

УЧЕБНИК

**Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников**

# ПСИХИАТРИЯ

2-е издание, переработанное

Министерство науки и высшего образования РФ

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 от 17 октября 2019 года



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
2020

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |     |
|--|-----|
| <b>Сокращения</b> .....  | 5   |
| <b>Предисловие</b> .....   | 6   |
| <b>Введение</b> .....  | 8   |
| <b>Глава 1.</b> История психиатрии и проблема систематики психозов .....           | 14  |
| <b>Глава 2.</b> Биологические основы психической патологии .....                   | 36  |
| <b>Глава 3.</b> Методы обследования психически больных .....                       | 47  |
| <b>Глава 4.</b> Классификация психических заболеваний .....                        | 95  |
| <b>Глава 5.</b> Основные категории психопатологии: симптом, синдром, болезнь ..... | 99  |
| <b>Глава 6.</b> Патология восприятия .....   | 112 |
| <b>Глава 7.</b> Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций) .....           | 131 |
| <b>Глава 8.</b> Патология эмоций (аффективности) .....                             | 153 |
| <b>Глава 9.</b> Патология сознания .....   | 161 |
| <b>Глава 10.</b> Патология сферы самосознания .....                                | 178 |
| <b>Глава 11.</b> Патология эффекторных функций .....                               | 190 |
| <b>Глава 12.</b> Патология памяти и интеллектуальной сферы .....                   | 202 |
| <b>Глава 13.</b> Лечение психически больных .....                                  | 218 |
| <b>Глава 14.</b> Шизофрения .....  | 237 |
| <b>Глава 15.</b> Аффективные психозы .....   | 262 |
| <b>Глава 16.</b> Психозы позднего возраста .....                                   | 288 |
| <b>Глава 17.</b> Эпилепсия .....   | 309 |
| <b>Глава 18.</b> Сосудистые заболевания головного мозга .....                      | 330 |
| <b>Глава 19.</b> Психические расстройства при черепно-мозговой травме .....        | 343 |
| <b>Глава 20.</b> Опухоли головного мозга .....                                     | 349 |

---

|  |     |
|--|-----|
| <b>Глава 21.</b> Психические расстройства<br>при инфекционно-органических заболеваниях мозга . . . | 356 |
| <b>Глава 22.</b> Симптоматические психозы . . . . .  | 375 |
| <b>Глава 23.</b> Алкоголизм . . . . .  | 387 |
| <b>Глава 24.</b> Наркомания и токсикомания . . . . .   | 406 |
| <b>Глава 25.</b> Реактивные (психогенные) психозы . . . . .  | 418 |
| <b>Глава 26.</b> Неврозы . . . . .   | 428 |
| <b>Глава 27.</b> Психосоматические расстройства . . . . .  | 440 |
| <b>Глава 28.</b> Посттравматическое стрессовое расстройство . . . . .                              | 451 |
| <b>Глава 29.</b> Расстройства личности (психопатии) . . . . .                                      | 458 |
| <b>Глава 30.</b> Умственная отсталость (олигофрения) . . . . .                                     | 477 |
| <b>Глава 31.</b> Организация психиатрической помощи . . . . .                                      | 498 |
| <b>Тестовые задания</b> . . . . .  | 511 |
| <b>Ответы на контрольные задачи</b> . . . . .  | 530 |
| <b>Список литературы</b> . . . . .   | 532 |
| <b>Предметный указатель</b> . . . . .  | 538 |

## СОКРАЩЕНИЯ

- ▲ — торговое наименование лекарственного средства
- Апо — аполипопротеин
- IQ (*Intellectual Quotient*) — коэффициент интеллектуальности
- MMPI — Миннесотский мультифазный личностный тест
- NMDA — N-метил-D-аспартат
- PSN — пресенилин
- ААС — алкогольный абстинентный синдром
- АД — артериальное давление
- БАР — биполярное аффективное расстройство
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
- ВП — вызванный потенциал
- ГАМК —  $\gamma$ -аминомасляная кислота
- ДАТ — деменция альцгеймеровского типа
- ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
- ЗНС — злокачественный нейролептический синдром
- КТ — компьютерная томография
- МАО — моноаминоксидаза
- МДП — маниакально-депрессивный психоз
- МКБ — Международная классификация болезней
- МРТ — магнитно-резонансная томография
- МЭГ — магнитоэнцефалография
- ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство
- РЭГ — реоэнцефалография
- СИОЗС — селективный ингибитор обратного захвата серотонина
- СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
- ЦНС — центральная нервная система
- ЧМТ — черепно-мозговая травма
- ЭСТ — электросудорожная терапия
- ЭЭГ — электроэнцефалография

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий учебник написан в соответствии со всеми требованиями, которые предъявляют к подобным изданиям. Его отличительной особенностью является то, что авторы поставили цель изложить содержание предмета, опираясь на данные классической психиатрии, фундамент которой формировался в трудах выдающихся врачей-психиатров, ученых, определивших не только важнейшие психопатологические симптомы и синдромы, но также выделивших отдельные нозологические формы психозов. В. Кандинский, С. Корсаков, В. Бехтерев, В. Гиляровский, П. Ганнушкин, А. Снежневский, В. Морозов, Ф. Пинель, Ж. Эскироль, Б. Морель, В. Гризингер, Э. Крепелин, К. Вернике, Э. Блейлер, их ученики — плеяда выдающихся деятелей отечественной и зарубежной психиатрии. Они стали создателями основных глав науки о душевных болезнях, об их диагностике и терапии. В настоящее время психиатрия тесно связана и со смежными областями знаний: с психологией, социологией, этикой, биологией, генетикой. Она идет в фарватере эпистемологии, решая задачи этиопатогенетической диагностики, лечения, прогноза психических заболеваний. Такой дидактический подход определил структуру учебника. Изложение материала начинается с исторического анализа развития науки, проблемы систематики психозов. Это дает возможность глубже раскрыть проблемы психиатрической пропедевтики, точно изложить методы исследования психически больных, что имеет первостепенное, практическое значение.

Раздел общей психопатологии изложен ярко и убедительно. Авторы рассматривают дескриптивную психопатологию в эволюционном формировании категориального аппарата семиотики душевных заболеваний. При таком подходе естественным является стремление авторов дать понятие о важнейших симптомах и синдромах (галлюцинациях, псевдогаллюцинациях, бреде, мании, меланхолии, дисмнезии, амнезии), следуя принципу *ad fontes* (к источнику), опираясь на первоначальные определения этих категорий в трудах классиков (С. Корсакова, Ж. Байарже, Г. Клерамбо, В. Майера-Гросса и др.).

В разделе частной психиатрии авторы последовательно доказывают важность четкости основных дефиниций психических заболеваний с анализом систематики психозов, учетом дихотомии «нозологическая — симптоматология» и реалий МКБ-10.

Поскольку основной проблемой клинической психиатрии до настоящего времени остаются диагностика и лечение шизофрении, этому вопросу в учебнике уделяется специальное внимание. Особая важность точного клинического определения шизофрении объясняется тем, что, к сожалению, сохраняется тенденция к ее расширительной диагностике, что не соответствует реальной практике. Принципиальная позиция авторов — четко определять границы шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии, инволюционных психозов и других нозологических единиц — является педагогически верной и необходимой. Такой подход позволяет установить четкие дифференциально-диагностические клинические критерии в отношении важнейших психических заболеваний, которые верифицируют современными методами прижизненной визуализации деятельности мозговых структур.

Пограничные психические расстройства (неврозы, посттравматическое стрессовое расстройство, психопатии) описаны с учетом исторического формирования проблемы. Авторы подчеркивают значимость стрессогенных эмоциональных факторов в развитии клинических вариантов этой патологии.

Книга Б.Д. Цыганкова и С.А. Овсянникова написана высокопрофессионально, ее отличают выразительный язык, клиническая доказательность, что выделяет данный учебник среди других подобных изданий, делая его материал доступным и убедительным при изучении психиатрии.

*Д.Ф. Хритинин, доктор медицинских наук,  
профессор кафедры психиатрии  
и медицинской психологии  
Первого Московского медицинского государственного  
университета им. И.М. Сеченова,  
член-корреспондент РАН,  
лауреат Премии Правительства РФ  
в области науки и техники*

# ВВЕДЕНИЕ

## Предмет психиатрии, ее содержание и задачи

Психиатрия (от греч. *psyche* — «душа», *iatreo* — «лечение») — медицинская дисциплина, целью которой является изучение болезненных изменений в нервно-психической сфере и их причин для разработки эффективных методов лечения, профилактики, реабилитации и социальной поддержки 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 с ее обращением к личности тесными узами связана с психологией, социологией, этикой, так что знание основ психиатрии необходимо не только любому врачу иной специальности, но и психологу, и социологу, и юристу.

Психиатрия как медицинская наука является частью клинической медицины. Для изучения психических заболеваний наряду с основными методами клинической медицины (осмотр, пальпация, аускультация) используют важнейшие приемы для выявления и оценки психического состояния: наблюдение за поведением больного, беседы с ним. И наблюдение, и беседы фактически являются объективными методами изучения особенностей психики, ее патологии. При наблюдении за больным обнаруживаются 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 обонятельных галлюцинациях, ощущении воздействия на них вредных газов больные, например, спят, надев противогаз, собирают воздух в квартире в особые банки, которые затем везут для исследования в специальные лаборатории. Больные могут выполнять различные непонятные для окружающих движения: подпрыгивать, размахивать руками, прищелкивать языком, выполняя особые ритуалы для освобождения от различных навязчивых страхов (например, загрязнения, заражения); они порой

ходят по особому маршруту, чтобы на пути обязательно была аптека (из-за развивающегося страха умереть, который перерастает в реакцию паники). Многие больные, как замечают родственники, часто и подолгу моют руки, другие ходят по улице с опаской, надевают парики, гримируются, чтобы их не заметили враги, которые ведут постоянное преследование с целью убить.

Депрессивные больные не встают с постели, у них «нет сил» и желания выполнять обычные гигиенические процедуры; чтобы избавиться от невыносимой тоски, готовят 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, особую оценку рядовых ординарных событий, так что уточнение анамнеза позволяет одновременно уточнить особенности психического статуса, диагноз заболевания.

Конечно, очень важны данные объективного анамнеза, их получение является обязательным и необходимым для верификации предполагаемого диагноза. В ряде случаев не только больной, но и его родственники отрицают наличие психической болезни в силу разных причин, чаще не понимая болезненности высказываний и поведения. Это диктует необходимость получить сведения от других лиц, знающих больного (в СССР, например, в системе психиатрической помощи существовали так называемые сестры-обследовательницы, которые получали сведения от соседей больных, сослуживцев и т.д.).

Особенностью психических заболеваний, таких как шизофрения, эпилепсия, является их длительность: они продолжаются в течение всей жизни, хотя приостанавливаются на время после интенсивного лечения. Это порождает множество проблем, связанных со сложностью трудовой реабилитации, улучшением жилищных условий, нормализацией семейных отношений, восстановлением социального статуса.

При оценке психического заболевания нельзя недоучитывать роль личности больного, уровень его интеллекта, степень зрелости. В осо-

бенности важным это становится при оценке так называемых пограничных психических расстройств (неврозы, психопатии, реакции на стресс), психогенных заболеваний. Личностными особенностями обусловлено развитие различных вариантов неврозов (неврастения, невроз навязчивых состояний), реактивных состояний, реактивных депрессий.

В процессе развития психиатрии происходило постепенное расширение различных ее разделов, что привело к выделению геронтопсихиатрии детской и подростковой, пограничной, судебной, военной психиатрии, наркологии. Эти субспециальности, основываясь на общих психиатрических знаниях, развивают свое направление, опираясь также на данные смежных наук (психология, нейробиология, генетика 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: «Нужно молиться богам, чтоб в теле здоровом и дух был здоровым».

Психические нарушения при соматических заболеваниях складываются из психосоматогенных расстройств и реакций личности на болезнь. Человек тревожно-мнительного склада, заболевший гипертонической болезнью, будет болеть не так, как сангвиник-оптимист, его реакции с преобладанием тревожности, опасений и уныния будут приводить к более затяжным обострениям соматического заболевания, и параллельно с этим будет все больше проявляться ипохондрическая фиксация на своем нездоровье с неверием в выздоровление. Точно так же обстоит дело 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, предрасположения, 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 Гринингер

(1817–1868), который, прежде чем стал психиатром, долгое время занимался изучением внутренних болезней, в частности инфекционных, которые вызывают значительную интоксикацию, приводят к развитию психозов делириозного содержания с наплывом зрительных галлюцинаций. Эти картины изучались, главным образом, интернистами, хотя, безусловно, они относятся к психиатрии. Благодаря этому психиатры долгое время свои описания инфекционного бреда (делирий, 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 довольно много психиатрической работы. Невропатология и психиатрия — две дисциплины, родственные между собой, не только соприкасаются, но подчас и неотграничимы друг от друга. Проблема эпилепсии является ярким тому доказательством. 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 настоящее время в современной систематике Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) это заболевание рассматривается и шифруется как неврологическое (G40). Сифилис мозга изучается невропатологами, 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. В начальных стадиях многие из этих больных 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 понятным, 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 большую роль; в част-

ности, московская школа невропатологов и психиатров 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 является очевидным, 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 в. до н.э.) заложил основы психологии, и он же через эту призму делал попытки дать ранжирование структуры 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, 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 и социальной психиатрии.

Все же основной целью и задачей психиатрии остаются 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 (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и др.], лабораторные, биохимические [диагностика сифилиса, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа)], дают возможность врачу-психиатру получать достаточные данные, которые позволяют делать диагностические заключения, устанавливая этиопатогенетическую сущность заболевания, и правильно лечить больного. Введение вопросов психогигиены в круг изучаемых психиатрией проблем даст возможность осуществить основную задачу науки — профилактику психических заболеваний.

# Глава 1

## ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ И ПРОБЛЕМА СИСТЕМАТИКИ ПСИХОЗОВ

История психиатрии рассматривает и анализирует ряд важнейших аспектов развития науки, прежде всего, конечно, аспект хронологический, который включает знание особых исторических дат, определяющих этапы развития науки. С тех пор как Й. Рейль в 1803 г. ввел в обращение термин «психиатрия», в течение 200 лет происходит постоянное накопление и систематизация все новых и новых данных в области психопатологии. Существуют многие другие важные исторические вехи, знаменующие успехи психиатрии. В 1822 г. А. Бейль клинически обосновал выделение прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, что послужило стимулом для развития нозологического направления. То же можно сказать по поводу описанного в 1896 г. Э. Крепелином раннего слабоумия, выделения Э. Блейлером в 1911 г. группы шизофрений и др. Вторым, не менее важным является персонологический аспект, который подразумевает доскональное знание той исторической роли, которую играли в психиатрии выдающиеся врачи, ученые, определившие формирование важнейших направлений в развитии науки. Ф. Пинель олицетворяет создание основ научной психиатрии. Он освободил психически больных от оков, уничтожив так называемый синдром цепей, что дало возможность изучать проявление психозов в естественных условиях. На склоне лет Ф. Пинель стал академиком и консультантом императорского двора Наполеона.

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

В. Гризингер в Германии ввел понятие «симптомокомплекс» (синдром), описал навязчивое мудрствование, разработал 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 (извест-

ную 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 дизнойии — прообраз будущего учения о шизофрении. В.Х. Кандинский в уникальной работе «О псевдогаллюцинациях» (1890) раскрыл научную сущность этого важнейшего психопатологического феномена.

Третьим, пожалуй, наиболее значимым разделом истории психиатрии можно считать концептуальный аспект, концептуальное направление, изучающее формирование важнейших теорий, которые объясняют сущность психических заболеваний. К ним относят концепции эндогенных и экзогенных болезней (выделены П.Ю. Мебиусом в 1893 г.), противопоставления органических и функциональных психозов, 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, относят проблему систематики, таксономии.

Именно вопросы классификации в психиатрии в настоящее время являются не только наиболее актуальными, но и острыми, так как они определяют ее теоретический фундамент, практическую направленность, социальную значимость и ближайшие и отдаленные перспективы развития как медико-социальной науки.

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.

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

Успехи патологической анатомии, неразрывно связанные с работами Р. Вирхова, и бактериологии (Л. Пастер) позволили развить морфологическое и этиологическое направления диагностики и дать

органно-локалистическую классификацию болезней, например, для клинической терапии. Однако линейный принцип (одна причина дает одинаковую болезнь, как показал И.В. Давыдовский) оправдывается не во всех случаях.

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, прежде всего молекулярной генетики. Следовательно, при анализе проблемы историко-клинический подход реализуется в ключе эпистемологии, в русле методов науковедческого характера (Морозов В.М., Овсянников С.А., 1995).

## **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В АНТИЧНОСТИ. ТЕРМИНОЛОГИЯ. ПОПЫТКИ СИСТЕМАТИЗАЦИИ**

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

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

Одно из этих направлений формировалось в работах ученых книдской школы, продолжавшей традицию вавилонских и египетских врачей (Эврифон, Ктезий и др.). Эврифон и Ктезий были современниками Гиппократом. Эврифон в течение 7 лет находился в плену у персов, стал впоследствии любимцем Артаксеркса Мнемона и был отправлен им в качестве посла к грекам. Ктезий, родственник Гиппократом, также жил при персидском дворе и был известен своим современникам историческими описаниями Персии и Индии, отрывки которых сохранились у Фотиуса. Об основных положениях книдской школы известно немного, однако именно ученые этой школы выделяли

комплексы болезненных симптомов и описывали их как отдельные болезни, причем слишком тщательно различали отдельные болезненные формы органов. Представители книдской школы отстаивали обязанность наименования болезней, и в этом отношении их врачи достигли определенных результатов. Как отмечает Г. Гезер, они 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 здесь диагноз болезни, большое значение уделялось самостоятельности заболевания.

История косской школы связана, прежде всего, с именем Гиппократом, который был современником Эврифона (V в. до н.э.) и работал во времена Перикла в Афинах. Гиппократ вполне заслуженно считается отцом клинической медицины, так как он первым стал утверждать, что болезни не есть порождение зла, а происходят от конкретных естественных причин. Гиппократ основное внимание, в отличие от представителей книдской школы, сосредоточил 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 Гиппократом 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, поставить правильный прогноз заболевания.

Высокую степень развития в сочинениях Гиппократом 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, две основные формы помешательства: меланхолию и манию. Эти наименования, как полагают многие историки медицины, были известны еще до Гиппократом и сохранились до настоящего времени. Под меланхолией (с греч.— «черная желчь») понимали все формы помешательства, происходящие от избытка черной желчи; сюда же относили и сумасшествие в самом прямом смысле. Таким же образом мания (с греч.— «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.

В то же время Гиппократ стал использовать различные обозначения для определения помешательства с бредом. В связи с этим один из авторитетных исследователей творчества Гиппократа французский историк Демар считает, что основатель медицины впервые разработал номенклатуру бредовых состояний. Гиппократ среди них выделял такие, как «парафронеин» (бред вообще), «паракронеин» (галлюцинировать, сильная степень бреда), «паралерейн» (бредить, говорить бессвязные речи), «паралегейн» (заговариваться, меньшая степень бреда). Эти типы упомянуты в гиппократовском сборнике «Эпидемии».

Сравним древнеантичный термин Гиппократа «паралегейн» с современным термином «паралогическое мышление» и, сопоставив их, увидим, что Гиппократ, по-видимому, описывал те же характерные для бредовых больных расстройства мышления и речи, которые мы наблюдаем и сегодня в нашей практике.

Особой заслугой Гиппократа 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 священнее, чем другие, но имеет такую же природу происхождения, какую и прочие болезни».

Тихие помешательства также были известны Гиппократу. В.П. Осипов отмечает, что «отец медицины» обращал внимание не только на буйные расстройства психики с бредом, возбуждением (мания), но также впервые употребил термин «гипомайноменой» для обозначения спокойного помешательства, в котором преобладают стремление к уединению, неразговорчивость, страхи, грусть. Такие заболевания в последующем сформировали область малой, пограничной психиатрии, истоки же ее мы находим в медицине и философии античности.

Анализ сочинений Гиппократа, одного из основоположников косской школы, показывает, что наблюдения за больными, страдающими психозами, проводились 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 психо-

патического темперамента, который не есть настоящее помешательство».

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

Демокрит, который был современником Гиппократа и Сократа (V в. до н.э.), — основатель античной атомистики, в своей «Этике» также рассмотрел ряд психиатрических проблем. Он определил состояние душевного равновесия, покоя (норма) как эуимию, или благодущие. Он отмечал, что люди, отвечающие этому требованию, «всегда стремятся к справедливым и хорошим делам», поэтому такие люди «и наяву, и во сне бывают радостны, здоровы и беззаботны». Он противопоставлял эуимии состояния душевной несдержанности, такие как стремление «оскорблять других, завидовать им или следовать бесплодным и пустым мнениям». В «Этике» Демокрит прямо определял те признаки душевных свойств, особенностей психики, которые отклоняются от обычных и теперь трактуются как характерологические стигмы, психопатии, расстройства личности: «А те души, движения которых совершают колебания между большими противоположностями, не суть ни спокойны, ни радостны». И здесь же резюмировал: «...если перейдешь меру, то самое приятное станет неприятным». В качестве способа избавления от неправильных движений души Демокрит предлагал философское созерцание мира. Он считал, что если врачебное искусство исцеляет болезни тела, то освобождает душу от страстей именно философия.

Нельзя не отметить вклад в изучение рассматриваемой проблемы еще одного гиганта философской мысли античности, современника Гиппократа и Демокрита, ученика Сократа Платона. Он, правда, рассматривал в основном лишь те состояния, которые в дальнейшем стали относиться к области психологии и пограничной психиатрии.

А.Ф. Лазурский считает, что Платон был первым, кто подошел к проблеме характера, и хотя сам не ввел этого термина (несколько позже это сделал Теофраст — ученик Аристотеля), но именно он предпринял первую попытку классифицировать типы душевного склада. Все человеческие свойства (в дальнейшем Теофраст определил их термином «характеры»), по Платону, складываются из трех

сторон душевной жизни, а индивидуальные особенности зависят от преобладания той или иной части души.

Клавдий Гален (II в. н.э.) — римский врач и естествоиспытатель, продолжал развитие идей Гиппократов о значении гуморального фактора в происхождении болезней и темперамента. Он отличал среди причин болезненного состояния непосредственные (порча соков, дискразия), вызываемые этими причинами страдания (патос) и вызываемые последним ненормальные образовательные процессы (нозема, нозос); далее он выделял симптомы. Таким образом, К. Гален считал целесообразным выделение различных «нозосов», болезней, при этом он старался расшифровать их анатомическую подкладку, т.е. стремился к познанию причинных связей в болезни (этиологии). К. Гален принимал четыре темперамента Гиппократов как основные (меланхолический, холерический, сангвинический, флегматический), но полагал также, что возможны смешанные типы. Подобно Гиппократу, он выделял френиты, лихорадочные психозы, меланхолию, манию. Один из видов меланхолии он впервые обозначил как ипохондрию, полагая, что эта болезнь начинается в желудке.

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 специального выделения душевных болезней в нозологическом смысле еще не было. Это был препаарадигмальный, донозологический период, досистематический этап формирования психиатрии.

## **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».