

УЧЕБНИК

Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников

ПСИХИАТРИЯ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

3-е издание, стереотипное

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебника
для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные
профессиональные образовательные программы высшего образования
уровня специалитета по направлениям подготовки, содержащим учебную
дисциплину «Психиатрия»

Регистрационный номер рецензии 882 от 17 октября 2019 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	5
Предисловие к третьему изданию	7
Введение	9
Глава 1. История психиатрии и проблема психопатологической систематики	12
1.1. Представления о психических болезнях в античности. Терминология. Попытки систематизации	17
1.2. Представление о психических болезнях в медицине эпох Возрождения и Просвещения	28
1.3. Новое время. XIX–XX века	33
1.3.1. Классификация психических болезней в Новое время.	47
1.3.2. Создание Международной классификации болезней (МКБ)	49
Глава 2. Основные категории психопатологии: синдром, болезнь	60
2.1. Концепция Д.Х. Джексона о диссолюции	67
2.2. Физиологическая концепция	69
2.3. Концепция «личностно-характерологических структур» Э. Кречмера (1921)	71
2.4. Психоаналитическая концепция психоза З. Фрейда	71
2.5. Антипсихиатрическая концепция Д. Купера, Р. Лэнга (1967, 1980)	71
Глава 3. Понятие конституции и структуры личности	73
Глава 4. Патология восприятия	99
4.1. Галлюцинации	100
4.2. Галлюциноз	113
4.3. Иллюзии	123
Глава 5. Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций)	134
5.1. Навязчивости	138
5.2. Бред	147

5.3. Сверхценные идеи	187
Глава 6. Патология эмоций (аффективности)	207
6.1. Клиническая картина маскированных депрессий.	224
Глава 7. Патология сознания	250
Глава 8. Патология сферы самосознания. Деперсонализация	290
Глава 9. Патология эффекторных функций	315
9.1. Расстройства психомоторики	315
9.2. Волевые расстройства, клинические формы	327
9.3. Расстройство влечений	328
9.4. Гиперкинетические (гипердинамические) расстройства	336
Глава 10. Патология памяти и интеллектуальной сферы	340
<i>Список рекомендуемой литературы</i>	<i>374</i>

Глава 1

История психиатрии и проблема психопатологической систематики

Изучению истории психиатрии в нашей стране уделяется недостаточное внимание. Многие полагают, что эта тема второстепенна и незначима для практического врача. На самом же деле история психиатрии включает в себя полный свод знаний, как для теории, так и для практики. История психиатрии — это вся психиатрия в целом с ее категориальным аппаратом, методологией психопатологической диагностики и лечения психических заболеваний. Врач должен обладать широким спектром медицинских знаний, именно это позволяет ему клинически мыслить, что очень важно для точной диагностики.

История психиатрии рассматривает и анализирует ряд важнейших аспектов развития науки. Прежде всего, конечно, это аспект хронологический, включающий в себя знание важнейших исторических дат, определяющих этапы развития науки. В 1803 г. Й. Рейль ввел в обращение термин «психиатрия», и с тех пор в течение более чем 200 лет происходит непрерывное накопление и систематизация все новых и новых данных в области психопатологии.

В 1822 г. А. Бейль клинически обосновал выделение прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, что послужило стимулом для развития нозологического направления в психиатрии. То же можно сказать по поводу описанного в 1896 г. Э. Крепелином «раннего слабоумия», выделения Э. Блейлером в 1911 г. «группы шизофрений» и других открытий. Вторьой, но не менее важный — персонологический аспект, который подразумевает доскональное знание той исторической роли, которую играли в психиатрии выдающиеся врачи и ученые, определившие формирование важнейших направлений в развитии науки. Ф. Пинель известен как основоположник научной психиатрии. Он освободил психически больных от оков, уничтожив так называемый синдром цепей, что дало возможность изучать проявление психозов в естественных условиях. Именно он разработал простую и удобную классификацию психозов, впервые выделив «манию без бреда» (психопатию) и определив судебно-психиатрическую оценку этих больных. На склоне лет он стал академиком и консультантом императорского двора Наполеона I.

Его ученики и последователи: Ж. Эскироль, А. Фовиль, Ж. Фальре, Ж. Байярже, Е. Ласег и др. — развивали нозологический подход.

Неоценим вклад в науку Б. Мореля (1857), основателя концепции эндогенных психозов и ведущих принципов психогигиены. Уже в XX в. Г. Делей и П. Деникер (1957) стали пионерами психофармакологии.

В. Гризингер в Германии ввел понятие «симптомокомплекс» (синдром), описал «навязчивое мудрствование», разрабатывал концепцию «единого психоза», раскрыв общую закономерность этапной смены психопатологических синдромов при развитии психозов (1845).

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

Русские ученые С.С. Корсаков и В.М. Бехтерев стали основателями ведущих направлений в изучении психической патологии, создателями московской и петербургской школ психиатров. Описанный С.С. Корсаковым амнестический симптомокомплекс (Корсаковский синдром, 1887) — 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. Изучение книг и публикаций крупнейших ученых — неотъемлемая часть профессиональной подготовки любого практического врача-психиатра.

Третьим и, 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. Мёбиусом в 1893 г.), концепция противопоставления «органических» и «функциональных» психозов, концепция «единого психоза» и «нозологического подхода». По мере развития психиатрии менялись и направления концептуальных исследований, трансформировались подходы к их разрешению, но оставались неизменными и основополагающими «вечные», фундаментальные проблемы. К их числу прежде всего относится проблема систематики, таксономии.

Именно вопросы классификации в психиатрии в настоящее время считаются не только наиболее актуальными, но и острыми, так как они определяют ее теоретический фундамент, практическую направленность, социальную значимость, а также ближайшие и отдаленные перспективы развития как медико-социальной науки. Это и обусловило наш особый интерес к данному разделу истории психиатрии.

Здесь уместно отметить, как писал Э.Я. Штернберг, ссылаясь на известного терапевта Р. фон Креля, что «настоящая наша систематика носит на себе следы и рубцы своего исторического развития»¹. Именно поэтому историко-клинический анализ проблемы в полной мере способствует ее раскрытию и дает возможность получить представление о глубинных процессах, лежащих в ее основе.

Систематика сама по себе это область знания, в рамках которой решаются задачи упорядоченного определенным образом обозначения и описания всей совокупности объектов, образующих некоторую сферу реального. Систематика возникает во всех науках, которые имеют дело со сложными, внутренне разветвленными и дифференцированными системами объектов: в химии, биологии, языкознании; а также 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 этом 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 г. Дж. Моргань² выделил лихорадки, хирургические (внешние) болезни и заболевания отдельных органов, положив начало научной нозологии.

¹ 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.

² Morgagni G. De sedibus et causis morborum indagatis. — Venet, 1761.

Успехи патологической анатомии, неразрывно связанные с работами Р. Вирхова, и бактериологии (Л. Пастер) позволили развить морфологическое и этиологическое направления диагностики и дать органно-локалистическую классификацию болезней, например для клинической терапии. Однако «линейный» принцип: одна причина дает одинаковую болезнь, как показал И.В. Давыдовский³, оправдывается не во всех случаях.

Были обнаружены бациллоносители, остававшиеся всю жизнь (как это ни парадоксально) здоровыми; различные симптомы, течение и исход болезни у 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 характерны для психических расстройств, что создает особые трудности при решении проблемы систематики, классификации и диагностики.

Трудности классификации болезней вообще и в психиатрии в частности отмечает R. Kendell: «...Мигрень и большинство психических заболеваний — суть клинические синдромы, конstellации симптомов, по Т. Сиденгаму. Митральный стеноз и холецистит выделяются исходя из патофизиологических особенностей. Опухоли всех видов систематизируют, 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»⁴.

Историческое развитие 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, а также подходы к их систематике, что трансформировало и номенклатуру психозов.

³ Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). — М.: Медгиз, 1962. — С. 176.

⁴ Kendell R.E. Die Diagnose in der Psychiatrie. — Stuttgart, 1978. — P. 21.

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

Действительно, расшифровка механизмов формирования многих клинических картин требует более точных методов параклинического исследования, которые дают возможность визуализации деятельности 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, финальным, этапом в этом отношении — теперь все, что касается «анатомии» генома, изучено в полном объеме.

Тем не менее всестороннее представление о динамике и настоящем состоянии проблемы систематики, ее перспективах нельзя получить без историко-эпистемологического анализа, без детального рассмотрения того, как на разных этапах развития психиатрии, начиная с античности, а в последующем через эпоху Средневековья, блистательные периоды Возрождения и Просвещения происходили формирование и становление взглядов на проблемы 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.

1.1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В АНТИЧНОСТИ. ТЕРМИНОЛОГИЯ. ПОПЫТКИ СИСТЕМАТИЗАЦИИ

В медицине Античности, в период 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 известны. Эти расстройства с интересом изучались врачами Античности, многие из которых также были знаменитыми философами (Эмпедокл, Аристотель, Теофраст, Демокрит и др.).

Что касается вопросов систематизации в психиатрии Античности, 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 7 лет находился в плену у персов, впоследствии стал 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 сохранились у Фотиуса. Об основных положениях Книдской школы известно немного, однако именно ее представители выделяли комплексы болезненных симптомов и описывали их как отдельные болезни, причем слишком тщательно различали отдельные болезненные формы органов. Врачи, ученые Книдской школы, отстаивали необходимость наименования болезней, и в этом отношении они достигли определенных результатов. Как отмечает Г. Гезер⁵, последователи Книды описали, например, 7 видов заболевания желчи, 12 видов заболевания мочевого пузыря, 3 вида чахотки, 4 вида болезней почек и др. Таким образом, на первый план ставился диагноз болезни, большое значение придавалось самостоятельности заболевания.

История Косской школы связана прежде всего с именем Гиппократов (V в. до н.э.), который работал во времена Перикла в Афинах. Гиппократ вполне заслуженно считается «отцом» клинической медицины, так как первым стал утверждать, что болезни не есть

⁵ Гезер Г. Основы истории медицины. — Казань, 1890. — С. 18–20.

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 выступил как яростный и непримиримый критик Книдской школы, ее стремления дробить болезни и ставить разнообразные диагнозы. Для Гиппократа более важным было не название болезни, а общее состояние каждого отдельного больного, которое должно быть изучено во всех деталях; именно это сделает возможным, по его утверждению, правильный прогноз заболевания.

Высокую степень развития в сочинениях Гиппократа обнаруживает психиатрия. По его мнению, душевные болезни производятся исключительно телесными причинами и ставятся в зависимость от заболевания 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 2 основные формы помешательства: меланхолию и манию. Как полагают многие историки медицины, эти названия заболеваний были известны еще до Гиппократа и сохранились до настоящего времени. Под меланхолией (от греч. *melas* — черный и *chole* — желчь) понимали все формы помешательства, происходящие от избытка черной желчи; между ними и сумасшествие в самом прямом смысле. Таким же образом «мания» (с греч. *mania* — неистовствовать, предугадывать, прорицать) обозначала вообще сумасшествие. Термином «френит» обозначались острые болезни, протекающие при нарушении деятельности мозга, происходящие на фоне лихорадки, часто «с хватанием мушек и малым частым пульсом»⁶.

В клинических случаях, представленных в гиппократовском сборнике, даны описания больных, страдающих манией и меланхолией. Клиническая наблюдательность Гиппократа не оставила без внимания такой факт: 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 он стал использовать различные обозначения для определения помешательства с бредом. В связи с этим один из авторитетных исследователей творчества Гиппократа французский историк А. Демар считает, что основатель медицины впервые разработал номенклатуру бредовых состояний. Гиппократ среди них выделял такие, как «парафронеин»

⁶ Гиппократ. Избранные книги. — М.: Сварог, 1994. — С. 361.

(бред вообще), «паракронеин» (галлюцинировать, сильная степень бреда), «паралерейн» (бредить, говорить бессвязные речи), «паралегейн» (заговариваться, меньшая степень бреда), — эти типы упоминаются в книге гиппократовского сборника «Эпидемии»⁷.

При сравнении древнеантичного термина Гиппократ «паралегейн» с современным термином «паралогическое мышление» мы увидим, что Гиппократ, по-видимому, описывал те же характерные для бредовых больных расстройства мышления и речи, которые наблюдаются и сегодня в нашей практике.

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

Там же Гиппократ 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». Он делает очень ценные замечания по поводу происхождения эпилепсии, полагая, что болезнь ведет начало, как и все другие, по наследству: 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, а именно, что эпилепсия «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. Чаше 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 —

⁷ Гиппократ. Избранные книги. — М.: Сварог, 1994. — С. 495–499.

в уединенное место. И это они делают, стыдясь своей болезни, а не от страха перед божеством, как думает большинство. 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 Гиппократов о чрезмерной влажности мозга при эпилепсии и чрезмерной сухости при других психозах основывалось на существовавшем в то время учении о соках организма, их правильном («кразия») или неправильном («дискразия») смещении. 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»⁸. «Тихие» помешательства также были известны Гиппократу. В.П. Осипов обращает особое внимание на то, что Гиппократ не только интересовался «буйными» расстройствами психики с бредом, возбуждением (мания), но и впервые употребил термин «гипомайноменой» для обозначения «спокойного» помешательства, в котором преобладают стремление к уединению, неразговорчивость, страхи и грусть. Такие заболевания в последующем сформировали область малой, «пограничной» психиатрии, а ее истоки мы находим в медицине и философии античности⁹.

Точно так же и Сократ, как об этом писал его ученик Ксенофонт, отделял состояния, которые он обозначал как «мегалопаранойю», от состояний, терминологически обозначенных им «микрондиамартанейн»¹⁰. Паранойя чаще рассматривалась как один из типов «тихого» помешательства, еще Пифагор (VI в. до н.э.) противопоставлял паранойю, как состоянию болезненному, дианойю, как состояние 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 Гиппократов, родоначальника исторической науки, который

⁸ *Каннабих Ю.В.* История психиатрии. — М., 1929. — С. 34.

⁹ *Осипов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях. — Берлин, 1923.

¹⁰ *Ксенофонт.* Меморabilia. — СПб., 1883.

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 изрезывать себя в полосы, начиная с бедер, а именно он резал на себе кожу в длину от бедер до живота и поясницы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полоски и так умер»¹¹. 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. Это свидетельствует, что древние эллины отмечали силу внешних (экзогенных), в частности алкогольных, факторов, способных 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.

Действие не только алкоголя, но и 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»¹². Необходимо отметить, что

¹¹ Геродот. История в 9 кн. — М., 1888. — Т. 1. — С. 97–98, 99, 127.

¹² Там же.

и неразбавленное вино, которое употреблял Клеомен, как писал Геродот, также использовалось скифами, это у греков называлось «пить по-скифски», так как эллины обычно употребляли вино разбавленным.

Анализ сочинений Гиппократ, одного из основоположников Косской школы, показывает, что наблюдения за больными, страдающими психозами, производились без очевидных стремлений 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»¹³.

Действительно, Гиппократ не только описывал острые психозы, но и вслед за Эмпедоклом (VI в. до н.э.) стал синкретистом, продолжателем формирования концепции об эуразии (норма) и дисразии (патология). В.М. Морозов считает, что Эмпедокл оказал влияние на гиппократиков, и 4 жидкости Гиппократ (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; услышав 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»¹⁴.

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.

¹³ Шюле Г. Руководство к душевным болезням. — Харьков, 1880. — С. 303.

¹⁴ Гиппократ. Сочинения в 2 т. — М., 1994. — Т. II. — С. 223.

Ю. Белицкий отмечал, 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»¹⁵.

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 (мания, меланхолия), 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, которая формировала основные начала энциклопедических знаний о нормальной душевной деятельности и ряде отклонений от нее в виде различных реакций; при этом использовались различные 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.

Взгляды Сократа на психиатрию отражены достаточно ясно в работе его ученика Ксенофонта, посвященной памяти незабвенного учителя¹⁶.

Безумие, по мнению Сократа, составляет противоположность мудрости. Здесь он рассуждает, как Пифагор, который различал 2 понятия: «дианоюя» — нормальное состояние психики, противопоставля-

¹⁵ Белицкий Ю. Истерия, ее сущность и лечение. — СПб., 1911. — С. 10.

¹⁶ Ксенофонт. Меморabilia. — СПб., 1883. — С. 163–165.

лось «паранойе» — безумию. Сократ не считал безумием незнание. Но если кто не знает самого себя (старая греческая мудрость — «познай себя») или составляет себе известное мнение о том, чего не понимает, то это, как полагал Сократ, очень близко 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 «мегапаранойя», 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, который был современником Гиппократом и Сократом (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 они «и наяву и во сне бывают радостны, здоровы и беззаботны»¹⁷. Он противопоставлял эутимии состояния душевной несдержанности, такие как стремление «оскорблять других, завидовать им или следовать бесплодным и пустым мнениям»¹⁸.

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 ему самому [Демокриту] по воле судьбы пришлось бы выступить в этой тяжбе, то он 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.

¹⁷ Демокрит // Материалисты Древней Греции. Фрагменты. — М., 1965. — С. 154.

¹⁸ Там же. — С. 159.

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»¹⁹. 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 ученые-философы и врачи эпохи Гиппократов в целом в общем виде описывали различные душевные отклонения, это были первые робкие попытки их подразделения, расшифровки, что намечало дальнейшие пути более подробного и тщательного исследования.

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

Однако самым важным из всего имеющегося у древних врачей наследия о душевных болезнях 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 существовала²⁰.

Нельзя не отметить вклад в изучение рассматриваемой проблемы еще одного гиганта философской мысли античности, современника Гиппократов и Демокрита, ученика Сократа — Платона. Хотя он исследовал в основном лишь те состояния, которые в дальнейшем стали относиться к области психологии и пограничной психиатрии.

¹⁹ Демокрит // Материалисты Древней Греции. Фрагменты. — М., 1965. — С. 160.

²⁰ Гезер Г. Основы истории медицины. — Казань, 1890. — С. 112.

А.Ф. Лазурский считает, что Платон был первым, кто подошел к проблеме характера, и хотя сам не ввел этого термина (несколько позже это сделал Теофраст — ученик Аристотеля), но именно он принял первую попытку классификации типов душевного склада²¹. Воззрения философа по этому вопросу были тесно связаны с его учением об отношении души к телу. По Платону, в человеческой душе надо различать 2 стороны: одну более возвышенную, происходящую из мира идей, где она существовала до соединения с телом, и другую — более низменную, ставшую результатом воплощения идеальной части души и умирающую вместе с телом. Вторая половина души состоит из 2 частей. Таким образом, Платон делит всю душу на 3 части: первая часть (сверхчувственная) является чистым познанием и помещается в голове; вторая, более благородная половина низменной души представляет собой источник мужества или честолюбия и локализуется в груди; и, наконец, третья, самая низменная часть души помещается в печени и считается источником всякого рода низменных вожделений. Все человеческие свойства (в дальнейшем Теофраст определил их термином «характеры»), по Платону, складываются из этих 3 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.), который пытался исследованием этических проблем определить понятие «нормы» (метриопатия — срединное чувство меры) и патологии в поведении, но специальное подразделение «характеров» впервые сделал его ученик Теофраст (371—287 гг. до н.э.), который дал описание 30 типов человеческой личности²². Среди них обозначены такие, как ирония, лживость, пустословие, неотесанность, суетливость, тупоумие и др. В этом списке, с одной стороны, мы видим обозначения, которые Аристотель дает «недостаткам» человеческого нрава (ирония, угодливость), но, с другой — у Теофраста обозначен качественно иной подход к этой теме, каждый характер у него представляет сумму определенных свойств, составляющих основу личности. Теофраст группирует и классифицирует человеческие качества по основному свойству (пороку), причем каждому свойству соответствует определенный носитель (тип), определенный характер. Характер у Теофраста — это уже сумма душевных свойств, проявляющаяся в поступках и мировоззрении личности.

²¹ Лазурский А.Ф. Очерк науки о характерах. — 3-е изд. — Пг., 1917. — С. 11—12.

²² Теофраст. Характеры. — Л.: Наука, 1974. — 123 с.

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 развивать идеи 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 основу, т.е. стремился к познанию причинных связей в болезни (этиология). К. Гален принимал 4 темперамента Гиппократов (меланхолический, холерический, сангвинический, флегматический) как основные, но полагал, что возможны смешанные типы. В отношении заболеваний головного мозга ученый считал, что надо различать формы, зависящие от анемии и плеторы. Анемия производит конвульсии, параличи, а плетора способствует апоплексии. Подобно Гиппократу он выделял «френиты», лихорадочные психозы, меланхолию, манию. Один из видов меланхолии он впервые обозначил как «ипохондрию», полагая, что эта болезнь начинается в желудке²³. Он описывал такие симптомы ипохондрии, как отрыжка, отхождение ветров, чувство жара в правом подреберье, зыбленье, иногда боли. По Галену, припадки ипохондрии — это следствие воспаления желудка и задержки густой черной желчи. Меланхолики всегда одержимы страхом, который, как печаль, служит постоянным спутником этого заболевания. Клиническое различие между меланхолией и ипохондрией К. Гален видел в наличии при ипохондри «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, френит, паранойя, истерия, эпилепсия, ипохондрия, характеры), при том что специального выделения душевных болезней в нозологическом смысле еще не было. Это был препаарадигмальный, донозологический период, досистематический этап формирования психиатрии.

²³ Galenus C. De affectorum noticie. — Venice, 1510. — Bd. 3. — P. XVI.

1.2. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В МЕДИЦИНЕ ЭПОХ ВОЗРОЖДЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ

При дальнейшем развитии медицины в эпохи Возрождения и Просвещения в Европе наиболее знаменательным было создание первых классификационных систем. В связи с этим XVIII в. стали определять в науке как «век систем». Еще в работе Жана Франсуа Фернеля «Всеобщая медицина», впервые опубликованной в 1554 г., наряду с общими разделами: «Физиология» и «Патология» — имеется специальная глава «Болезни мозга»²⁴.

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 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 знания о болезнях психики. По мнению И. Пелисье²⁵, Ж. Фернель уже дает прообраз противопоставления бредовых психозов с лихорадкой (френиты), безлихорадочным психозом (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 официально считающейся первой классификацией психических болезней — систематике Ф. Платера (XVII в.) насчитывается 23 вида психических болезней, размещенных в 4 классах. Для нас наиболее интересным является 3-й класс — «ментис алиенацио» (термин «алиенацио», или отчуждение, надолго определит обозначение психических болезней как отчуждение от общества этих больных), здесь детально описаны симптомы мании, меланхолии, ипохондрии как болезни, фре-

²⁴ *Fernelius Ambiani. Universa Medicina. — Ultraecti, 1656. — V. I. — P. 66–69.*

²⁵ *Pelicier I. Histori de psychiatri. — Paris, 1971. — P. 45.*

нита. По мнению Ю. Каннабиха, Ф. Платер впервые указывает на внешние и внутренние причины психозов. От внешних причин, по мнению автора, происходят болезни типа «*commotio animi*» — душевное потрясение, являющееся, например, причиной страхов, ревности и т.д. Очевидно, что классификация Ф. Платера намечает диагностику не только психических расстройств, но и патологии «пограничного» регистра, при этом даются соответствующие клинические описания. Важно, что у Ф. Платера «мания» и «меланхолия» уже достаточно резко разделяются, несмотря на общие признаки имеющегося возбуждения.

Примечательным является сохранение в протопсихиатрии XVII в. связи с философией, общей медициной, биологией. Это находит отражение в проблеме систематики и диагностики болезней. Ряд психиатров полагают, что Ф. Платер применил к медицине индуктивный метод, провозглашенный 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 трояким образом: или просто собирать их в понятия, или подражать им воображением, или перерабатывать их в понятия рассудком. На этих 3 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 человеке²⁶.

Причиной заблуждения разума Ф. Бэкон считал ложные идеи, которые бывают 4 родов: «призраки рода», коренящиеся в самой природе человека (в будущем эндогенные заболевания); «призраки пещеры», возникающие из-за индивидуальных особенностей самого человека (в дальнейшем — «характеропатии»); «призраки рынка», порожденные некритичным 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, при составлении классификаций и диагностике психических болезней, особенно в трудах ученых XVIII в. (Ф. Буасье де Соваж, К. Линней, Ж.Б. Сагар, В. Куллен, Ф. Пинель и др.).

Е. Фишер-Гомбургер отмечает, что Т. Сиденгам, которого называли английским Гиппократом, еще в XVII в. выдвинул предложение «клас-

²⁶ История философии. — М.: ОГИЗ. — Т. II. — С. 105–106.

сифицировать болезни с той же тщательностью, которую ботаники показывают в своих фитологиях»²⁷. На тенденцию к систематизации в медицине XVIII в. значительное влияние оказали философские концепции друга Т. Сиденгама, великого английского философа Дж. Локка. Он различал 3 вида познания: интуитивное, демонстративное (прообразом которого служит математика) и чувственное, или сенситивное. Последнее ограничивается восприятием отдельных предметов внешнего мира, по 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 это в первую очередь область применения сенситивного познания²⁸. Именно в этом смысле можно говорить о влиянии философских взглядов Дж. Локка на развитие концепции классификации болезней (в том числе психических) в XVIII в.

Философ оперировал терминами «род» и «вид». Можно считать, что вопросы классификации и 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–XIX вв. К. Фабер приводит характерное в этом смысле высказывание из письма К. Линнея: «Мой слабый мозг... может понимать только то, что может быть обобщено систематически»²⁹.

Первое издание книги К. Линнея «Система природы» вышло в 1735 г., это принесло ему широкую известность как естествоиспытателю, однако его деятельность как врача и систематика в области психиатрии заслуживает специального рассмотрения в интересующем нас аспекте³⁰.

К. Линней в своей книге «Роды болезней» разделил все заболевания на 11 классов, поместив психические болезни в 5-м классе. Далее он разбил психические расстройства на 3 порядка: болезни рассудка, болезни воображения, болезни аффектов и влечений. Истерию и эпилепсию К. Линней описал вне рубрики патологии психики, поместив их в 7-м классе (нарушения моторных функций). В 5-м классе насчитывалось 25 родов болезней. В 1-м порядке им описаны бредовые расстройства (острые и хронические варианты). В 2-м — терминами «*siringmos*» и «*phantasma*» обозначены слуховые и зрительные галлюцинации (самого

²⁷ Fisher-Gomberger E. Medical History. — 1970. — V. 4. — P. 397–403.

²⁸ Локк Дж. Избранные произведения: в 3 т. — М.: Мысль, 1980. — Т. 1. — С. 500.

²⁹ Faber K. Nosographie in modern internal Medicine. — London, 1923. — P. 22.

³⁰ Linne C. Genera Morborum. — Upsaliae, 1763. — P. 32.

термина «галлюцинации» автор не употребляет, но клинически отделяет эти расстройства от бреда). Наконец, в 3-м 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 появилась уже в XIX в. и в дальнейшем противопоставлялась нозологии. Прогресс клинической психиатрии нашел свое дальнейшее выражение в новых систематиках, задачей которых, как сказал 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 для всех психических расстройств³¹. Он отнес неврозы к 2-му классу, включившему в себя 4 отряда, 27 родов и более 100 видов, а кроме того — большую группу параноидных болезней³². По данным руководства О. Бумке³³, уже в XVIII в. нозология В. Куллона подверглась критике со стороны другого классика английской медицины — Т. Арнольда, который утверждал, что помешательство можно разделить только на 2 рода. При одном из них расстроено восприятие, при втором восприятие нормально, 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 В. 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-гуманист³⁴.

Систематика Ф. Пинеля отличается сознательной простотой, она не в такой степени симптоматична, как у В. Куллона, в нее уже внесен прин-

³¹ *Cullen W.* Nosologiae methodicae. — Edinburg, 1769.

³² *Cullen W.* First lines of the Practice of Physic. — Edinburg, 1784. — V. 4.

³³ *Bumke O.* Handbush des Geisteskrankheiten. — Berlin, 1932. — Bd. IX. — P. 12.

³⁴ *Pinel Ph.* Nosographie philosophique. — Paris, 1818.

цип патогенеза. Об этом свидетельствует выделение «неврозов церебральных функций», к которым отнесены везании. Ф. Пинель полагал, что они составляют 5 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 ее оригинальную систематику. 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 органе тела³⁵.

К.В. Лебедев, ученик И.Е. Дядьковского, подверг критическому анализу нозологические системы К. Линнея, Ф. Буассье де Соважа, Фогеля, В. Куллена, Ф. Пинеля, Мудрова, Шенлейна. Однако, критикуя некоторые частности, он не оспаривал справедливость нозологических принципов в психиатрии XVII в., полагая, что такой подход перспективен в развитии психиатрии³⁶. Историко-эпистемологический анализ показывает, что и на этом этапе развития психиатрия, обогащаясь клиническим материалом, развивалась в русле достаточно тесной связи с другими науками. Данный период с точки зрения науковедения может быть обозначен 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 в повторном издании на титуле было указано: «Медико-философский

³⁵ Дядьковский И.Е. Практическая медицина. — М., 1845.

³⁶ Лебедев К.В. Опыт практического обозрения нозологических систем. — М., 1840.



Ф. Пинель (1755–1826)

трактат о помешательстве» (1809). Как видно, термин «мания» сознательно был опущен Ф. Пинелем, так как им он стал обозначать уже не «помешательство вообще», а отдельный вид (род) психического заболевания с возбуждением, отдельный «нозос» в систематике болезней.

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

1.3. НОВОЕ ВРЕМЯ. XIX–XX ВЕКА

В XIX в., 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 значимыми фигурами были Ж. Эскироль, А. Бейль, Ж.П. Фальре (отец), Е.-Ш. Ласег, Б. Морель, В. Маньян и др., основавшие концептуальное направление французской клинической школы.

К примеру, Ж. Эскироль³⁷ выделял 5 основных форм помешательства: липеманию (или меланхолию), мономанию, манию, слабоумие и имбе-

³⁷ *Esquirol J.E.D. Des malades mentales. — Paris, 1838. — P. 50.*



Ж. Эскироль (1772–1840)

цельность. По его мнению, именно они выражают родовой характер помешательства. Ж. Эскироль, как и его учитель Ф. Пинель, уделял основное внимание той концепции, которая в дальнейшем получила название «психиатрия течения»; в то же время он возражает 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. Морозов³⁸, в лице Ж. Эскироля клинико-нозологическое направление проходит свою начальную клинико-нозологическую стадию 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»³⁹.

Ж. Эскироль, как и Ф. Пинель, в своих теоретических воззрениях решительно стоял на позициях сенсуалистической материалистической

³⁸ Морозов В.М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. — М., 1961. — С. 33–37.

³⁹ *Esquirol J.E.D. Des malades mentales.* — Paris, 1838. — P. 80.



И.М. Балинский (1827–1902)

философии Э. Кондильяка, продолжавшего традиции Дж. Локка, убежденного сторонника классификационных систем.

Существенным вкладом в утверждение нозологического принципа стало выделение А. Бейлем в 1822 г. прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, имеющего характерную клиническую картину и исход в слабоумие. Торжество клинической диагностики здесь было очевидным: бледная трепонема (специфический возбудитель болезни) была обнаружена в крови С. Вассерманом в 1833 г., а в мозге — Х. Ногуши только в 1913 г. Французские клиницисты и в дальнейшем, продолжая традиции Ф. Пинеля и Ж. Эскироля, успешно использовали клинические наблюдения с целью 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 по поступлении 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 клас-

сификацию психозов»⁴⁰. 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 гг. Затем Э.-Ш. Ласег описал хронический бред преследования — наиболее часто встречающийся в практике вид паранойи с непрерывным течением, обратив внимание на типичность клинической картины⁴¹. Его исследование существенно дополнил Ж.-П. Фальре, отметив прогрессивно развивающуюся систематизацию бреда и выделив 3 стадии в развитии бредового симптомокомплекса — инкубации, систематизации и стереотипии⁴².

Наряду с разработкой нозологического разделения болезней в XIX в. стало формироваться и совершенно иное направление, которое в дальнейшем было обозначено как концепция «единого психоза». Термин «единый психоз» стал употребляться прежде всего в немецкой психиатрии 40—60-х годов прошлого века, хотя истоки данной концепции впервые проявились в трудах Ж. Гислена, этого «бельгийского Эскироля», как его называли современники. Он полагал, что все психозы проделывают примерно одинаковый путь развития, и в этом отношении меланхолия служит «фундаментальной формой» — все психозы, по Ж. Гислену, начинаются с меланхолии. От начальной стадии — меланхолии — в дальнейшем психоз переходит в манию, после чего развивается бред со спутанностью, а затем систематический бред. Конечной стадией психоза считается деменция⁴³.

Таким образом, нет никакого смысла говорить о различных психических заболеваниях и выделять разные 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

⁴⁰ *Falret J.-P.* L'arnon existence mentales. — Paris, 1838, 1854.

⁴¹ *Lasegue E.-Ch.* Delire de persecution, 1852.

⁴² *Falret J.-P.* Folie circulaire // Bull. de l'Academ de medicale. — Paris, 1853, 1854. — P. 356—358.

⁴³ *Guislain J.* Traite des phrenopathies. — Paris, 1835.

объявить вместе с нами: есть только один вид душевного расстройства, мы называем его помешательством»⁴⁴. Э. Целлер, в больнице которого работал В. Гризингер, также выделял 4 стадии единого психоза и полагал, что они отражают общепатологические закономерности любого психоза.

В.М. Морозов считает, что В. Гризингер, уже упоминавший термин «симптомокомплекс», развил идею единого психоза на новом, более высоком уровне, пользуясь новыми данными анатомии и физиологии⁴⁵. Он утверждал, что различные формы помешательства — это лишь отдельные стадии 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 обратимыми проявления единого психоза могут быть 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, наконец, все завершалось органическим распадом. В последние годы жизни В. Гризингер раздвинул рамки концепции «единого» психоза и вслед за Л. Снеллем⁴⁶ признал существование «первичного» бреда, возникновению которого никогда не предшествуют состояния меланхолии или мании.

В России через 2 года после издания руководства В. Гризингера психиатр П.П. Малиновский писал, что у иностранных психиатров встречается множество подразделений помешательства. Он указывал на необходимость различать болезни и их симптомы⁴⁷. Конечно же, нет сомнений в том, что учение о «едином психозе» было исторически необходимым. Оно окончательно покончило с чисто симптоматической и спекулятивной интерпретацией психических расстройств в предшествующие периоды и поставило учение о психозах на общепа-

⁴⁴ *Neumann H.* Lehrbuch der Seelenstorungen. — Breslau, 1859.

⁴⁵ *Морозов В. М.* О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. — М., 1961. — С. 42–47.

⁴⁶ *Snell L.* // *Allgem. Zeitschr. Psychiatrie.* — 1865. — Bd. 22. — P. 368.

⁴⁷ *Малиновский П. П.* Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. — СПб., 1847.

тологическую и патогенетическую основу. Это 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 и В. Гринингер в своей работе 1845 г., Г. Модсли⁴⁸ концентрировал внимание на общих закономерностях развития психического расстройства и его реализации у конкретных больных. Г. Модсли 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 сущности⁴⁹. Все это еще раз напоминает, что в XIX в. как бы продолжалась 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 в. К. Кальбаум, предшественник Э. Крепелина, в своей первой монографии о классификации психозов⁵⁰ еще не полностью порывает с учением о едином психозе и создает свою «типичную везанию», подобно В. Гринингеру и Г. Нейману, с характерными последовательными 4 стадиями; позднее он делает новый шаг в укреплении позиции нозографии в психиатрии, публикуя выводы относительно новой выделенной им болезни — кататонии⁵¹. 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. Кальбаум различал болезненный процесс и картину болезненного состояния, психоза, требовал, пользуясь клиническим методом, изучить

⁴⁸ *Maudsley H.* Die Psychologie und Pathologie der Seele. — Würzburg, 1870.

⁴⁹ *Дядьковский И.Е.* Практическая медицина. — М., 1845. — С. 45.

⁵⁰ *Kahlbaum K.* Die Katatonie oder das Spannungsirresein. — Berlin, 1874.

⁵¹ *Kahlbaum K.* Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. — Danzig, 1863.

все течение болезни. Такой подход, по его мнению, может предметно доказать отличие симптомокомплексов от болезненных единиц. Термин «болезненная единица» был введен К. 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. 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. Кальбаума «О кататонии...». В.Х. Кандинский писал: «Настоящее время, т.е. 70–80-е годы XIX в., 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»⁵².

К. Кальбаум подсказал своему ученику Э. Геккеру идею описания еще одного самостоятельного заболевания — гебефрении, также имеющей характерную клиническую картину с началом в молодом возрасте и исходом в слабоумие. Нельзя не отметить и вклад К. Кальбаума в общую психопатологию — описание им функциональных галлюцинаций, вербигерации, конфабуляций. Еще одна клиническая единица, описанная К. Кальбаумом в 1882 г., — циклотимия, или облегченный вариант циркулярной везании. Это описание отличается тщательностью и полнотой, указанием на благоприятный исход — выздоровление.

В России на нозологических позициях, как мы отмечали выше, 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. В.Х. Кандинский подразделял идеофрению на простую, кататоническую, периодическую формы, позже включил сюда также острую и хроническую галлюцинаторные формы. Он выделял состояние слабости на завершающем этапе болезни. Представляет большой интерес описание В.Х. Кандинским приступов особого рода голо-

⁵² Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. — СПб.: Изд. Е.К. Кандинской, 1890. — С. 102–103.



В.Х. Кандинский (1849—1889)

вокружений с изменением чувства почвы, ощущением невесомости своего тела и изменения его положения в пространстве, что сопровождается остановкой мышления. Все это характерно, по В.Х. Кандинскому, для начальной (острой) идеофрении⁵³. 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»⁵⁴. Что касается изучения психопатологии идеофрении в целом, чему посвящена вся монография «О псевдогаллюцинациях», то она свидетельствует о приоритете русской психиатрии в освещении этой исключительно важной проблемы и о непрезойденности этого исследования, сохраняющего свое значение вплоть до настоящего времени⁵⁵. Совершенно очевидно, что идеофрения В.Х. Кандинского стала прообразом будущего понятия шизофрении в немецкой психиатрии уже в XX в.

⁵³ *Кандинский В.Х.* К вопросу о галлюцинациях // Медицинское обозрение. — 1880. — Т. XIII. — С. 818.

⁵⁴ *Кандинский В.Х.* К вопросу о невменяемости. — СПб.: Изд. Е.К. Кандинской, 1890.

⁵⁵ *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. — СПб.: Изд. Е.К. Кандинской, 1890.



С.С. Корсаков (1854–1900)

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 служит продолжением развития идей И.Е. Дядьковского, она сближает психическое и соматическое, и в этом ее прогрессивный характер как цельной концепции патологии. С.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 высту-

пают, мы определяем отдельные клинические формы душевных болезней»⁵⁶.

По мнению С.С. Корсакова, в большинстве случаев мы наблюдаем не один какой-нибудь симптом душевного заболевания, а совокупность симптомов, находящихся в более или менее тесной связи между собой, которые складываются в более или менее определенную картину психопатического состояния, различную в разных случаях. Таким примером 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 — амнезия, конфабуляции, псевдореминесценции⁵⁷.

На XII Международном медицинском конгрессе в 1897 г. профессор Ф. Жолли, сделавший на неврологическом съезде доклад о расстройствах памяти при полиневритах, предложил полиневритический психоз назвать «болезнью Корсакова». Оригинальные корсаковские наблюдения вскоре были признаны психиатрами всех стран, что объясняется и тем, что старое симптоматическое направление уже мало удовлетворяло ученых. С.С. Корсаков раньше Э. Крепелина и независимо от него дал своим определением полиневритического психоза нозологическую концепцию, создал форму, которая являла блестящий пример нового понимания психоза с определенным патогенезом, симптоматикой, течением, прогнозом и патологической анатомией⁵⁸.

Кроме учения о расстройствах памяти, огромное значение представляло учение С.С. Корсакова об остро развивающихся психозах, что позволило ему установить совершенно новую болезненную единицу, которая получила наименование «дизнойя». С.С. Корсаков полемизировал с В. Гринингером, полагая, что представления последнего о том,

⁵⁶ Корсаков С.С. Курс психиатрии. — М., 1901. — С. 10.

⁵⁷ Корсаков С.С. Несколько случаев своеобразной церебропатии при множественном неврите // Клиническая газета. — 1889.

⁵⁸ Корсаков С.С. 50 лет психиатрической клинике им. С.С. Корсакова. — М., 1940. — С. 5.

что всем психозам предшествуют аффективные расстройства, утратило 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 подразделял неаффективные психозы на 3 основные формы — аменцию Мейнерта, паранойю и преждевременное слабоумие. Из аменции Мейнерта С.С. Корсаков и выделил дизноию, которую следует рассматривать как основную предшественницу острой шизофрении. Он подразделил новое заболевание на подгруппы, но дал и общую характеристику всей формы в целом.

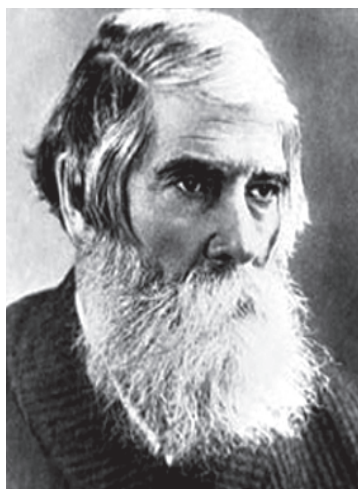
К основным признакам, по С.С. Корсакову, отнесены нарушения интеллектуальной деятельности с расстройством сочетания идей, дефектом ассоциативного аппарата, расстройства со стороны душевно-го чувства и расстройства в сфере воли⁵⁹.

Совершенно очевидно, что, создавая учение о дизноии еще в 1891 г., когда Э. Крепелин не заявлял о своей концепции раннего слабоумия, С.С. Корсаков, стремясь к выделению «естественных болезненных единиц», подобных прогрессивному параличу, обозначил острые заболевания в качестве аутоинтоксикационных, по его мнению, психозов с формально правильным восприятием внешнего мира, но с неправильным сочетанием этих восприятий. При этом С.С. Корсаков не основывался на специфических конечных состояниях, а наоборот, 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: 1) систематика должна дать возможность всякую наблюдаемую форму, хотя бы чисто симптоматическую, обозначить определенным названием; 2) классификация должна удовлетворять главным образом клинические потребности, т.е. помогать разделить болезни на формы по особенностям их симптомов и течения; 3) систематика не должна заставлять насильственно втискивать тот или другой случай, не подходящий к точному определению, в узкие рамки установленных форм, давая возможность дальнейшего развития наших знаний относительно отдельных форм душевных болезней.

Выделив 3 класса заболеваний, С.С. Корсаков особенно полно обосновал дифференцировку психозов и психопатических конституций,

⁵⁹ Корсаков С.С. Курс психиатрии. — М., 1901. — Т. 2. — С. 839.



В.М. Бехтерев (1857–1927)

противопоставив им скоропреходящие психические расстройства — симптоматические и самостоятельные, а также состояния психического недоразвития. В 2-м классе убедительно разграничены те заболевания, которые в дальнейшем составили группу «эндогенной патологии», включая дизноию, и «органической патологии». 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 г. в Казани с обстоятельным докладом по этой проблеме; в последующем ученый опубликовал работу о судебно-психиатрическом значении психопатии для решения вопроса о вменяемости⁶⁰.

Изучение работ ведущих русских психиатров 80–90-х годов XIX в. подтверждает, что отечественная психиатрия в это время накопила достаточный клинический материал для создания основательного фундамента клинико-нозологической систематики. Эти исследования

⁶⁰ *Бехтерев В.М.* Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и ее отношение к вопросу о вменении. — Казань, 1886. — С. 31.



Э. Крепелин (1856–1926)

отличались глубиной и содержательностью, они опирались на научно обоснованные подходы к пониманию этиопатогенеза отдельных нозологических единиц (аутоинтоксикация как основа дизнойи, по С.С. Корсакову, «объективная психология» В.М. Бехтерева).

Э. Крепелин, синтезировав опыт, накопленный предшественниками, выступил в самом конце XIX в. как революционер, предпринявший грандиозную 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 позиции К. Кальбаума, он избрал прогрессивный паралич своего рода стандартом и поставил задачей из аморфной массы всего остального клинического материала выделить такие же резко очерченные нозологические формы. Эти идеи высказаны им уже в 4-м издании учебника «Психиатрия» (1893), но еще не окончательно сформулированы. Однако уже здесь утверждалось, что периодическая мания и циркулярный психоз родственны между собой.

На примере кататонии Э. Крепелин показал, что ее течение 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 «ферблунг» — «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 раннему слабоумию автор противопоставил 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 г. Э. Крепелин выступил с докладом «О диагнозе и прогнозе „деменции прекокс“», а в 1899 г. в 6-м издании своего «Руководства» он ввел новое наименование циркулярной болезни — маниакально-депрессивный психоз. Таким образом была создана дихотомия 2 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 в.

Исключительная научная эрудиция Э. Крепелина дала ему возможность очень стройно и полно разработать свои концепции и создать классификацию, сохранившую значение до наших дней 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 систематики, которая у Э. Крепелина выглядела так:

1. Душевные расстройства при травматических повреждениях мозга.
2. Душевные расстройства при других органических заболеваниях мозга.
3. 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.).
- 4. Душевные расстройства при инфекционных болезнях (тифы и пр.).
- 5. Сифилис мозга, включая табес. Прогрессивный паралич помешанных.
- 6. Артериосклероз. Пресенильные и сенильные душевные расстройства.
- 7. Генуинная эпилепсия.
- 8. Шизофрения (формы раннего слабоумия).
- 9. Маниакально-депрессивный психоз.
- 10. Психопатии (навязчивые состояния, психоневрозы, патологические характеры).
- 11. Психогенные реакции, включая истерические (реактивные психозы, травматический и военный неврозы, неврозы испуга, ожидания и пр.).
- 12. Паранойя.
- 13. Олигофрения (идиотизм, имбецильность и пр.).
- 14. Неясные случаи.
- 15. Психически здоровые.

1.3.1. Классификация психических болезней в Новое время

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

Литература по затрагиваемой проблеме, появившаяся в XX в., была чрезвычайно обширна, но, как и в прежние времена, вовсе неоднозначна. При этом существенно, что после выделения Э. Крепелином в 1896 г. дихотомии «маниакально-депрессивный психоз – раннее слабоумие» (которое в 1911 г. 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. Кречмер. Э. Крепелин многократно пересматривал свои первоначальные взгляды и в 1920 г. начал говорить о «регистрах»⁶¹.

К середине XX в. вновь стали достаточно отчетливо постулироваться «антинозологические» установки. Так, М. Блейлер в переизданиях руководства по психиатрии предпочитает 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»⁶².

Эти основные синдромы действительно составляют ядро всех международных классификаций, принятых в течение последних десятилетий. Например, Международная классификация болезней 9-го пересмотра (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»⁶³, это подтвердилось в дальнейшем при тщательном изучении клинического течения таких заболеваний, как шизофрения (эндогенная) и органические поражения 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. В частности, это обусловлено 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.

⁶¹ Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. — Berlin, 1920.

⁶² Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. — 11 Aufl. — Berlin; Heidelberg; N. Y., 1969. — P. 670.

⁶³ Feuchtersleben E. Lehrbuch der Arzlichen Seelkunde. — Wien, 1845.