страхи», «нарушения влечений», «тревожные состояния». Фактически классификация К. Линнея

представляет собой один из первых вариантов общей психопатологии, прообраз будущей синдромологии, которая уже в XIX веке выступила на арену и в дальнейшем противопоставлялась нозологии. Прогресс клинической психиатрии нашел свое дальнейшее выражение в новых систематиках, задачей которых, как полагал Й. П. Франк (1745), было создание медицинского языка, доступного самым разным нациям от полюса до полюса.

Первая и, пожалуй, единственная классификация болезней в Англии (Шотландия), которая получила мировое признание, принадлежала В. Куллону (1710—1790). Он сделал попытку классифицировать болезни по принципу К. Линнея: классы, отряды, порядки, роды, виды. В. Куллон впервые ввел в медицину термин «невроз» как общее название всех психических расстройств. Он отнес неврозы ко второму классу, включавшему в себя 4 отряда, 27 родов и более 100 видов и, кроме того, большую группу параноидных болезней. По данным, приведенным в руководстве О. Бумке, уже в XVIII веке нозология В. Куллона подверглась критике со стороны другого классика английской медицины — Т. Арнольда, который утверждал, что помешательство можно разделить только на два рода. При одном из них расстроено восприятие, при втором восприятие нормальное, но разум вырабатывает ложные понятия. Такая полемика многими историками психиатрии расценивается как начальный этап формирования будущей дихотомии «нозология — единый психоз». Наконец, классификация Ф. Пинеля, основателя научной психиатрии, как бы подводит итог в пользу нозологической систематики, она утверждает термин «неврозы» для обозначения психических заболеваний вслед за Куллоном, что объясняется пониманием ведущей роли нервной системы в происхождении не только психозов, но и различных по своим клиническим проявлениям «неврозов нутритивных функций», или «системных» неврозов в более позднем понимании, которые впервые выделил этот гениальный ученый, психиатр-гуманист.

Систематика Ф. Пинеля отличается сознательной простотой, она не является в такой степени симптоматической, как у В. Куллона, в нее уже внесен принцип патогенеза. Об этом свидетельствует выделение «неврозов церебральных функций», к которым отнесены везании. Ф. Пинель полагал, что они составляют пять родов: мания, «мания без бреда», меланхолия, слабоумие и идиотизм. «Мания без бреда» стала прообразом тех клинических типов, которые в дальнейшем составили группу «психопатии», причем Ф. Пинель также впервые отметил судебно-психиатрическое обоснование выделения подобной группы, полагая, что данные лица не должны привлекаться к судебной ответственности, а требуют помещения в специальную (психиатрическую) больницу.

В России одной из первых работ, посвященных систематике психозов, можно считать сочинения И.Е. Дядьковского. Он в своих лекциях призывал отечественных ученых идти самобытным путем в описании и разделении психической патологии и составил оригинальную систематику данной патологии. И.Е. Дядьковский выделил болезни чувств (анестезия), болезни побуждений (эпитимия), болезни ума (синезия), болезни движения (кинезия) и болезни сил (динамия), полагая, что нет никакой болезни без «материальных изменений» в какой-либо системе или каком-нибудь органе.

К.В. Лебедев, ученик И.Е. Дядьковского, подверг критическому анализу нозологические системы Линнея, Соважа, Фогеля, Куллона, Пинеля, Мудрова, Шенлейна. Однако, критикуя некоторые частности, он не оспаривал справедливости нозологических принципов в психиатрии XVII века, полагая такой подход перспективным для развития психиатрии. Историко-эпистемологический анализ показывает, что и на этом этапе развития психиатрия, обогащаясь клиническим материалом, развивалась в достаточно тесной связи с другими лавками. Данный период, с точки зрения науковедения, можно

обозначить как клинико-нозологический, сформировавший новую клинико-систематическую парадигму понимания душевных, или психических, заболеваний.

По мнению В.М. Морозова (1961), основателем научной психиатрии стал Ф. Пинель, который подходил к пониманию психической патологии как нозолог-клиницист, критик различных спекулятивных построений, опиравшийся на четкие клинические критерии разделения отдельных родов болезни. Достаточно ясно его позиция отражается в изменении названия основных работ по психиатрии. Если первое руководство Ф. Пинель назвал «Трактат о помешательстве, или мании» (1801), то повторное издание именовалось «Медико-философский трактат о помешательстве» (1809). Как видно, термин «мания» Ф. Пинель сознательно опустил, так как им он стал обозначать уже не «помешательство вообще», а отдельный вид (род) психического заболевания — с возбуждением, отдельный «нозос» в систематике болезней.

Следующий, XIX век стал новым этапом в дискуссии, отразив давнюю полемику между Книдской и Косской школами.

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 клинико-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 — дизною. 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, расстройства 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 дизноию, 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 дизноии, 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.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В НОВОЕ ВРЕМЯ

Новое время (XIX — XX века) наметило пути для укрепления нозологических позиций, которые все более совершенствовались в соперничестве с идеями концепции «единого психоза».

Литература по затрагиваемой проблеме, появившаяся в XX веке, была чрезвычайно обширна, но, как и в прежние времена, неоднозначна. При этом существенно, что после выделения Э. Крепелином в 1896 году дихотомии «маниакально-депрессивный психоз — раннее слабоумие» (которое в 1911 году было обозначено Е. Блейлером термином «шизофрения») вновь активизировалась полемика между «нозологами» и сторонниками приоритета понятия «симптомокомплекс» с учетом известных работ А. Гохе, К. Ясперса, К. Шнайдера и др. Как известно, А. Гохе иронически сравнил поиски «болезней» в психиатрии, которые он называл фантомом, с переливанием мутной жидкости из одного сосуда в другой; столь же скептически оценивал нозологическую позицию Э. Крепелера. Э. Крепелин многократно пересматривал свои первоначальные взгляды и в 1920 году стал говорить о «регистрах». К середине XX века вновь стали достаточно отчетливо постулироваться «антинозологические» установки. Так, М. Блейлер в переизданиях руководства по психиатрии предпочитал говорить не о болезнях, а об аксиальных симптомокомплексах, выделении «основных форм психических расстройств», имея в виду «органический психосиндром, развившийся в результате диффузного поражения мозга»; «эндокринный психосиндром», вызванный заболеваниями эндокринной системы; «острые экзогенные реакции» типа реакции Бонгеффера, возникающие при общесоматических заболеваниях; «психореактивные и психогенные расстройства», вызванные психическими переживаниями; «варианты личности» (психопатии и олигофрении), а также «эндогенные психозы».

Эти основные синдромы действительно составляют ядро всех международных классификаций, принятых в последние десятилетия. Например, МКБ-9 строилась на утвержденной после работ В. Куллена (невроз) и Э. Фейхтерслебена (психоз) дихотомии «невроз — психоз». По мнению Э. Фейхтерслебена, «каждый психоз есть в то же самое время и невроз», это подтвердилось в дальнейшем при тщательном изучении клинического течения таких заболеваний, как шизофрения (эндогенная) и органические поражения центральной нервной системы (ЦНС), так как неврозоподобные (непсихотические) картины встречаются практически при любом заболевании, детерминированном нозологически. Несмотря на то что за последние 100 лет ученые неоднократно пересматривали международную классификацию психических заболеваний, наиболее активно данный процесс идет в последние 20 лет. Это связано с общим прогрессом биомедицинских исследований, развитием генетики, психоиммунологии, эпидемиологии и психофармакологии, с помощью которой удалось не только добиться значительных успехов в области терапии психических заболеваний, но и существенно изменить «лицо болезни», а с нею контингент стационарных и амбулаторных больных.

Связанные с явлениями патоморфоза изменения в формах течения и симптоматики психических заболеваний, значительное увеличение стертых, субклинических проявлений болезни полностью не объясняют необходимость постоянного внимания психиатров к проблемам классификации. Все возрастающее количество различных психосоциальных факторов в условиях индустриализации и урбанизации также оказывает несомненное влияние на развитие психических заболеваний. Зачастую проблемы классификации выходят за рамки нашей дисциплины в связи с пристальным вниманием общества к самому понятию «психическая болезнь» и с развитием так называемого антипсихиатрического движения.

СОЗДАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Прогресс в области развития классификации хотя и очевиден — эволюция от МКБ-6 до МКБ-10 (МКБ — Международная классификация болезней), — но, на наш взгляд, недостаточно поступателен. Это связано во многом с противоречивостью подходов к заданной проблеме, с извечным спором нозологического и синдромального принципов классификации, а также с рядом малоизученных субъективных и объективных факторов. Между тем первая международная классификация психических заболеваний была предложена комиссией под председательством Огюста Мореля (Auguste Benedict Morel, 1809—1873) Международному конгрессу по психиатрическим наукам в 1889 году в Париже и насчитывала 11 категорий: мания, меланхолия, периодическое помешательство, прогрессивное периодическое помешательство, деменция, органическое и сенильное слабоумие, прогрессивный паралич, неврозы, токсическое помешательство, моральное и импульсивное помешательство, идиотия. Прообразом Международной классификации болезней явилась Международная классификация причин смерти, которая была одобрена Международным статистическим институтом в 1893 году. С 1900 года данная классификация стабильно пересматривалась каждые последующие 10 лет, служила в основном для статистических целей и не включала какой-либо систематики, связанной с психическими болезнями. Между Первой и Второй мировыми войнами служба гигиены Лиги Наций участвовала в создании классификации путем периодической ревизии «Листа причин смерти и повреждений». В 1938 году в данной классификации (5-й пересмотр) впервые появилась рубрика «Расстройства нервной системы и органов чувств».

В 1948 году ответственность за данную процедуру приняла на себя Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая провела очередной, шестой пересмотр «Листа причин смерти и повреждений» и дала ему новое название — «Руководство по международной классификации болезней, повреждений и причин смерти» (МКБ-6). В данном руководстве появился раздел «Психические, психоневрологические и личностные расстройства», включавший в себя десять категорий психозов, девять категорий психоневрозов и семь категорий для обозначения расстройств характера, поведения и умственного развития. Данная классификация была единогласно принята странами — членами ВОЗ, однако в ней почему-то отсутствовали такие понятия, как деменция (слабоумие), некоторые распространенные личностные расстройства и ряд других нарушений. Все это привело к тому, что, несмотря на настоятельные рекомендации ВОЗ, разделом классификации по психическим болезням официально воспользовались лишь в пяти странах: Великобритании, Новой Зеландии, Финляндии, Перу и Таиланде.

Ситуация не сразу вызвала серьезную озабоченность, поэтому соответствующий раздел МКБ-7 (1955 год) появился практически без каких-либо изменений. Между тем, отсутствие общего языка у психиатров в эпоху «психофармакологической революции» 1950-х годов уже служило серьезным тормозом прогресса научных исследований международного уровня в областях психофармакологии и эпидемиологической психиатрии. В 1959 году ВОЗ поручила эмигрировавшему из Австрии в Англию Эрвину Штенгелю (Erwin Stengel) изучить ситуацию, сложившуюся вокруг МКБ-7, тем более что в самой Великобритании, несмотря на официальное признание МКБ-7 правительством, психиатры ее практически игнорировали. В своем объемном докладе Э. Штенгель охарактеризовал отношение психиатров разных стран к МКБ-7 как «амбивалентное, если не циничное», подчеркнув при этом «практически всеобщую неудовлетворенность состоянием психиатрической классификации как национальной, так и международной». Э. Штенгель пришел к выводу, что невозможность (или нежелание) использовать единую номенклатуру терминов обусловлена этиологическим происхождением диагностических дефиниций. И именно различный подход к проблеме этиологии у разных

психиатрических школ делал эту проблему столь трудноразрешимой. Тогда же Штенгель выступил с предложением исключить этиологический принцип из международной классификации и употреблять диагностические термины лишь в качестве функциональных наименований, характеризующих отклонения от нормы. В этом же докладе было рекомендовано создать для пользования МКБ глоссарий терминов на максимально большом количестве языков.

После опубликования и обсуждения доклада Штенгеля ВОЗ приступила к работе над МКБ-8, причем одним из основных направлений данного проекта было создание глоссария психиатрических терминов. Оказалось, что в связи с существующими разногласиями между различными психиатрическими школами данная работа потребует слишком много времени и средств, а потому было решено предложить каждой стране подготовить вначале свой собственный вариант.

Опыт работы над национальными глоссариями, безусловно, был весьма полезен при подготовке Международного глоссария терминов. МКБ-8 была принята Генеральной ассамблеей ВОЗ в 1966 году и начала функционировать на национальном уровне с 1968 года, глоссарий же был подготовлен лишь в 1974 году.

Несмотря на то что путь создания первой международной классификации психических заболеваний был тернист и сложен, сам факт ее появления и повсеместного распространения свидетельствует о многом. Он, безусловно, отразил прогресс, достигнутый учеными в областях биологической психиатрии, психофармакологии, социальной психиатрии, а также в эпидемиологических исследованиях.

В 1975 году была принята МКБ-9, которая не содержала радикальных изменений по сравнению со своей предшественницей, однако была дополнена глоссарием, явившимся результатом шестилетней работы психиатров из 62 стран. Несмотря на громоздкость и эклектичность, МКБ-9 стала важным шагом вперед в деле классификации и имела большое практическое значение для развивающихся международных исследований и выработки унифицированного диагноза. Ученых не смущало, что классификация основана на различных принципах, что в ней использовались весьма разнообразные по своей природе показатели (этиологические, симптоматологические, возрастные, поведенческие и др.). Считалось, что такой подход в дальнейшем будет способствовать переходу к многоосевой классификации, а это позволит осуществлять диагностику максимально индивидуально.

Принятие американских классификаций DSM-III и DSM-III-R послужило основой для разработки последней Международной классификации МКБ-10. Нельзя не отметить, что эта классификация принималась в период холодной войны и была не лишена некой авторитарности, так как вводилась под девизом устранения из классификации «вялотекущей шизофрении», якобы искусственно сконструированной в СССР в политических целях. При этом вовсе не принимались во внимание исторические реалии — выделение Э. Блейлером «латентной шизофрении» еще в 1911 году, наличие ряда американских работ о «псевдоневротической шизофрении», описание К. Паскалем шизофрении с психастеноподобной и истероподобной симптоматикой во Франции и др.

Систематика в рамках МКБ-10 отличается, во-первых, тем, что по сравнению с МКБ-9 в ней приведено в три раза большее количество дескрипторов. Данное обстоятельство придает ей своеобразный «инвентаризационный» характер. Кроме того, она, как и DSM-III, эклектична и не следует строго нозологическому принципу, хотя и не исключает такие нозологические формы, как шизофрения и эпилепсия. Однако

наряду с рубрикой «шизофрения» в ней имеется и рубрика «шизотипические расстройства», обозначение которых весьма неопределенно, и подчас трудно провести границу между «шизотипическими расстройствами» и «типическими» шизофреническими заболеваниями. Кроме того, в МКБ-10 уже отсутствуют такие исторически сложившиеся категории «пограничной» психиатрии, как неврозы, психопатии, замененные достаточно аморфным термином «расстройства личности».

Своеобразие данной систематики объективно отражает новый, препааридигмальный период развития психиатрии, формирующийся на фоне исторического развития дихотомии «нозология — симптоматология», которое прослеживается со времен античности как отзвук негласной полемики Косской и Книдской школ, дошедшей до наших дней.

Достаточно неопределенна и размыта рубрика «соматоформные расстройства», что видно из нечеткости самого определения этой диагностической «единицы» и того, что оно включает в себя совершенно разнородные в этиопатогенетическом смысле картины. «Диссоциативные расстройства» обычно в клиническом понимании отождествляются со схизисом, так как в классической работе Э. Блейлера (1911) именно расщепление, диссоциация, схизис относятся наряду с аутизмом и потускнением эмоций к основным симптомам шизофрении. В МКБ-10 «диссоциированные расстройства» в основном описывают различные варианты истерической симптоматики. Практика сегодняшнего дня показывает, что диагностика, например, «легкого депрессивного эпизода» совершенно произвольна и часто натянута, к тому же такая формулировка не дает представления о причине депрессивного состояния (психогения? циклотимия? шизофрения?). Недостаточная четкость понятий и дефиниций МКБ-10, ее громоздкость, включение в сферу психической патологии разнообразных поведенческих состояний позволили антипсихиатрам и антипсихиатрическому движению активно апеллировать к мировой общественности с протестом против психиатрии, ссылаясь прежде всего, как это ни парадоксально, на МКБ-10, якобы узаконивающую оценку всего общества как «ненормального».

По нашему представлению, основы национальной психиатрической классификации все же складывались с учетом исторической трансформации взглядов на основные психические расстройства, которые в зависимости от этиологии и типа течения рассматривались как относительно самостоятельные виды болезней. В целом эти «болезненные единицы», представляющие собой сформированные симптомокомплексы, достаточно четко описаны в классификациях С.С. Корсакова (1893), Ф.Е. Рыбакова (1914), В.А. Гиляровского (1938), А.В. Снежневского, Р.А. Наджарова (1983).

В самом общем виде они могут быть представлены следующим образом:

1. Экзогенно-органические психические заболевания:
 - а) психические нарушения при травмах головного мозга;
 - б) психические нарушения при инфекционных заболеваниях;
 - в) психические нарушения при интоксикациях ЦНС;
 - г) психические нарушения при опухолях головного мозга;
 - д) психические нарушения при алкоголизме и наркоманиях;

е) симптоматические психозы, связанные с соматическими неинфекционными заболеваниями.

1. Эндогенные психические заболевания:

- а) шизофрения (с непрерывным, приступообразным и периодическим течением)
- б) циклофрения (фазофрения, аффектофрения); циркулярные и монополярные психозы; циклотимия;
- в) смешанные эндогенные психозы (шизоаффективные психозы);
- г) паранойя;
- д) функциональные психозы позднего возраста; инволюционная меланхолия; инволюционный параноид.

1. Эндогенно-органические психические заболевания:

- а) эпилепсия;
- б) дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга; сенильная деменция; болезнь Альцгеймера; болезнь Пика; хорея Гентингтона; болезнь Паркинсона;
- в) хронические галлюцинозы позднего возраста;
- г) сосудистые заболевания головного мозга;
- д) наследственные органические заболевания.

1. Психосоматические расстройства.

2. Психогенные психические заболевания:

- а) реактивные психозы;
- б) посттравматический стрессовый синдром.

1. Пограничные психические нарушения:

- а) психопатии;
- б) неврозы; неврастения; обсессивно-компульсивный невроз; истерический невроз; невротическая депрессия.

1. Патология психического развития:

- а) олигофрения (дебильность, имбецильность, идиотия);
- б) задержка психического развития;
- в) искажения психического развития.

Нельзя не отметить, что принципы нозологического и симптоматологического подходов на всем протяжении исторического развития и формирования основных концепций постоянно сосуществуют. По мнению А. Кронфельда (1940), они и в дальнейшем будут находиться в единстве, что должно способствовать совершенствованию диагностики и, главное, повышению эффективности терапии.

В современных исследованиях, посвященных классификации психических заболеваний с анализом подходов различных национальных школ, особо подчеркивается важность биологических критериев разграничения психозов, отмечается особая роль биохимических факторов, генетических маркеров, в частности дексаметазоновой пробы при депрессиях.

Работа П.В. Морозова в этом отношении стала первой и важной вехой поиска на данном направлении, первой мультинациональной работой по рассматриваемой теме, утверждавшей приоритет психопатологически-биологического системного подхода для классификации психозов и использования многоцентровых международных коллабораторных программ ВОЗ.

Сложность проблемы во многом объясняется сменой основной парадигмы, что заставляет многих исследователей (Ф. Роберте, 1997; Н. Андреахен, 1997 и др.) вновь говорить о кризисе в психиатрии. В связи с успехами биологии и молекулярной генетики рассматривается возможность использования в целях систематики для анализа отдельных нозологических форм роли генетических факторов в развитии психических заболеваний современных методов молекулярной генетики и генетики количественных признаков.

Такое системное исследование позволит, по мнению ряда ученых, изучить вовлечение в патогенез психических заболеваний генов и на этой основе разработать новые методы диагностики и лечения психических заболеваний. Н. Андерсен полагает, что психиатрия будущего станет развиваться как биологическая наука, основанная на данных нейробиологических исследований, и основной акцент будет сделан на симптоматологическом подходе. В России работы В.И. Трубникова, Г.П. Пантелеевой, Е.И. Рогаева и др. акцентируют внимание на том, что существующие классификации клинических форм психических заболеваний не учитывают их генетической гетерогенности. Формирование коллекции ДНК больных эндогенными психозами и перспективы подобных исследований дают основания для успешного развития новой области психиатрии — молекулярной психиатрии. К сожалению, большинство работ этого направления осуществляется не в нашей стране. Расширение молекулярно-генетических исследований и биологических изысканий направлено на поиски особых мутаций в генах, которые могут быть вовлечены в основные биохимические пути обмена и привести к обнаружению единичных мутаций, обуславливающих нарушение определенных психических функций.

Как справедливо отмечал В.П. Эфроимсон, показанные на примере нервных болезней положения о наследовании имеют универсальное значение для клинической генетики. Они заставляют врача ориентироваться не на болезнь как таковую, а на ее конкретные формы, так что необходимо быть готовым к обнаружению под покровом клинически сходной симптоматики в разных семьях совершенно различных патологий. Это может приблизить психиатрию к достижению более точного знания об этиологии психических заболеваний на генно-молекулярном и даже атомарном уровнях при тех состояниях, которые в существующих классификациях рассматриваются подчас как самостоятельные нозологические формы. Теперь мы знаем о том, например, что при некоторых видах болезни Альцгеймера у ряда больных существует заинтересованность I и

XXI хромосом, о том, что хорей Гентингтона определяется методом ДНК-диагностики с точным установлением поражения короткого плеча IV хромосомы и т.д. Подобные изыскания позволяют предполагать, что в XXI веке может возникнуть новый подход к терапии психических заболеваний, а именно генотерапия, о чем достаточно уверенно говорят современные генетики. Безусловно, на новом уровне развития молекулярной психиатрии будут совершенствоваться и методы клинической психопатологической диагностики. Если говорить о парадигме психиатрии XXI века, то нужно иметь в виду ряд исследований, посвященных этому вопросу. Так, в работах G. Engel 1977-1988 годов, сформулирована и развита биопсихосоциальная модель психиатрии, которая обеспечивает, по мнению автора, новое мышление психиатра и определяет новые подходы к пониманию причин отклонения в поведении человека и соответственно к обеспечению здоровья, нормального развития и успехов в лечении психических заболеваний.

Обоснование ценности биопсихосоциальной модели автор дает на фоне рассмотрения многих философских теорий — механицизма, дуализма, детерминизма, ньютоновских воззрений, а также достижений современной физики.

A. Beigel (1995) полагает, что XX век принес в психиатрию много выдающихся изменений, каждое из которых доминировало в течение 20 лет и более. К таким изменениям он относит формирование классической психиатрии Э. Крепелином и Э. Блейлером, теорию Зигмунда Фрейда о роли бессознательного, внедрение в практику эффективных психофармакологических средств и связанное с этим выведение большого числа психически больных за стены психиатрических стационаров, а в конце столетия таким новым явлением стала быстрая эволюция психиатрии, обусловленная открытиями в области нейронаук, которые возродили интерес к этиологии и нозологии психозов.

На пороге нового столетия, по мнению автора, психиатры должны выработать мировоззрение, которое сближало бы их с представителями других медицинских дисциплин, ибо только полное взаимопонимание обеспечит успешное развитие психиатрии в будущем. Пересмотр мировоззрения возможен лишь при критическом отношении профессионалов к состоянию современной психиатрии. В связи с этим авторы считают важным выдвинуть следующие принципиальные позиции для успешного продвижения в будущее: принятие всеми психиатрами биосоциальной модели психиатрии, осознание значения для психиатрии ее научных основ, а именно достижений в области молекулярной биологии, биохимии, генетики и развития новых методов исследования мозга; понимание того, что психиатрия является медицинской дисциплиной и главным ее приоритетом должны быть защита человеческих ценностей и прав, уважение к больному и укрепление его позиций.

Эти принципы фактически уже задолго до нового столетия были обоснованы классиками отечественной психиатрии — С.С. Корсаковым (1893), В.Х. Кандинским (1890), В.М. Бехтеревым (1891), С.А. Сухановым (1905), их учениками и последователями, неотступно развивавшими клинико-нозологическое направление при обязательном изучении биологического фундамента психозов и пограничных состояний.

Список использованной литературы

1. М.В. Коркина, Н.Д. Лакошина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. Психиатрия: Учебник для студ. мед. вузов / — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2010.
2. Сметанников П. Г. Психиатрия. СПб., 2007. - 632 с.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. М.: Медицина, 2000г
4. Руководство по психиатрии. Под ред. А. В. Снежневского. В 2 т. Т.1 - М., 1983.