

18+

САМЫЙ КРАТКИЙ КУРС

Введение в психиатрию

издание третье

Маслов К.А.

Константин Андреевич Маслов
Введение в психиатрию. Самый
краткий курс. Издание третье

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=72134146
ISBN 9785006739215

Аннотация

НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Взгляд на современную психиатрию. Краткое введение в предмет психиатрии «с ходу» и без «воды», обеспечивающее «порог вхождения» в предмет психиатрии.

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	7
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	9
Периоды развития психиатрии	10
Что стоит почитать	12
ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ В ИСТОРИИ	13
ПСИХИАТРИИ	
О классификации психических расстройств	20
и подходах к изучению психиатрии	
Что стоит почитать	32
Знаменитые психиатры и ученые внесшие вклад	33
в изучение психиатрии	
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Введение в психиатрию. Самый краткий курс Издание третье

**Константин
Андреевич Маслов**

Дизайнер обложки Владислав Толкачев

© Константин Андреевич Маслов, 2025

© Владислав Толкачев, дизайн обложки, 2025

ISBN 978-5-0067-3921-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ПРЕДИСЛОВИЕ

Работа научно-информационно-образовательного характера, рассчитана на широкую аудиторию (медицинские работники, студенты медицинских учебных заведений, а также все интересующиеся психиатрией) тех, кто желает «с ходу» и без «воды» начать освоение психиатрии.

Работа построена на мнении и взгляде автора на современные представления о психиатрии, в работе отражены, как исторически сложившиеся подходы к изучению психиатрии, так и современные взгляды. Вся информация представлена в максимально сжатом и кратком виде, в каком только возможно и образует, на взгляд автора, минимально необходимый «порог вхождения» для ознакомления и начала изучения психиатрии.

В разделе посвященном частной психопатологии иногда намеренно представлены устаревшие классификации и ссылки на устаревшие (но в свое время считавшимися основополагающими) работы, для понимания эволюции и систематики научных и клинических взглядов, сущности современных тенденций (в том числе в отечественной психиатрии), для получения более обширного представления о теме.

Еще раз хотелось бы отметить, что в работе не отражен ряд патологий, которые по мнению автора чуть менее широ-

ко представлены в обычной (т. н. «полевой») работе врача психиатра и требуют более сложного, вдумчивого и дифференцированного подхода, а именно: расстройства пищевого поведения (РПП), расстройства вследствие аддиктивного поведения (немедикаментозные аддикции), расстройства контроля побуждений, парафилические расстройства (сексопатология), расстройства аутистического спектра (РАС), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и другие немаловажные виды психопатологии, которые только тезисно обозначены в отдельном разделе, это сделано в угоду краткости курса.

Вся информация, содержащаяся в работе, представлена исключительно в информационных, научных, культурных и учебных целях.

Третье издание в значительной степени дополнено и переработано.

Год публикации: 2025.

Автор: Константин Маслов

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БАР – биполярное аффективное расстройство;

ГТР – генерализованное тревожное расстройство;

ДЭ – депрессивный эпизод;

ИКТ – инсулинокоматозная терапия;

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия;

МДП – маниакально-депрессивный психоз;

МКБ – международная классификация болезней;

ОЗГМ – органическое заболевание головного мозга;

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство;

ПАВ – психоактивные вещества;

ПР – паническое расстройство;

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство;

РАС – расстройства аутистического спектра;

РДР – рекуррентное депрессивное расстройство;

РКИ – рандомизированные контролируемые испытания;

РПП – расстройства пищевого поведения;

СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью;

ЦНС – центральная нервная система;

ЧМТ – черепно-мозговая травма;

ЭСТ – электро-судорожная терапия;

CCMD – Chinese Classification of Mental Disorders;

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders;

EBM – evidence-based medicine;

HiTOP – Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology;

ICD – International Statistical Classification of Diseases and

Related Health Problems;

ILCD – International List of Causes of Death;

OBM – opinion-based medicine;

PDM – Psychodynamic Diagnostic Manual;

RDoC – The Research Domain Criteria.

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

В данном разделе в очень кратком и схематичном виде представлены наиболее важные вопросы истории психиатрии, краткие биографии исследователей и ученых внесших значительный вклад в развитие психиатрии.

Психиатрия, как раздел медицины ведет свою историю с древнейших времен, с момента зарождения самой медицины.

В настоящий время общепринятым является мнение, что начало психиатрии как науки выделившейся в отдельное направление из общей медицины является граница XVIII – XIX веков.

Название «психиатрия» было предложено в начале XIX века немецким врачом Йоханом Рейлем (под термином подразумевалось лечение душевных болезней) и получило широкое признание в середине XIX века (уже как учение о распознавании и лечении психических расстройств) [Ю. В. Каннабих, 2002].

Периоды развития психиатрии

Один из вариантов классификации периодов истории психиатрии [А. В. Рустанович, В. К. Шамрей, 2006]:

1. эмпирический этап (до конца XVIII века) – период основанный на наблюдении за людьми с психическими расстройствами (возникновение психических расстройств объяснялось с точки зрения религиозно-мифологических представлений);

2. феноменологический этап (с конца XVIII века до конца XIX века) – период систематизация знаний о психопатологии, зарождение психиатрии как науки (накопление данных и представлений о психических расстройствах, наблюдение их феноменов, формирование клиники психиатрии);

3. нозологический этап (с конца XIX века до нашего времени) – период формирования психиатрии как научной дисциплины (систематизация и обобщение данных о психических расстройствах, выделение нозологических форм, изучение этиопатогенеза, клиники, способов диагностики и лечения психических расстройств, открытие антипсихотических препаратов).

Еще один вариант классификации периодов истории психиатрии:

1. донаучный этап (с древнейших времен до VII

в.д.н.э.) – примитивное, религиозное понимание аномального поведения человека;

2. эпоха древней античной медицины (с VII в.д.н.э. до III в.н.э.) – зачатки оказания помощи душевнобольным;

3. средние века и новое время (с IV до XVII века) – первые научные представления о психических расстройствах;

4. эпоха Пинеля (с конца XVIII до начала XIX века) – становление психиатрии как науки, начало гуманизации психиатрии («снятие цепей»);

5. нозологическая эпоха (с конца XIX века) – первые классификации психических расстройств, введение таких нозологических единиц как раннее слабоумие и МДП);

6. современный этап развития психиатрии (с середины XX века) – начало «нейролептической эры», биологические методы лечения (ИКТ, ЭСТ и пр.), биопсихосоциальный подход, доказательная медицина.

Что стоит почитать

– Каннабих Ю. В. История Психиатрии.

ВАЖНЫЕ МОМЕНТЫ В ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ

В процессе существования и развития психиатрии (как науки и социального института) существует ряд важных моментов, на которых в силу их резонанса, нельзя не остановиться.

«Снятие цепей с душевнобольных» – т.н. акт гуманности, осуществленный французским психиатром Филиппом Пинелем, работавшим в парижском заведении для умалишенных «Бисетр», заключающийся в получении у революционного Конвента (высший законодательный и исполнительный орган Первой французской республики во время Великой французской революции) разрешение снять цепи с душевнобольных, в связи с чем больные также получили свободу передвижений по больнице. Начинание увенчалось полным успехом, опасения относительно опасности не закованных больных оказались не оправданными [Р. Комер, 2001].

Программа умерщвления «Т-4» («акция Тиргартенштрассе 4», по названию улицы и дома в Берлине, где располагалась штаб-квартира) [М. Крапах, 2006] – название евгенической программы (с 1933 по 1945 год) немецких национал-социалистов, которая подразумевала мероприятия по т.н. «расовой гигиене» (стерилизация, физическое уни-

чтожение лиц с психическими расстройствами).

Лоботомия – устаревший и запрещенный к применению в настоящее время инвалидизирующий метод хирургического лечения в психиатрии, при котором проводится операция по иссечению или частичному удалению одной из долей (чаще лобной) головного мозга человека, что приводит к снижению либо исключению влияния лобных долей мозга на остальные отделы центральной нервной системы [Р. Корсини, А. Ауэрбах, 2006]. В 1936 году португальским психиатром и нейрохирургом Эгашем Монишем (настоящее имя – Антонио Каэтану ди Абреу Фрейри) была проведена первая операция. С 1949 года после получения им Нобелевской премии по физиологии и медицине, лоботомия получила всемирное распространение, однако в последующем в 50-е годы XX века в мире от нее постепенно отказались, в СССР лоботомия была официально запрещена в 1950 году, в США в конце 50-х годов XX века.

Электросудорожная терапия (ЭСТ, электроконвульсивная терапия, электрошоковая терапия, электрошок) – метод немедикаментозной терапии в психиатрии, при котором через головной мозг человека пропускают электрический ток, тем самым вызывая большой судорожный эпилептиформный припадок. Применяется при терапии тяжелых депрессивных расстройств (при неэффективности других методов лечения), при кататонических расстройствах и в других случаях (терапия аффективных нарушений) [Р.

Корсини, А. Ауэрбах, 2006]. ЭСТ появилась и была внедрена в клиническую практику в 30-е годы XX века и до 50-х годов XX века имела широкое распространение в терапии психических расстройств. В настоящее время также применяется (в своей современной модифицированной форме с использованием наркоза и миорелаксантов), однако гораздо менее широко, чем ранее, по строгим показаниям.

Злоупотребления психиатрией – использование психиатрии во вред пациенту либо психически здоровому человеку, его здоровью, правовым и имущественным интересам. К злоупотреблениям относятся: неверная постановка диагноза в корыстных целях, недобровольные освидетельствование и госпитализация без достаточных оснований, лишение дееспособности без достаточных оснований, признание (либо непризнание) человека невменяемым без достаточных оснований, применение психотропных средств не по показаниям, неудовлетворительные условия пребывания в закрытых учреждениях, эксплуатация труда пациентов, присвоение имущества пациентов, неоправданное лишение тех или иных прав и др [А. Я. Иванюшкин и др., 1998].

Использование психиатрии в политических целях (т.н. «карательная психиатрия», частный случай злоупотребления психиатрией) – термин обозначающий использование психиатрии как орудия политической борьбы с инакомыслящими, политическими оппонентами действующей власти, которых затруднительно или нежелательно репресси-

ровать другими способами. По некоторым данным с 50-х годов XX века в СССР имелаась практика использования психиатрии в политических целях [Международная Хельсинкская Федерация по правам человека, 2004].

Изобретение антипсихотических препаратов (начало т.н. «нейролептической эры») – в 1952 году в клинической практике появился препарат хлорпромазин (Аминазин), первый нейролептик. С 1958 года появились и другие препараты (галоперидол, трифлуоперазин и др.) [С. Н. Мосолов, 2004]. До открытия нейролептиков для терапии психозов использовали препараты различных групп (опиаты, бромиды, препараты беладонны, антигистаминные средства и др.), также широко применялись инсулинокоматозная (ИКТ) и электросудорожная терапия (ЭСТ), психохирургия (лоботомия). С момента внедрения в психиатрическую практику антипсихотических препаратов облик психиатрии значительно изменился, ушли в прошлое смирительные рубашки, лоботомия, широкое распространение методики ЭСТ, значительное количество больных получило возможность лечиться амбулаторно.

Талидомидовая трагедия («талидомидовые дети») – в 1954 году немецкой фармацевтической компанией «Chemie Grünenthal» был разработан противосудорожный препарат талидомид. Однако в процессе клинических испытаний обнаружилось, что он обладает хорошим снотворным и успокаивающим эффектом. В 1957 году талидомид

официально поступил в продажу, препарат стали рекламировать как лучшее лекарство, предназначенное для беременных и кормящих матерей от токсикоза и предродовых беспокойств, однако дополнительных исследований больше не проводилось. В дальнейшем было установлено, что препарат обладает тератогенной активностью (нарушение эмбрионального развития), в период с 1956 по 1962 годы в ряде стран мира родилось более 10 000 детей с врожденными уродствами, обусловленными тем, что матери принимали талидомид во время беременности. После талидомидовой трагедии ужесточились требования к проведению клинических испытаний и регистрации лекарственных препаратов в мире [N. Vargesson, 2015].

Антипсихиатрическое движение (антипсихиатрия) – международное движение противников психиатрии сформировавшееся в начале 60-х годов XX века, возникшее на волне общественного недовольства злоупотреблениями в психиатрии. Антипсихиатрия представляет собой протестное движение, а не науку, ряд антипсихиатрических взглядов на проблему психических расстройств не подтверждаются в результате наблюдений и научных экспериментов, а зачастую противоречат им. Однако следует отметить вклад антипсихиатрического движения в гуманизацию психиатрии в ряде стран и профилактическое влияние на злоупотребления психиатрией [Ю. С. Головин, 1998].

Эксперимент Розенхана – организованный в 1973 го-

ду в США психологом Дэвидом Розенханом из Стэнфордского университета эксперимент, который состоял из двух этапов: на первом этапе заранее подготовленные и проинструктированные участники при обращении за психиатрической помощью симулировали галлюцинации, все были госпитализированы, однако после госпитализации сообщили, что это всего-лишь эксперимент и они здоровы, несмотря на это у всех были диагностированы психические расстройства, была назначена терапия и выписаны они были лишь по окончании курса лечения, после чего эта история получила огласку в прессе. На втором этапе перед персоналом одной из психиатрических больниц была поставлена задача выявить симулянтов, которых Розенхан (по аналогии с первым этапом) направит к ним, 41 реальный пациент был принят за симулянтов, при этом Розенхан никого в клинику не отправлял [D. Rosenhan, 1973]. Также есть мнение, что эксперимент возможно был мошенничеством или фальсификацией [A. Abbott, 2019; A. Scull, 2023].

Психиатрическая реформа в Италии (закон Базальи, закон 180) – реформа психиатрической помощи Италии гуманистической направленности, осуществленная при активном участии итальянского психиатра Франко Базальи. Реформа заключалась в принятии в 1978 году закона о психиатрической помощи и реформе психиатрии в Италии, в законе были указания о закрытии всех психиатрических больниц, которые привели к полной ликвидации всех государ-

ственных психиатрических больниц в Италии к 1998 году [Burti L., 2001].

О классификации психических расстройств и подходах к изучению психиатрии

Более-менее разработанные попытки классификации психических расстройств начались с теорий т. н. «унитарного психоза» или «единого психоза» Гризенгера [G.E. Berrios, D. Beer 1994], продолжились Крепелиным с его дихотомией (разделение основных эндогенных психозов на «раннее слабоумие» и «маниакально-депрессивный психоз») [J. Angst, 2002].

Один из вариантов традиционной классификации психических расстройств (по преимущественным причинам возникновения):

– эндогенные (греч. endon – внутри) – психическое расстройство возникшее в отсутствии внешнего воздействия (травма, воспаление, опухоль, интоксикация, стресс и т.д.), по «внутренним причинам», отчасти обусловленное генетически, например такие расстройства как шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.;

– экзогенные (греч. exo – вне, снаружи) – психическое расстройство возникшее в результате внешнего воздействия (травма, воспаление, опухоль, интоксикация, стресс и т.д.) на головной мозг, например такие расстройства как инток-

сикационный психоз, травматический психоз и др.

– психогенные – психическое расстройство возникшее в результате воздействия на психику выраженного стрессового фактора (т.н. «психической травмы»), например немалая часть невротических расстройств (расстройство приспособительных реакций, посттравматическое стрессовое расстройство), реактивные психозы и др.

В настоящее время в мировой психиатрии общепринятой классификацией психических расстройств считается **Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD)**, которая является международным консенсусом медицинских сообществ и национальных систем здравоохранения (разрабатывается и утверждается ВОЗ) по вопросам диагностики тех или иных расстройств. Необходимо отметить, что своё начало эта классификация берет с конца XIX века, когда начальник статистической службы Парижа, Жак Бертильон, на заседании Международного статистического института (Чикаго, США) в 1893 году предложил международный список причин смерти (англ. International List of Causes of Death – ILCD), предшественник МКБ. Начиная с шестого пересмотра в 1948 году, МКБ приобрела свое текущее название и стала отражать не только причины смерти, но и собственно классификацию болезней и дошла (в разделе психических расстройств) почти в исходном виде до де-

вятого, а по некоторым мнениям даже до десятого своего пересмотра [Website WHO. History..., 2021].

Параллельно МКБ, существует **Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM)** [American ..., 2013], американская классификация и номенклатура психических расстройств, особенностью указанной классификации (до выхода её последней версии) было использование т.н. «многоосевой системы», когда диагноз классифицируется по нескольким независимым параметрам (осям), с широким использованием количественных и операциональных критериев [P. Tyrer, 2014]. Считается, что DSM в сравнении с МКБ имеет более широкое использование в научных исследованиях и более удобна и практична для этих целей [J.E. Mezzich, 2002].

Как альтернатива вышеуказанным классификациям, в Китае (наряду с МКБ) существует **Китайская классификация психических расстройств (англ. Chinese Classification of Mental Disorders – CCMD)**, которая представляет собой клиническое руководство, используемое в Китае для диагностики психических расстройств. В настоящее время его последняя версия (CCMD-3), написанная на китайском и английском языках, очень похожа на МКБ-10 и также находится под влиянием DSM-IV, включает в себя некоторые вариации культурно-обусловленных для китайской или азиатской культуры диагнозов [Y.F. Chen,

2002].

Совместными усилиями американского психоаналитического сообщества, создано **Руководство по психодинамической диагностике (англ. Psychodynamic Diagnostic Manual – PDM)**, многие концепции из которого адаптированы из классической психоаналитической традиции психотерапии (которая исторически сильна в США), по словам авторов PDM не предназначено для конкуренции с DSM или МКБ, а дополняет существующие диагностические таксономии, предоставляя многомерный подход к описанию тонкостей общего функционирования пациента и способов участия в терапевтическом процессе [W. Etnyre, 2008].

Психиатрические школы – принятое в отечественной психиатрии понятие, которое обозначает исторически сложившуюся систему взглядов относительно механизмов возникновения и течения психических расстройств и как следствие подходов к терапии и диагностике психических заболеваний.

В настоящее время некоторые психиатры придерживаются концепции так называемых «школ», если смотреть глобально, то основными «школами» являются немецкая и французская (видимо потому, что Франция и Германия с момента своего возникновения и до конца XIX века были сравнительно крупными и развитыми государствами, в которых также развивалась наука и примерно одновременно появились исследователи, создавшие свои школы и взгляды

на подходы к изучению психиатрии) [Г. В. Морозов, 1988]. По данным некоторых источников считается, что особенностями французской школы является т.н. синдромальный подход (когда во главу угла ставится не этиопатогенез заболеваний, а проявления – синдромы), а немецкой школы – нозологический подход (когда во главу угла ставится именно этиопатогенез заболеваний, симптомы же вторичны). Можно выделить также американскую «школу» (очень условно), особенностью которой является больший интерес к психотерапии. Что касается отечественной школы психиатрии, то она стоит более близко к немецкой (хотя в её составе некоторые авторы выделяют т.н. московскую «школу», особенностью которой был нозологический подход и ленинградскую «школу», особенностью которой был «физиологический» подход). На настоящем этапе развития медицинской науки ряд прогрессивных исследователей считают подход «школ» не совсем корректным, т.к. существует доказательная медицина, научный метод, строгая методология научных исследований, а наличие тех или иных взглядов на причины развития и течения психических расстройств обусловлено недостаточной их изученностью, что без достаточной доказательной базы дает почву для развития различных «школ». И если раньше в начале нозологического этапа развития психиатрии это являлось важным и необходимым моментом для развития психиатрической науки, как ступень, в силу отсутствия некоторых знаний и методов научного анализа, то в на-

стоящее время такой подход ряд авторов считает устаревшим. Хотя, несмотря на это, в настоящее время (в силу большого количества «белых пятен» в этиопатогенезе психических расстройств) он всё еще применяется.

Доказательная медицина (англ. evidence-based medicine – ЕВМ, медицина основанная на доказательствах) – понятие появившееся в 90-х годах XX века, обозначающее подход к медицинской практике с использованием научного подхода основанного на доказательствах (научный метод, надлежащая клиническая практика, использование статистических методов обработки научных данных, корректное планирование эксперимента и др.), когда для принятия клинического решения (назначать тот или иной метод диагностики или лечения или нет) используются данные многочисленных качественных и методологически спланированных, прошедших проверку, опубликованных в открытом доступе клинических исследований (двойных или тройных слепых, рандомизированных, плацебо-контролируемых клинических исследований) [В. И. Петров, 2011]. В противовес доказательной медицине в настоящее время в ряде стран (в России в том числе) всё ещё достаточно сильны позиции т.н. медицины основанной на мнении и опыте (англ. opinion-based medicine – ОВМ) и её разновидности – eminence-based medicine (медицина основанная на мнении авторитетов), когда для принятия клинического решения врач опирается на мнение того или иного «научного авторитета» или соб-

ственный опыт и опыт коллег [J.R. Hampton, 2002]. Несмотря на все недостатки доказательной медицины – это в настоящее время лучший и общепризнанный медицинским сообществом в мире подход в медицине, во всяком случае по мнению автора на сегодняшний момент ничего лучше в медицинской науке не существует.

Преимущества доказательной медицины:

- доступ к результатам двойных и даже тройных слепых, рандомизированных, плацебо-контролируемых клинических исследований;
- развитый инструментарий медико-биологической статистики, позволяющий спланировать размеры выборок и прочих данных, для минимизации возможных ошибок и получения более точных и достоверных сведений;
- верная методология исследований, их «открытость», требование декларации конфликта интересов; в настоящее время для улучшения качества исследований имеется тенденция к проведению процедуры предрегистрации и обязательной публикации результатов планируемых исследований в сети интернет [Website ClinicalTrials.gov ..., 2024], которая позволяет снизить возможные риски их фальсификации, в связи с открытым доступом к информации независимых исследователей (как одиночек, так и организованных групп) и возможностью её проверки (признаки ошибок, фальсификаций, повторяемость результатов) и огласки (при попытках фальсификации), также регулирующие органы некото-

рых развитых стран (например США) законодательно обязывают фармкомпании предоставлять списки исследователей сотрудничавших с ними (для декларации конфликта интересов).

Недостатки доказательной медицины:

– дороговизна и затратность проведения клинических испытаний, в связи с чем имеется большое количество пред-регистрационных РКИ, предшествующих выходу того или иного препарата на рынок и как следствие – малое количество независимых исследований (спонсируемых органами здравоохранения государства или независимыми, неангажированными исследователями);

– требования к уровню подготовки исследователя (владение качественной методологией построения научного эксперимента, знание английского языка, знание процедуры проведения и регистрации клинических испытаний, познания в клинической эпидемиологии, медико-биологической статистике, навыки работы с интернетом, электронной почтой и базами научных публикаций и пр.).

Конфликт интересов в психофармакологических исследованиях

Есть данные, что 90% лиц, кто в своё время открыто сообщил о фактах невыгодных для некоторых фармкомпаний были впоследствии уволены или смещены с должностей [P. Rost, 2006; PC Gøtzsche, 2019]. Ряд авторов сообщили, что исследования психофармакологических препаратов спонси-

руемые фармкомпаниями были необъективны и намерено преуменьшали данные о риске суицидальности (например, заменяя её в термине «эмоциональная лабильность») [T. Sharma, 2016].

В настоящее время в вопросе диагностических классификаций в психиатрии приходят новые подходы, одним из перспективных является **Проект исследовательских критериев доменов (The Research Domain Criteria – RDoC)**, проект начат в 2008 году, при финансировании Национального института психического здоровья США и направлен на устранение неоднородности в текущей психиатрической нозологии путем предоставления биологической, основы для понимания психических расстройств, нацелен на создание новых подходов к классификации психических расстройств для научных исследований на основе дименсий поведения и нейробиологических показателей (на основе проведения качественных генетических, неврологических, визуализационных, поведенческих и клинических исследований, с целью измерения и связи компонентов нормального и ненормального функционирования человека), станет возможным построить достоверные, надежные фенотипы (измеримые черты или характеристики) психических расстройств, что позволит современной психиатрии в некотором роде «догнать» многие соматические дисциплины по научно-обоснованному базису и как следствие в разы увеличить точность диагностики и прогноза, качество терапии, ре-

абилитации и возможно профилактики [B.N. Cuthbert, 2014; M. Maj 2014; B.N. Cuthbert, T.R. Insel, 2013].

Наряду с проектом RDoC, в 2015 году группой инициативных психиатров и психологов и сформирован **Консорциум иерархической таксономии (систематики) психопатологии (Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology – HiTOP)**, очередная система классификации психических расстройств на основе современных научных данных, представляет континуальный и дименсиональный подходы к систематике психических расстройств (грубо говоря не столько в наличии той или иной симптоматики, сколько в степени её выраженности и отсутствии четких границ, наличии спектра патологии) [R. Kotov et al., 2017].

В настоящее время в психиатрической практике (а также научной периодике) имеет широкое применение понятие «**спектр расстройств**» или «**расстройства спектра**», примером этой тенденции является расстройства аутистического спектра, расстройства шизофренического спектра [Galletly C et al., 2016], расстройства биполярного спектра, расстройства тревожного спектра, расстройства обсессивно-компульсивного спектра, и пр. Указанное понятие используется в дименсиональной, континуальной моделях и применяется в последних версиях МКБ и DSM [J.D. Maser, H.S. Akiskal, 2002].

До настоящего момента имеются значительные сложности в подходе к формированию общепринятой классифи-

кации психических расстройств [Y.K. Kim, 2019]. Несмотря на обилие действующих классификаций, а также проектов, в психиатрии до сих пор стоит проблема диагностической надежности (степенью, в которой разные врачи согласны с диагнозом), классическим примером является ставший хрестоматийным, легендарный «эксперимент Розенхана» [D. Rosenhan, 1973], также в современных классификациях стоят проблемы медиализации нормальных явлений [A.J. Frances, 2012] и конфликта интересов [L. Cosgrove et al., 2006].

Крепелин начал с феноменологического подхода, затем, в процессе эволюции классификаций также применялись дименсиональный, категориальный, типологический подходы [H.J. Moller, 2005]. Классификация психических расстройств в МКБ основной задачей ставит создание классификации удобной для ведения медицинского документооборота, стандартизации медицинских исследований и облегчения международного общения и обмена данными [J. Heitzman, 2011]. Более старые версии МКБ (8, 9) имели более нозологический подход, затем их сменила МКБ-10 с её синдромологическим подходом. В США же была распространена DSM-III с многоосевым принципом, а затем DSM-IV с кластерным подходом к диагностике (с учетом посылы, что этиология многих психических расстройств толком неизвестна) [R.L. Spitzer, 2005]. Что-бы классификация была полезной она должна как минимум выполнять функ-

цию прогноза течения и терапевтического ответа и желательно также что-бы была повторяемость при использовании различными специалистами (надежность, воспроизводимость) [H.J. Moller, 2005], к чему в настоящее время пытаются приблизиться в частности такими проектами, как RDoC [B.N. Cuthbert, 2014].

Что стоит почитать

– МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация.

Знаменитые психиатры и ученые внесшие вклад в изучение психиатрии

Филипп Пинель (французский психиатр), родился в 1745 году во Франции, сначала готовился стать священником, но с 30 лет занялся медициной и психиатрией. Известен как один из первых реформаторов психиатрии в области гуманизма. В 1792 году был назначен врачом парижского заведения для умалишенных Бисетр. В Бисетре Пинель совершил акт гуманности, за счет которого и стал в последующем знаменит и вошел в историю: получил у революционного Конвента разрешение снять цепи с душевнобольных.

Иоганн Христиан Рейль (немецкий врач), родился в 1759 году в Германии, занимался изучением широкого спектра медицинских, физиологических, философских и педагогических вопросов, в том числе изучением психиатрии, придумал термин «психиатрия». Был студентом у Иммануила Канта. Какое-то время как врач консультировал Иоганна Вольфганга фон Гёте и Вильгельма Гримма (одного из братьев Гримм).

Вильгельм Гризингер (немецкий психиатр), родился в 1817 году в городе Штутгарт (Германия). Известен как представитель «мозговой» теории психозов и один из ос-

нователей неврологического течения психиатрии, автор т.н. «концепции единого психоза» (система взглядов о предположительном существовании единого эндогенного психического расстройства, течение которого характеризуется чередой следующих друг за другом стадиями: меланхолией, манией, безумием, деменцией). Занимался разработкой основ классификации психических расстройств. Внес значительный вклад в развитие общей психопатологии.

Карл Кальбаум (немецкий психиатр), родился в 1828 году в городе Дризен (Германия). Известен как основоположник нозологического направления в психиатрии, автор учения о кататонии, впервые описал гебефрению. С 1867 году Кальбаум возглавил клинику для душевнобольных в Герлице (Германия), которой руководил до конца жизни.

Чезаре Ломброзо (итальянский психиатр), родился в 1835 году в Вероне (Австрия) в состоятельной семье. Известен как родоначальник антропологического направления в криминологии (основной идеей которого стала идея о «прирожденном преступнике»), автор знаменитых работ «Гениальность и помешательство», «Преступный человек».

Павлов Иван Петрович (русский физиолог), родился в 1849 году в Рязани, в семье священнослужителя. Известен как первый русский нобелевский лауреат (лауреат Нобелевской премии в области медицины и физиологии 1904 года «за работу по физиологии пищеварения»), созда-

тель представлений о процессах регуляции пищеварения, основатель крупнейшей российской физиологической школы, автор трудов и работ по физиологии высшей нервной деятельности, условных и безусловных рефлексов, физиологии сна и др., которые являются научным фундаментом психиатрии (сигнальные системы, динамическая локализация функций, гипноидно-фазовые состояния в коре головного мозга, экспериментальные неврозы).

Кандинский Виктор Хрисанфович (русский психиатр), родился в 1849 году в селе Бянкино, Забайкальской области в семье купца. Дальний родственник художника-абстракциониста Василия Кандинского. Известен как один из основоположников российской психиатрии, описал псевдогаллюцинации, синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо), обосновал понятие психопатии. Служил на флоте судовым врачом, участвовал в Русско-турецкой войне, сам страдал душевным расстройством. Умер в 1889 году в Санкт-Петербурге в возрасте 40 лет в результате суицида (передозировка морфином).

Корсаков Сергей Сергеевич (русский психиатр), родился в 1854 году в Гусь-Хрустальном Владимирской области, в семье управляющего имениями и фабриками крупного российского фабриканта. Известен как один из основоположников нозологического направления в психиатрии, автор ряда научных трудов по психиатрии, один из основателей экспериментальной психологической лаборатории в Москве

в 1886 году, впервые описал разновидность амнестического синдрома, впоследствии названного его именем (Корсаковский синдром).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.