



## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |            |
|--|------------|
| Список используемых сокращений .....   | 7          |
| Предисловие .....  | 9          |
| Введение. Предмет психиатрии, ее содержание и задачи .....   | 11         |
| <b>ЧАСТЬ 1. История психиатрии и проблемы психопатологической систематики ....</b>                               | <b>16</b>  |
| <b>Глава 1.</b> Общие положения .....  | 16         |
| <b>Глава 2.</b> Представления о психических болезнях в античности.<br>Терминология. Попытки систематизации ..... | 20         |
| <b>Глава 3.</b> Представление о психических болезнях<br>в медицине эпох Возрождения и Просвещения .....          | 29         |
| <b>Глава 4.</b> Новое время. XIX–XX века .....   | 34         |
| <b>Глава 5.</b> Классификация психических болезней в Новое время .....   | 44         |
| <b>Глава 6.</b> Создание Международной классификации .....   | 46         |
| <b>ЧАСТЬ 2. Пропедевтика психиатрии .....</b>  | <b>54</b>  |
| <b>Глава 7.</b> Биологические основы психической патологии .....   | 54         |
| Этиология и патогенез психических расстройств .....  | 54         |
| Генетика психических заболеваний .....   | 55         |
| Биохимия психозов .....  | 57         |
| <b>Глава 8.</b> Методы исследования психически больных .....   | 60         |
| Анамнез и описание психического статуса больного —<br>основа оформления истории болезни .....                    | 61         |
| Описание психического статуса больного .....   | 63         |
| Постановка диагноза .....  | 66         |
| Ведение дневниковых записей .....  | 81         |
| Метод психологического обследования .....  | 91         |
| Нейрофизиологическое обследование .....  | 92         |
| Нейрорентгенологическое обследование .....   | 93         |
| Фармакологические методы .....   | 95         |
| Общесоматическое и лабораторное обследования .....   | 95         |
| Неврологическое обследование .....   | 96         |
| Специальные лабораторные методы .....  | 97         |
| <b>Глава 9.</b> Классификация психических заболеваний .....  | 99         |
| <b>ЧАСТЬ 3. Общая психопатология .....</b>   | <b>102</b> |
| <b>Глава 10.</b> Основные категории психопатологии: симптом,<br>синдром, болезнь .....                           | 102        |
| Концепция Д.-Х. Джексона о диссоциации (1931–1932) .....   | 108        |
| Физиологическая концепция .....  | 109        |
| Концепция личностно-характерологических структур<br>Э. Кречмера (1921) .....                                     | 111        |
| Психоаналитическая концепция психоза З. Фрейда .....   | 111        |
| Антипсихиатрическая концепция Д. Купера, Р. Лэнга (1967, 1980) .....   | 111        |
| <b>Глава 11.</b> Понятие конституции и структуры личности .....  | 112        |
| <b>Глава 12.</b> Патология восприятия .....  | 132        |
| Галлюцинации .....   | 133        |
| Галлюциноз .....   | 143        |
| Иллюзии .....  | 151        |
| <b>Глава 13.</b> Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций) .....  | 159        |
| Навязчивые расстройства .....  | 163        |

|  |            |
|--|------------|
| Бред.....  | 170        |
| Сверхценные идеи .....   | 202        |
| <b>Глава 14.</b> Патология эмоций (аффективности).....   | 216        |
| <b>Глава 15.</b> Патология сознания.....   | 221        |
| <b>Глава 16.</b> Патология сферы самосознания. Деперсонализация .....                                  | 253        |
| <b>Глава 17.</b> Патология эффекторных функций .....   | 272        |
| Волевые расстройства, клинические формы.....   | 282        |
| Расстройство влечений.....   | 283        |
| Гиперкинетические (гипердинамические) расстройства .....   | 288        |
| <b>Глава 18.</b> Патология памяти и интеллектуальной сферы.....  | 291        |
| Патология речи (афазия) .....  | 301        |
| <b>Глава 19.</b> Лечение психопатологических синдромов .....   | 302        |
| Основные препараты .....   | 304        |
| Побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии.....   | 313        |
| Шоковая терапия.....   | 315        |
| <b>ЧАСТЬ 4. Частная психиатрия .....</b>   | <b>317</b> |
| <b>Глава 20.</b> Шизофрения .....  | <b>317</b> |
| Симптоматология.....   | 318        |
| Течение и формы болезни.....   | 321        |
| Этиология и патогенез.....   | 330        |
| Дифференциальный диагноз.....  | 332        |
| Терапия шизофрении .....   | 333        |
| Фебрильная шизофрения. фебрильные приступы шизофрении<br>как осложнение нейролептической терапии ..... | 366        |
| Лечение фебрильной шизофрении и фебрильных приступов .....   | 375        |
| <b>Глава 21.</b> Аффективные расстройства (психозы).....   | 397        |
| Клинические проявления аффективных фаз .....   | 399        |
| Смешанные аффективные состояния .....  | 410        |
| Дифференциальный диагноз.....  | 411        |
| Этиология и патогенез.....   | 412        |
| Лечение аффективных психозов.....  | 413        |
| <b>Глава 22.</b> Шизоаффективный психоз.....   | 414        |
| Распространенность .....   | 414        |
| Клинические проявления .....   | 414        |
| Этиология и патогенез.....   | 416        |
| Дифференциальный диагноз.....  | 416        |
| Лечение.....   | 417        |
| <b>Глава 23.</b> Психозы позднего возраста.....  | 417        |
| Пресенильные (инволюционные) психозы.....  | 418        |
| Этиология и патогенез.....   | 422        |
| Лечение.....   | 422        |
| Атрофические заболевания головного мозга .....   | 423        |
| Пограничные нервно-психические расстройства в позднем возрасте .....                                   | 432        |
| <b>Глава 24.</b> Эпилепсия.....  | 433        |
| Симптоматология.....   | 434        |
| Классификация эпилептических припадков .....   | 439        |
| Эпилептические психозы.....  | 439        |
| Изменения личности при эпилепсии .....   | 442        |
| Этиология и патогенез.....   | 443        |
| Дифференциальная диагностика .....   | 445        |
| Лечение эпилепсии.....   | 445        |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Глава 25.</b> Сосудистые заболевания головного мозга.....   | 447 |
| Клинические проявления.....  | 448 |
| Этиология и патогенез.....   | 455 |
| Дифференциальный диагноз.....  | 455 |
| Лечение.....   | 456 |
| <b>Глава 26.</b> Психические расстройства при черепно-мозговой травме.....   | 456 |
| Клинические проявления.....  | 457 |
| Психические нарушения в отдаленном периоде после<br>черепно-мозговой травмы.....   | 458 |
| Лечение.....   | 459 |
| <b>Глава 27.</b> Опухоли головного мозга.....  | 460 |
| Стойкие психические нарушения.....   | 461 |
| Транзиторные психические нарушения.....  | 461 |
| Дифференциальная диагностика.....  | 463 |
| Этиология психических расстройств при опухолях мозга.....  | 464 |
| Лечение.....   | 464 |
| <b>Глава 28.</b> Психические расстройства при инфекционно-<br>органических заболеваниях мозга. Энцефалиты.....               | 464 |
| Эпидемический энцефалит (энцефалит Экономо,<br>летаргический энцефалит).....   | 465 |
| Лечение.....   | 466 |
| Клещевой (весенне-летний) энцефалит.....   | 466 |
| Лечение.....   | 467 |
| <b>Глава 29.</b> Психические расстройства при сифилитическом<br>поражении мозга (сифилис мозга и прогрессивный паралич)..... | 468 |
| Сифилис мозга (Lues cerebri).....  | 468 |
| Прогрессивный паралич.....   | 470 |
| <b>Глава 30.</b> Психические нарушения при синдроме<br>приобретенного иммунодефицита.....                                    | 474 |
| Клинические проявления.....  | 475 |
| Этиология, патогенез, патологическая анатомия.....   | 476 |
| Дифференциальный диагноз.....  | 477 |
| Лечение.....   | 477 |
| <b>Глава 31.</b> Симптоматические психозы.....   | 478 |
| Классификация симптоматических психозов.....   | 478 |
| Клинические формы.....   | 479 |
| Симптоматические психозы при некоторых соматических<br>заболеваниях.....   | 481 |
| Этиология и патогенез.....   | 483 |
| Диагностика.....   | 484 |
| Лечение.....   | 484 |
| Прогноз.....   | 485 |
| <b>Глава 32.</b> Алкоголизм.....   | 486 |
| Алкогольное опьянение.....   | 486 |
| Симптоматология и течение алкоголизма.....   | 488 |
| Алкогольные (металкогольные) психозы.....  | 492 |
| Этиология и патогенез.....   | 495 |
| Лечение.....   | 496 |
| <b>Глава 33.</b> Наркомании и токсикомании.....  | 498 |
| Опийная наркомания.....  | 499 |
| Наркомании вследствие злоупотребления различными сортами<br>конопли (каннабиса).....   | 503 |

---

|   |     |
|---|-----|
| Кокаиновая наркомания.....  | 504 |
| Амфетаминовая наркомания.....                                       | 505 |
| Зависимость от транквилизаторов.....                                | 506 |
| <b>Глава 34. Реактивные (психогенные) психозы</b> .....             | 507 |
| Клинические варианты реактивных психозов.....                       | 508 |
| Этиология и патогенез.....  | 512 |
| Лечение.....  | 513 |
| <b>Глава 35. Неврозы</b> .....                                      | 514 |
| Неврастения (F48.0).....  | 515 |
| Истерический невроз.....  | 516 |
| Невроз навязчивости (обсессивно-фобический невроз).....             | 518 |
| Дифференциальный диагноз.....                                       | 519 |
| Этиология и патогенез.....  | 520 |
| Лечение.....  | 521 |
| <b>Глава 36. Психосоматические расстройства</b> .....               | 521 |
| Клиника.....  | 522 |
| Нервная анорексия.....  | 526 |
| Булимия.....  | 527 |
| <b>Глава 37. Посттравматическое стрессовое расстройство</b> .....   | 529 |
| Клинические проявления.....   | 530 |
| Лечение.....  | 533 |
| <b>Глава 38. Расстройства личности (психопатии)</b> .....           | 534 |
| Клиника.....  | 535 |
| Динамика психопатий.....  | 544 |
| Этиология и патогенез.....  | 545 |
| Лечение.....  | 546 |
| <b>Глава 39. Умственная отсталость (олигофрения)</b> .....          | 547 |
| Клиника.....  | 547 |
| Этиология и патогенез.....  | 551 |
| Дифференцированные формы олигофрении.....                           | 551 |
| Диагноз и дифференциальный диагноз.....                             | 560 |
| Лечение.....  | 561 |
| <b>Глава 40. Организация психиатрической помощи</b> .....           | 562 |
| Литература.....   | 572 |
| Лечение депрессивного эпизода легкой и средней степени тяжести..... | 581 |

## ВВЕДЕНИЕ

### ПРЕДМЕТ ПСИХИАТРИИ, ЕЕ СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ

---

Психиатрия (от греч. *psyche* — душа, *iatreo* — лечение) изучает болезненные изменения в нервно-психической сфере, их причины, разрабатывает методы лечения, профилактики и реабилитации психически больных.

В настоящее время психиатрия все больше приобретает статус социальной науки. Как и предполагал П.Б. Ганнушкин, она вышла из стен психиатрических больниц, врачи-психиатры оказывают помощь больным в специализированных диспансерах, медицинские психологи и психиатры-психотерапевты работают в учреждениях общемедицинской сети, на предприятиях. Это и понятно, ведь именно психиатрия, будучи обращена к личности, очень тесными узами связана с психологией, социологией, этикой, так что знание основ психиатрии необходимо не только врачам иных специальностей, но и психологам, социологам и юристам.

Психиатрия как медицинская наука является частью клинической медицины. Для изучения психических заболеваний наряду с основными методами клинической медицины (осмотром, пальпацией, аускультацией) используются важнейшие приемы для выявления и оценки психического состояния — наблюдение за поведением больного, беседы с ним. И наблюдение, и беседы фактически относятся к объективным методам изучения особенностей психики, ее патологии. При наблюдении за больным обнаруживается своеобразие или неправильность, неадекватность его поступков, очевидными становятся такие симптомы, как страх, ужас, паника, возбуждение, нелепые высказывания (бред), галлюцинации, при наличии которых больные затыкают уши или громко разговаривают с несуществующими собеседниками. При наличии обонятельных галлюцинаций, ощущении воздействия на них «вредных» газов больные могут спать, надев противогаз, собирают воздух в квартире в банки, которые затем везут для исследования в специальные лаборатории. Больные могут выполнять непонятные для окружающих движения — подпрыгивать, размахивать руками, прищелкивать языком, совершая особые ритуалы для освобождения от различных навязчивых страхов (например, загрязнения, заражения). Они порой ходят по особым маршрутам, чтобы на пути обязательно была аптека (из-за развития страха смерти, который перерастает в реакцию паники). Одни больные, как замечают их родственники, часто и подолгу моют руки, другие ходят по улице с опаской, надевают парики, гримируются, чтобы их не заметили «враги», которые постоянно «преследуют» их с целью убить.

Депрессивные больные не встают с постели, у них «нет сил» и желания выполнять обычные гигиенические процедуры; невыносимая тоска заставляет

их готовить различные приспособления для того, чтобы покончить жизнь самоубийством.

При беседе больной может сообщить врачу, например, что каждое слово или букву он воспринимает как имеющую определенный цвет, окраску; другие говорят, что их мысли «обрываются» при воздействии посторонних звуков, шумов, что заставляет уезжать в лес, бродить в одиночестве.

Большое значение для определения особенностей психического заболевания имеют данные о прошлой жизни больного, о его привычках, привязанностях, характере общения с другими людьми. Это позволяет во многих случаях выявить неадекватную оценку рядовых, обычных событий, так что полный анамнез дает возможность уточнить особенности психического статуса, диагноз заболевания. Получение объективного анамнеза является обязательным и необходимым условием для верификации предполагаемого диагноза. В ряде случаев не только больной, но и его родственники отрицают наличие психической болезни, это происходит в силу разных причин, но чаще всего из-за непонимания болезненности высказываний и поведения. В таких ситуациях необходимо получить сведения от других лиц, знающих больного (в СССР, например, в системе психиатрической помощи существовали «сестры-обследовательницы», которые опрашивали соседей больных, их сослуживцев и т.д.).

Особенностью таких психических заболеваний, как шизофрения, эпилепсия, является их длительность на протяжении всей жизни, хотя их течение можно приостановить на время проведением интенсивного лечения. Это порождает множество проблем, связанных со сложностью трудовой реабилитации, созданием необходимых жилищных условий, нормализацией семейных отношений, восстановлением социального статуса.

При оценке психического заболевания нельзя не учитывать роль личности больного, уровень его интеллекта, степень зрелости. Особенно важным это становится при оценке так называемых пограничных психических расстройств (неврозов, психопатий, реакций на стресс), психогенных заболеваний. Личностными особенностями обусловлено развитие различных вариантов неврозов (неврастении, невроза навязчивых состояний), реактивных состояний, реактивных депрессий.

В процессе развития психиатрии постепенно расширялись различные ее разделы, что привело к выделению детской и подростковой психиатрии, геронтопсихиатрии, пограничной психиатрии, наркологии, судебной психиатрии, военной психиатрии. Врачи этих субспециальностей развивают свое направление, основываясь на общих психиатрических знаниях и опираясь на данные смежных наук (психологии, нейробиологии, генетики и др.).

Психиатрия как медицинская дисциплина очень тесно связана и с соматической медициной (терапией, кардиологией, гастроэнтерологией, урологией, сексопатологией и др.). Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного, становится стрессовым фактором, а стресс вносит свои коррективы в особенности клиники соматической патологии. Недаром еще

со времен Ювенала существует афоризм: «Молись, чтоб дух здоровый был в теле здоровом» (*Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano*).

Психические нарушения при соматических заболеваниях складываются из психо-соматогенных расстройств и реакций личности на болезнь. Человек тревожно-мнительного склада, заболевший гипертонической болезнью, болеет не так, как оптимист сангвиник, его реакции с преобладанием тревожности, опасений и уныния приводят к более затяжным обострениям соматического заболевания, а параллельно с этим все больше проявляется ипохондрическая фиксация на своем нездоровье с неверием в выздоровление. Точно так же обстоят дела и при других заболеваниях.

Л.Л. Рохлин (1971) выделял различные варианты реакций личности на болезнь: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический. Поскольку подобные реакции во многом зависят от структуры личности, психической конституции, predispositions, совершенно очевидно, что клиницист любой специальности должен владеть определенной суммой знаний по психиатрии.

На связь психиатрии с внутренней медициной одним из первых указал основоположник немецкой психиатрии Вильгельм Гризингер (1817–1868), который, прежде чем стал психиатром, долгое время занимался изучением внутренних болезней, в частности инфекционных, вызывающих значительную интоксикацию и приводящих к развитию психозов делириозного содержания с наплывом зрительных галлюцинаций. Эти картины изучались главным образом интернистами, хотя, безусловно, относятся к психиатрии. Благодаря этому психиатры долгое время свои описания инфекционного бреда (делирия, от лат. *delirium* — бред) основывали на наблюдениях терапевтов, например К. Либермейстера (1886), описавшего классический тип развития интоксикационного делирия.

Если иметь в виду клинику нервных болезней и невропатологию как специальную медицинскую дисциплину, то и здесь, как отмечал В.А. Гиляровский (1938), найдется достаточно много работы для психиатра. Невропатология и психиатрия — две родственные дисциплины — не только соприкасаются, но подчас и неотделимы друг от друга. Проблема эпилепсии — яркое тому доказательство. Если, например, в одной из первых психиатрических работ Ж. Фернеля в книге «Всеобщая медицина» (1554) эпилепсия не была отнесена к психиатрии и рассматривалась отдельно, а затем сделалась специальным предметом психиатрического исследования с учетом особого изменения психики эпилептиков, то в современной систематике МКБ-10 это заболевание шифруется как неврологическое (G40). Сифилис мозга изучают невропатологи, что вполне естественно, так как для него характерны локальные изменения, но при рассмотрении этой проблемы очень важна и роль психиатров ввиду возможного воздействия заболевания на психику. Прогрессивный паралич является особой формой сифилиса мозга и кроме психических изменений характеризуется наличием ряда неврологических симптомов. На начальных стадиях многие больные лечатся у невропатологов, затем, при ухудшении психического состояния, переходят под наблюдение



психиатров. Во многих случаях процессы, происходящие в нервной системе, в том числе и те, которые дают симптомы неврологического порядка и психические расстройства, — только разные стороны одних и тех же явлений.

Отсюда становится понятно, почему многие крупные психиатры из числа тех, которые создавали психиатрию как науку, например К. Вернике, были и крупными невропатологами. В деле создания русской психиатрии невропатологи сыграли важную роль; в частности, московская школа невропатологии и психиатрии создана невропатологом профессором А.Я. Кожевниковым и его сотрудниками — невропатологом профессором В.К. Ротом и психиатром профессором С.С. Корсаковым.

В настоящее время обе дисциплины так разрослись и усложнились, что одному врачу совместить их в полной мере невозможно, однако очевидно, что грамотный невролог должен иметь психиатрическую подготовку, чтобы работать более эффективно.

Точно так же незримыми нитями психиатрия связана с психологией. Фактически на заре своего развития психологическая парадигма психиатрии была совершенно очевидной (Аристотель, Теофраст, Эпиктет, Эпикур и др.). В книге «О душе» Аристотель (IV век до н.э.) заложил основы психологии, и он же через эту призму попытался ранжировать структуру нормальной и пограничной, в современном понимании, личности путем создания своей системы «метриопатии». Он также пытался провести дифференциацию между меланхолией как темпераментом и меланхолией как заболеванием, понимая психологическое сходство между этими состояниями. В дальнейшем, когда психиатрия стала самостоятельной наукой, многие ее корифеи исследовали психологические особенности различных заболеваний. Например, такой гигант психиатрии, как Э. Крепелин был учеником выдающегося психолога В. Вундта, воспитываясь на его книге «Физиологическая психология». В свою очередь ученик Э. Крепелина крупный немецкий психиатр Г. Груле глубоко изучал проблемы психологии и психопатологии шизофрении, он стал одним из ведущих представителей направления «понимающей» психологии в психопатологии. Еще более убедительным примером в отношении исследования психологических проблем шизофрении является Э. Блейлер, который первым стал изучать это заболевание и дал ему свое название с позиций психологии, открыв феномен аутизма. В настоящее время роль психологии в психиатрии стала еще более заметной и важной, достаточно сказать о введении в практику психиатрии «психолого-психиатрической экспертизы» для определения вменяемости, дееспособности, сделкоспособности, что чрезвычайно важно с точки зрения судебной психиатрии и социальной психиатрии.

Всё же основной целью и задачей психиатрии остается как можно более раннее обнаружение, диагностика психического заболевания, так как лечение на ранних этапах дает лучший результат. В этом отношении доказательная диагностика обосновывается при возможно более полном обследовании больного. Современные методы обследования, такие как генетический (при

---

олигофрениях), прижизненная визуализация работы мозга (компьютерная томография, ядерный магнитный резонанс и др.), лабораторные, биохимические (диагностика сифилиса, СПИДа), дают возможность врачу-психиатру получать данные, достаточные для диагностических заключений, установления этиопатогенетической сущности заболевания, и правильно лечить больного. Внедрение в сознание общества необходимости психогигиены позволит приблизиться к достижению главной цели — снижению уровня заболеваемости и созданию новых крепких поколений.

## ЧАСТЬ 1

---

# ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ И ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИСТЕМАТИКИ

## Глава 1

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

---

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 персоналогический 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 «дизной» — 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<sup>1</sup>». 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<sup>2</sup> 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<sup>3</sup>, оправдывается не во всех случаях. Были обнару-

<sup>1</sup> Штернберг Э.Я. Учение о едином психозе в прошлом и настоящем // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1973. — Т. 73, вып. 9. — С. 1403.

<sup>2</sup> Morgagni G. De sedibus et causis morborum indagatis. — Venet, 1761.

<sup>3</sup> Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). — М.: Мезгиз, 1962. — С. 176.

жены 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 эквивинальность.

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»<sup>4</sup>.

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.

---

<sup>4</sup> Kendell R.E. Die Diagnose in der Psychiatrie. — Stuttgart, 1978. — S. 21.

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.

## Глава 2

### **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 Гиппократов. 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 Гиппократов, 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