

**ВВЕДЕНИЕ
В ОБЩУЮ ПСИХОПАТОЛОГИЮ
(ЛЕКЦИЯ)**

**Профессор Литвинцев Сергей Викторович
Заведующий кафедрой социальной психиатрии и
психологии
ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России**

ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ

Предназначением психиатрии является изучение в целях диагностики и лечения психических болезней общих и частных проявлений психопатологических расстройств в рамках временных или хронических психических заболеваний, аномалий психического развития, обратимых либо стойких необратимых дефектов психики и их клиническую дифференцировку на основе принятых на данное время систематик и классификаций.

Такое понимание психиатрии как медицинской дисциплины, но со своей особой спецификой, позволяет в основных чертах формулировать стоящие перед психиатром следующие задачи:

- распознавание психических расстройств и всесторонняя оценка их клинической картины;
- изучение этиологии, патогенеза, течения и исходов;
- разработка подходов к терапевтическому вмешательству, включающая вопросы профилактики, реабилитации и медико-социальной экспертизы.

Объектом изучения психиатра являются не только психозы (при которых поведение больных грубо нарушено и противоречит общепринятым нормам), но также неврозы и психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, когда в поведении и речевой продукции больных очевидной для всех неадекватности не усматривается.

Иными словами, предметом психиатрического исследования является широкий диапазон психических нарушений невротического и психотического регистров, возникающих у исследуемого субъекта, рассматриваемого врачом в рамках конкретной личности с набором индивидуальных психологических свойств, изначально либо гармоничной, либо дисгармоничной, имеющей как акцентуации характера, так и грубые девиации.

ПСИХИАТРИЯ - НАУКА О РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Будучи одной из клинических дисциплин, психиатрия занимает особое место. Она, как никакая другая отрасль медицины, связана с необходимостью присутствия у врача не только профессиональных знаний, но и:

- обязательного философского мировоззрения;
- широкого интеллектуального кругозора;
- изначальных способностей к продуктивному общению с людьми.

Врач-психиатр обязан обладать не только чувством эмпатии, но и быть способным одновременно подчинять своё сопереживание страданиям других лиц собственной аналитической логике.

Чтобы проникнуть в душевный мир больного и оценить уровень и возможности его сознательной деятельности, постичь изначальные и приобретённые личностные особенности, а отсюда - патологические изменения психики, психиатру необходимы также определённые знания в области психологии и патопсихологии, а в целом - быть высоко эрудированным человеком.

Врач-психиатр, как и врач иной другой специальности в первую очередь должен оперировать общими закономерностями патологии, которые при патологических психических процессах ещё далеко не исследованы. Поэтому поиск общих закономерностей происхождения, формирования и течения психических расстройств продолжается, несмотря на явный кризис в современной психиатрии, сказывающийся на развитии всех её разделов, в том числе и касательно общей психопатологии.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

В современной психиатрии много невыясненного, появилось немало новых дискуссионных проблем, суждения о которых порой существенно расходятся даже в среде представителей одной психиатрической школы.

В последние десятилетия дискуссии приняли особенно острый характер ввиду перехода на новые систематики и классификации психических расстройств, предусматривающие отход от традиционного нозологического направления в российской психиатрии, на котором было воспитано не одно поколение отечественных психиатров.

Поскольку эти новации влекут за собой необходимость создания другого стереотипа клинического психиатрического мышления, основанного преимущественно на интервьюировании больного, строго говоря, не являющимся клинико-психопатологическим методом исследования, а лишь с натяжкой его частью, вопросы их практической валидности далеки от однозначного решения.

ПОНЯТИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ

«Психопатология (от греч. psyche - душа, сознание, pathos - страдание, болезнь и logos - учение) - общая психиатрия, изучающая основные, общие для многих психозов закономерности проявления и течения расстройства психической деятельности, общие вопросы патогенеза: природу типических психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования.

Развитие общего учения о психических болезнях, «энциклопедическое их резюме», неотделимо от частного. Познание общих закономерностей, проявлений и природы расстройства психической деятельности складывается в результате обобщения проявлений, течения, исходов, пределов восстановления, причин возникновения и природы отдельных психических болезней.

В свою очередь, обнаружение общих закономерностей, свойственных всем или многим психическим болезням, открывает возможности для углублённого изучения частных закономерностей, присущих только отдельным психическим болезням».

(Снежневский А.В. Большая медицинская энциклопедия. - Изд. 2-е. - Т. 27. - М., 1962. - С. 372-392).

ПОНИМАНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Психопатология - раздел общей патологии, учения о болезнях человека. Это определение психопатологии, сложившееся во второй половине XIX века, позднее стало уточняться, меняться, оспариваться.

Видный психопатолог К. Jaspers, считая психопатологию наукой об основных закономерностях расстройства психической деятельности, рассматривал её как совершенно самостоятельную дисциплину, не входящую в общее учение о болезнях человека. К. Ясперс, по мнению А.В. Снежневского, отрицал единство общей и частной психиатрии, относя психопатологию к науке, а учение об отдельных болезнях - к практике, утверждая тем самым, что «... общая психопатология - это наука, а частная психиатрия - диагностика, лечение - практика. Такое понимание психопатологии, противопоставляющее общее и частное, науку и практику, вытекало из его экзистенциалистских воззрений. Он разъединял общие и частные учения, противопоставлял их, «что является абсолютно неправильным» (А.В. Снежневский).

Однако, это возражение дискуссионно, ибо, как считает В.К. Смирнов, нужно понять работы К. Ясперса в той части, где он различает психиатрию как клиническую дисциплину и психопатологию как науку, указывая: «Психопатологу нужно не чувство или наблюдение как таковое (это лишь материал, необходимый ему в изобилии). Ему нужно то, что можно представить в понятиях и сообщить другим; то, что позволяет выразить себя в правилах и в каком-то отношении познать. Это ставит ему границы, которые не следует нарушать; но, с другой стороны, внутри этих границ лежит область, которой он может и должен овладеть целиком».

ПСИХОПАТОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ВСЕЙ ПСИХИАТРИИ

...Психопатология является клинической дисциплиной в той части, где она описывает состояния и проявления болезни индивидуума. Но как только она начинает обобщать, абстрагироваться от больного, классифицировать и пр., здесь уже заканчивается описательная и обозначающая часть и начинается собственно теоретический раздел психопатологии. Вот именно в этой части клинической психопатологии, в её теоретическом разделе недостаёт до сих пор методологических и научных исследований, практических обобщений» (В.К. Смирнов).

Психопатология ограничена... Мы вынуждены удовлетвориться лишь частичным знанием «бесконечности, исчерпать которую не в наших силах» (К. Ясперс).

Общая психопатология - основа всей психиатрии, фундамент, позволяющий ожидать дальнейшего развития клинической психиатрии.

Самостоятельность психопатологии (также и частной психиатрии) как отрасли медицины, отличие её от других медицинских дисциплин обусловлены особенностью её предмета - психическими явлениями, психическими закономерностями, их патологией.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

С тех пор как Вернике предложил критерии выделения симптомов из аморфной массы клинических состояний, а Крепелин и Кальбаум - диагностические критерии нозологических форм, прошло немало времени.

Произошёл возврат к психопатологии симптоматологических интерпретаций нозологических форм, который изменил развитие клинической психиатрии. Критерии, включающие диагностические подходы к выявлению и анализу психопатологических феноменов, десятилетиями наработанные нозологическим направлением отечественной клинической психиатрии, служившие долго и, казалось, - безотказно, подверглись определённому пересмотру.

В основе нозологической классификации всех болезней, в том числе и психических, должно находиться единство этиологии и патогенеза, а, следовательно, и клинических особенностей представленных в ней нозологических форм. Несовершенство существующей классификации психических болезней (МКБ-10), в первую очередь, объясняется нашим недостатком знаний их причин и природы. Вместе с тем «существование в психиатрической классификации болезней, нозологическая самостоятельность которых обоснована лишь клинически, не опорочивает её, а отражает лишь этап научного развития дисциплины» (А.В. Снежневский).

В настоящее время современная психиатрия испытывает большие трудности в систематике клинических явлений. Международная классификация психических заболеваний 10-го пересмотра представляет собой возврат к донозологическому периоду психиатрии, когда чуть-ли не каждый синдром, а то и симптомокомплекс рассматривается в качестве самостоятельного заболевания, причём Международная классификация психических заболеваний 11-го пересмотра такой подход ещё более укрепит.

«Американская и международная психиатрические систематики преследуют прежде всего статистические цели, они атеоретичны, ориентированы на воспроизводимость диагнозов, и поэтому не могут рассматриваться в качестве завершающего итога в развитии концептуальных психиатрических взглядов» (С.Ю. Циркин).

Указанное нередко ставит в тупик клиницистов при исследовании статуса душевнобольного, порождает у них путаницу и языковую неразбериху.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Общая психопатология разрабатывает теоретические проблемы психиатрии.

В первую очередь, это дефиниции, с помощью которых оцениваются клинические феномены. Разнообразие симптомов и синдромов, в которых проявляется психическое заболевание, их бесконечные сочетания и неожиданные метаморфозы пока не нашли научного осмысления и строгой систематики.

Психиатры не выработали единого языка понятий и дефиниций психиатрической семиологии и нередко не понимают друг друга. Так, для одних бред - это симптом, для других - симптомокомплекс, для третьих - синдром. Эти понятия смешиваются настолько, что невозможно понять, когда один и тот же психиатр один и тот же феномен называет то галлюцинозом, то галлюцинацией, то псевдогаллюцинацией, не будучи способным их различить.

Нередкое совпадение именований вызывает у психиатров непонимание. Так, симптом депрессии - это подавленное настроение, депрессивный синдром охватывает ещё темп, богатство и разнообразие «потока сознания», двигательных и поведенческих актов, неустойчивость активного внимания, чувство виновности, низкую самооценку, переживание своей бесчувственности, неуверенность, замкнутость, падение работоспособности, бесперспективность, истощенность и обесценивание жизни, торможение влечений, расстройства сна, потерю веса, соматовегетативные проявления: тахикардию, запоры и т.д., а также суточную ритмику отдельных из этих характеристик, прежде всего настроения: переливы его интенсивности, различного рода волны или вкрапления тревожного настроения, дисфорий и т.д. (Ю.С. Савенко).

Еще в большей степени неразработанной является проблема определения специфичности психических расстройств. Тут противостоят две точки зрения. Одна признает специфичность психопатологических картин, решительно склоняясь к этому на примере экзогенных заболеваний; другая отрицает всякую специфичность, признавая невозможность отличить экзогенное от эндогенного, органическое от функционального.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

«Психиатрия знает только совокупность симптомов, происхождение их знает только приблизительно, а механизма совсем не знает» (Вильгельм Гризингер, 19 в.).

«Общая патология болезней человека владеет учением о лихорадке, воспалении, новообразованиях и др.; в общей психиатрии такого рода разделы учения о психической патологии всё ещё отсутствуют. Вместе с тем от успеха такого изучения зависит процесс исследования патогенеза отдельных психических болезней. Последнее и определяет необходимость исследования соотношения в патологии психических болезней человека всеобщего (общепатологического), особенного (нозологического) и единичного (нозологического)». (А.В. Снежневский).

Поэтому высказывание В.К. Смирнова о целесообразности разграничения понятий «психопатология» и «общая психопатология», оставив за последней изучение общепсихиатрических и общемедицинских закономерностей возникновения и формирования собственно психической патологии, является вполне обоснованным.

Отсюда вытекает необходимость выделения и более углублённого изучения именно теоретической психопатологии, утверждающей существование неописанных психопатологических симптомов и состояний и установление их связей в последовательном развитии психического заболевания.

Теоретический раздел клинической психопатологии обобщает и классифицирует психопатологические феномены и сводит их в некие психопатологические ряды, формируемые по определённым закономерностям, требующим научного осмысления.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Психопатология при исследовании расстройств психической деятельности оперирует понятиями психологии - науки, изучающей нормальную психическую деятельность и являющейся основой психопатологических понятий.

Определение наблюдаемых у больных психопатологических расстройств иным способом невозможно. Нарушения психической деятельности психопатология излагает психологическими понятиями, которыми пользуются и врачи других специальностей, оценивая психическую деятельность больных с соматической патологией.

Данные психологии позволяют психопатологии описывать и систематизировать симптомы психических расстройств, находить им определение, дифференцировать их и тем самым трактовать клиническую картину психического заболевания.

Психология способствует психопатологии трактовать психическое заболевание не как сумму отдельных симптомов, а как расстройство всей психической деятельности, изменение всей личности, её отношение к реальному окружающему и субъективному миру.

Цель психопатологического исследования заключается не только в установлении особенностей проявлений, но и во вскрытии природы патологического изменения психической деятельности, закономерностей этой природы, причин возникновения патологического состояния психики, задач восстановления. Психопатология пользуется общепатологическими понятиями, методы её исследования медицинские.

«Конечно, если бы психическая симптоматика заключалась лишь в том, что отдельные объекты нормальной психологии негативно изменялись, тогда было бы лучше оставить её без дальнейшего описания. Психические симптомы должны изучаться не психологическим путём, так как в психологии господствует старинная тенденция разделять все феномены по одному принципу, а как особые явления природы, для анализа которых патолог, не найдя данных в физиологии, должен сам создавать физиологический анализ» (К. Л. Кальбаум).

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ

На основе данных психологии психопатология пыталась объяснить их природу. Так, кататонические расстройства рассматривались как болезни воли, бессвязность - заболевание мышления, растерянность - как отношение здоровой части личности к психозу и т.п.

При таком понимании природы проявлений психического расстройства, - различным сторонам психической деятельности - восприятию, воле, вниманию, мышлению и т.д., как независимым друг от друга функциям, приписывались материальные свойства болезни, т.е. происходило овеществление психических явлений, верно обозначенное «психологическим фетишизмом» (А.В. Снежневский).

Даже при самом простейшем виде психического расстройства, например, *гиперестезии*, речь идет не просто о расстройстве ощущения, а об изменении эмоциональности, отношения к отражаемому, об истоцаемости познания и многом другом. *Галлюцинации* - это не просто расстройства восприятия. Истинные зрительные галлюцинации возникают при помрачении сознания, расстройстве чувственного и абстрактного познания, сопровождаемого глубоким нарушением аффекта. Иным образом изменяются познание и аффект при вербальных галлюцинациях. Симптом *инкогеренции* [речь объективно воспринимается как набор отдельных несвязанных между собой слов, бессмысленный поток фраз] - это не только особое расстройство мышления, но и особое расстройство чувственного и абстрактного познания, аффекта.

Для классификации психопатологических симптомов используют психологический принцип. Однако толкование того или иного симптома как выражения расстройства определенного психического процесса (восприятия, представления, эмоций и др.) условно. Речь идет о преимущественном, а не исчерпывающем изменении психического процесса, которое отражено в соответствующем симптоме. Например, особенности симптома бреда не исчерпываются расстройством мышления, они складываются и из болезненного аффекта, нередко обманов памяти (искажения воспоминаний) и других изменений психической деятельности.

Однако, в практическом плане изучение психопатологических феноменов до сих пор вынуждено придерживаться схемы, укладываемой в преимущественно психологические подходы.

ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Задача любого клинического исследования – выявление всей полноты симптоматики, что позволяет провести границу между нормой и патологией. Эта граница в любой области клинической медицины устанавливается нелегко, и при небрежении тщательным выполнением принятых методов исследования возможны роковые ошибки диагностики.

Психопатология, как и вся общая патология, при исследовании типовых патологических процессов и закономерностей восстановления функций не ограничивается только изучением их клинических проявлений.

Для установления природы патологического психического процесса того или иного происхождения психопатология обращается к исследованию высшей нервной деятельности и к общей нейрофизиологии, к патопсихологии, к патоморфологии, включая методы нейровизуализации, к лабораторным методам и иным достижениям параклинической диагностики.

Для полного познания клинической картины психических расстройств необходимо знание патофизиологии нарушений деятельности головного мозга, биохимических процессов, проявляющихся вовне в том или ином клиническом выражении и при тех или иных клинических состояниях, особенностей генетики. При этом психопатология устанавливает комплекс нарушенных взаимоотношений с целью обнаружения проявлений и особенностей материального субстрата того или иного патологического процесса.

В задачу психопатологии входит исследование общих закономерностей процессов восстановления как в результате спонтанного выздоровления, так и терапевтического. Исследование процессов восстановления одновременно является и исследованием патогенеза заболевания, которое лечится. «Лечение научает познавать природу болезней» - говорили медики прошлого.

ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИИ

В практической работе психиатра, как и врача любой отрасли клинической медицины, на первый план выходят вопросы диагностики.

Поскольку оценочные диагностические суждения, резюмирующие процесс обследования больного с тем или иным патологическим расстройством, формируются через выявление симптомов и синдромов, то для мышления психиатра необходимо их обнаружение в качестве психопатологических феноменов

И.Г. Оршанский [Исаак Григорьевич Оршанский (1851-1923), окончил медико-хирургическую академию, профессор Харьковского университета] говорил, что при исследовании больного психиатр обнаруживает, как «сама картина болезни руководит ходом исследования, и врачу приходится приспособляться к пёстрой смене симптомов, ловить их на лету и уже позже складывать в своей голове и строить по ним цельное представление о болезни». Это замечание важно, ибо во многих учебниках рекомендуются схемы исследования больных, схемы описания статуса. Подобного рода искусственная, уже заранее схематизированная анкета проявления болезни, особенностей течения её у отдельного больного часто уводит врача от диагноза, если не болезни, то больного.

Чтобы установить правильный, полностью развёрнутый клинический диагноз, а не только верно оценить уровень психического расстройства (психотический, непсихотический), психиатру нельзя в ходе клинко-психопатологического обследования ограничиваться только кругом выявленных психопатологических симптомов и синдромов.

Необходимо всестороннее изучение личности больного с учётом её наследственности и протекания беременности, родов, преморбидных особенностей, условий воспитания, развития в разные периоды жизни, в том числе психосексуального, анализ перенесённых заболеваний и травм, круга общения, включая членов семьи, реакций на стрессовые ситуации, увлечений, способностей, образования, социального окружения и положения и т.д.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

Первоначальный контакт с больным уже позволяет опытному врачу создать впечатление о характере и структуре психопатологических переживаний. По тому, как зашёл больной в кабинет для беседы, либо, если осмотр начинается в палате, то в какой позе он сидит или лежит, врач может заподозрить психическое расстройство и предположить варианты продуктивной беседы.

Поза, жестикация, мимика, модуляция голоса, походка, скорость двигательных реакций, цвет кожных покровов, телосложение, явно избыточный или пониженный вес во многом предопределяют вопросы врача, направленные на изучение и уточнение психопатологического статуса.

Исследование психически больного, первичный с ним контакт начинается с выслушивания жалоб. От того, как завязывается этот контакт, с каким вниманием, деликатностью и тактом относится врач к больному, зависит результат. Откровенность или неоткровенность не объясняется одними лишь личностными особенностями пациента. Она зависит от клинического мастерства самого врача.

Клиницисту необходима непрерывная критическая рефлексия, то есть постоянное обращение своего внимания на самого себя и на своё сознание, в частности, на продукты собственной активности, а также какое-либо их переосмысление. Другими словам, следует иметь в виду процедуры собственного осмысления эмпирических данных со всех сторон и в различных аспектах.

Клинико-анамнестическое исследование, исследование соматического и неврологического состояния, оценка результатов лабораторного и других параклинических методов исследования (нейрофизиологические, включая ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ и другие, экспериментально-психологическое и нейровизуализационные методы исследования и т.д.) расширяют диагностическое суждение, а клинико-динамическое наблюдение за поведением больного в отделении его закрепляют.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Таким образом, основой исследования больного на сегодняшний день продолжает оставаться клиничко-психопатологический метод, искусное владение которым и предопределяет, насколько врач будет точен как в постановке диагноза, так и в последующем подборе терапевтических схем.

Выстраиваемая лечебно-реабилитационная стратегия ведения больного включает не только решение тактических вопросов назначения ему тех или иных психофармакологических препаратов и участия в конкретных психотерапевтических программах, но и вопросы медико-социальной экспертизы.

Для решения указанных задач необходимо наличие не только базисных знаний и определённых практических навыков, но и клинической интуиции, наработанного опытом работы алгоритма технологии исследования, являющегося для каждого врача определённо в чём-то индивидуальным, что и ложится в основу искусства общения с больным, формирует умение задавать не какие-то абстрактные вопросы, а вопросы конкретные, целенаправленные, причём позволяющие услышать не только то, что говорит данный больной, а главное, - как говорит, узнать, как он мыслит, как чувствует и как реагирует.

Только полное выполнение вышеперечисленных условий, подходов и требований к проведению клиничко-психопатологического исследования позволяют предопределить безошибочность диагностического суждения - основы медико-социального прогноза течения заболевания и правильно выстроенных лечебно-реабилитационных мероприятий для каждого конкретного больного.

ЛИЧНОСТЬ ПСИХИАТРА И ПОЗНАНИЕ БОЛЬНОГО

Полное познание психической болезни в свою очередь возможно лишь через многогранное изучение всей структуры личности человека, заболевшего ею.

Чтобы разобраться в душевных страданиях личности и дать им правильную клиническую оценку, огромное значение приобретают советы и положения старых мастеров психиатрического исследования о том, как его надо проводить, с учётом того, что «... далеко не всякий больной хочет и ещё более не всякий может достаточно подробно и точно описать врачу свои ощущения» (Кандинский В.Х.).

«Главным методом по-прежнему остается беседа с душевнобольным... научиться этому и овладеть этим можно, если молодой психиатр будет с достаточной вдумчивостью и вниманием относиться к душевнобольному, если он будет правдив и как можно более прост в общении с больным; лицемерия, слащавости, тем более прямой неправды душевнобольной не забудет, не простит, и в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента. Лучшие наши психиатры Крепелин – немец, Маньян – француз, Корсаков – русский были большими мастерами... даже художниками в деле разговора с больными, в умении получить от больного то, что им было нужно; каждый из них подходил к больному по-своему, у каждого были достоинства и недостатки, каждый отражал в этой беседе самого себя со всеми своими душевными качествами. Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пытливость; у его подражателей эти качества превращались в ханжество. Крепелин был резок, иногда даже грубоват, Маньян – насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем любить больше всего психически больного человека, – больные это понимали и охотно беседовали с ними» (Ганнушкин П.Б., 1958).

ОБОСНОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Область эмоциональной жизни больного в описании статуса должна быть представлена всем огромным многообразием симптомов нарушения.

Приводится тщательное описание двигательно-волевой сферы на основе наблюдения за моторикой больного, за степенью модулированности его движений, оценивается скорость этих движений, характера позы.

В последние годы вышли из употребления приемы исследования интеллектуальной деятельности, когда-то широко применявшиеся каждым клиницистом и приводимые им при описании статуса.

О расстройствах мышления сейчас пишут с не меньшей лаконичностью, чем при описании других продуктивных симптомов. При этом трудно сказать что-нибудь о структуре бреда, его характере, отличать бредовые идеи от сверхценных идей и т.п.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ

«Патолого-анатомические работы, предпринятые с такими большими усилиями и таким энтузиазмом, содействовали появлению обширнейшего и ценнейшего материала, но ни в какой мере они не способствовали выяснению патогенеза психозов и анатомическому обоснованию их столь многообразных проявлений при жизни» [Карл Людвиг Кальбаум, немецкий психиатр, один из основоположников нозологического направления в психиатрии, 3 года работал в Кенигсберге (1828-1899)].

И все яснее становится мысль, что только всестороннее клиническое исследование психозов дает возможность систематизировать эмпирический материал по методу клинической патологии и, таким образом, подготовить почву для дальнейшего анатомического уточнения. Это означает, что в первую очередь мы должны поднять уровень клинического исследования и его методики, которая за вычетом грубо органических психозов еще далека от понятий и методов анатомической интерпретации.

Лишь после дальнейшего развития клиники будет, как писал Кальбаум, «найден базис для анатомического понимания психотических состояний и течений и для анатомического обоснования отдельных форм болезней, что явится незыблемой опорой и завершением патологического познания».

ПРОБЛЕМЫ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Обоснованность выделения нозологических единиц в круге функциональной патологии остаётся дискуссионной, что отчасти объясняет несовершенство существующих систематик психических болезней.

Разграничение так называемого психопатологического диатеза и шизофрении основывается на выявлении нажитой дефицитарности, которая обычно устанавливается по эмоциональному обеднению, однако разграничить в ходе практической работы врождённую и нажитую эмоциональную дефицитарность далеко не всегда просто.

Основная проблема состоит в том, что нажитой эмоциональный дефект теоретически может быть понят как усиление аффективных нарушений, представленных преимущественно негативным компонентом. Углубление когнитивной неполноценности имеет более доказательный характер для квалификации нажитого дефекта, но констатировать его в ходе ретроспективной оценки её сложнее, чем эмоциональный, что сказывается на экспертной оценке состояния.

Диагностика обязательно включает психопатологическую квалификацию, и нет смысла отказываться от синдромального термина, если картина состояния соответствует его типичному варианту.

Вместе с тем, требуется уточнять, какие базисные симптомы дополняют ведущую симптоматику (учитываемую синдромальной квалификацией), какие присутствуют условные симптомы. Отдельно необходимо определять тяжесть симптоматики (т.е. степень изменения психической деятельности, которая необязательно коррелирует со степенью социальной дезадаптации), её динамические характеристики и механизмы развития (симптоматика аутохтонная, реактивная или эндореактивная, спровоцированная психологическими нагрузками и спровоцированная экзогенно-органическими факторами или производная от них).

Ещё в 1940 году А. Кронфельд писал, что развитие нозолого-клинической классификации достигло точки, где она сама требует синдромологии как «нового пути». При этом он писал: «Синдромологическое же исследование исходит из того, что разграничение клинических единиц, пока невозможно. А поскольку клиническая нозология апеллирует к синдромологии, она, таким образом, упраздняет свою собственную точку зрения. И наоборот, мы указывали, что и синдромология потеряет свой смысл, если она не примет предпосылки существования различных нозологических процессов и если не изучит синдромы как результат этих нозологических процессов».

ВОЗВРАТ К НОЗОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ НЕИЗБЕЖЕН!

«До сих пор мы знали лишь два направления в клинической психиатрии: направление симптоматологическое и нозологическое; будущее, конечно, только за нозологическим направлением, хотя, нужно сказать и симптоматологическое ещё не сказало своего последнего слова».

«...Все эти симптомокомплексы, все эти синдромы должны рассматриваться как проявление той или другой нозологической формы» (П.Б. Ганнушкин).

«Существующие сейчас нозологические единицы не являются окончательными, требуется ещё большая и терпеливая работа по изучению всех особенностей течения процессов и их закономерностей. В результате будет преодолён существующий «жёсткий» нозологизм, будет преодолено и принятие синдрома за нозологическую единицу».

Болезни - это обобщения, - как в случае определения «нозологических единиц», так даже и при определении конкретного заболевания у конкретного человека.

«В нашей же практике инструкции, методические письма, приказы, психофармакологический ажиотаж и всё другое прочее заслоняют порой больного со всеми его личными особенностями течения болезни, лечения, устройства его судьбы. При этом забывается, что психиатрический диагноз больного, его индивидуальное лечение совершенно несовместимы с шаблоном и стандартом» (А.В. Снежневский).

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НОЗОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

Несовершенство нозологической системы психических болезней - проблема не только теоретическая, но и непосредственно прикладная. Каждодневная психиатрическая практика требует от практического врача применения диагностических критериев, специфичных для установления диагноза имеющегося у больного психического расстройства с тем, чтобы прогнозировать течение и исход болезни и разрабатывать валидный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. В идеале такой врачебный подход должен базироваться не только на основе знания психопатологической феноменологии, но и нозологии психических расстройств, поскольку его конечная цель - верифицировать установленную нозологическую форму.

Однако, Международная классификация психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в настоящее время практическими психиатрами в диагностических целях, отражает существующий невысокий научный уровень состояния клинической психиатрии и потому не содержит оценочные инструменты, достаточные для формулирования нозологических суждений. Отсюда перечень диагностических рубрик, содержащийся в МКБ-10, большей частью основан на синдромологическом, а не нозологическом принципе, что особо негативным образом сказывается в работе психиатров, занимающихся вопросами любого вида экспертизы (судебной, военно-врачебной, медико-социальной).

Вместе с тем, «...синдромологическая психиатрия заведомо и принципиально недостаточна. Синдромология может только подготовить разрешение главных задач психиатрического исследования, но сама она на это претендовать не может» (А. Кронфельд, 1940).

Рассматриваемая проблема, разрешение которой видится не скоро, ставит перед психиатрами-экспертами много задач. Именно от психиатрической нозологии нередко зависит и судьба отдельных больных, так как существующие ограничения граждан к поступлению в учебные заведения, к приёму на работу в некоторые промышленные предприятия, к призыву на военную службу, а также вопросы вменяемости-невменяемости, дееспособности-недееспособности, сделкоспособности-несделкоспособности, установлении инвалидности и т.д. во многом зависят от формулировки диагноза болезни, устанавливаемого больному, предполагающей формат, не ограничивающийся синдромом, а имеющий развёрнутое клиничко-функциональное содержание. Поэтому необходимость создания научно обоснованной нозологии в психиатрии остаётся актуальной и требует интенсификации усилий учёных на основе накопления опыта и расширения знаний по данному разделу клинической медицины.