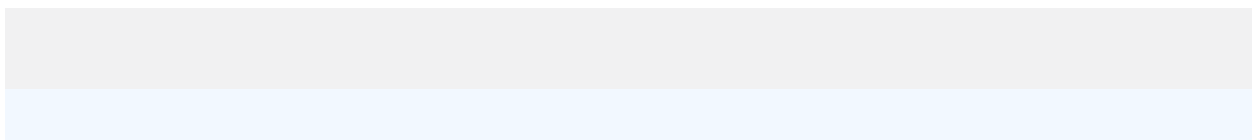


**ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ПО.**

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В НОВОЕ ВРЕМЯ



Проверила:

доц., д.м.н.,

Березовская Марина Альбертовна

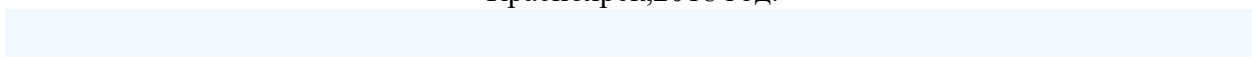
Выполнил:

клинический ординатор

2 года обучения

Козловский П.С.

Красноярск, 2018 год.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В НОВОЕ ВРЕМЯ

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

Литература по затрагиваемой проблеме, появившаяся в XX веке, была чрезвычайно обширна, но, как и в прежние времена, неоднозначна. При этом существенно, что после выделения Э. Крепелином в 1896 году дихотомии «маниакально-депрессивный психоз — раннее слабоумие» (которое в 1911 году было обозначено Е. Блейлером термином «шизофрения») вновь активизировалась полемика между «нозологами» и сторонниками приоритета понятия «симптомокомплекс» с учетом известных работ А. Гохе, К. Ясперса, К. Шнайдера и др. Как известно, А. Гохе иронически сравнил поиски «болезней» в психиатрии, которые он называл фантомом, с переливанием мутной жидкости из одного сосуда в другой; столь же скептически оценивал нозологическую позицию Э. Крепелина. Э. Крепелин многократно пересматривал свои первоначальные взгляды и в 1920 году стал говорить о «регистрах».

К середине XX века вновь стали достаточно отчетливо постулироваться «антинозологические» установки. Так, М. Блейлер в переизданиях руководства по психиатрии предпочитал говорить не о болезнях, а об аксиальных симптомокомплексах, выделения «основных форм психических расстройств», имея в виду «органический психосиндром, развившийся в результате диффузного поражения мозга»; «эндокринный психосиндром», вызванный заболеваниями эндокринной системы; «острые экзогенные реакции» типа реакции Бонгеффера, возникающие при общесоматических заболеваниях; «психореактивные и психогенные расстройства», вызванные психическими переживаниями; «варианты личности» (психопатии и олигофрении), а также «эндогенные психозы».

Эти основные синдромы действительно составляют ядро всех международных классификаций, принятых в последние десятилетия. Например, МКБ-9 строилась на утвержденной после работ В. Куллена (невроз) и Э. Фейхтерслебена (психоз) дихотомии «невроз — психоз». По мнению Э. Фейхтерслебена, «каждый психоз есть в то же самое время и невроз», это подтвердилось в дальнейшем при тщательном изучении клинического течения таких заболеваний, как шизофрения (эндогенная) и органические поражения центральной нервной системы (ЦНС), так как неврозоподобные (непсихотические) картины встречаются практически при любом заболевании, детерминированном нозологически.

Несмотря на то что за последние 100 лет ученые неоднократно пересматривали международную классификацию психических заболеваний, наиболее активно данный процесс идет в последние 20 лет. Это связано с общим прогрессом биомедицинских исследований, развитием генетики, психоиммунологии, эпидемиологии и психофармакологии, с помощью которой удалось не только добиться значительных успехов в области терапии психических заболеваний, но и существенно изменить «лицо болезни», а с нею контингент стационарных и амбулаторных больных.

Связанные с явлениями патоморфоза изменения в формах течения и симптоматики психических заболеваний, значительное увеличение стертых, субклинических проявлений болезни полностью не объясняют необходимость постоянного внимания психиатров к проблемам классификации. Все возрастающее количество различных психосоциальных факторов в условиях индустриализации и урбанизации также оказывает несомненное влияние на развитие психических заболеваний. Зачастую проблемы классификации выходят за рамки нашей дисциплины в связи с пристальным вниманием общества к самому понятию «психическая болезнь» и с развитием так называемого антипсихиатрического движения.

СОЗДАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Прогресс в области развития классификации хотя и очевиден — эволюция от МКБ-6 до МКБ-10 (МКБ — Международная классификация болезней), — но, на наш взгляд, недостаточно поступателен. Это связано во многом с противоречивостью подходов к заданной проблеме, с извечным спором нозологического и синдромального принципов классификации, а также с рядом малоизученных субъективных и объективных факторов. Между тем первая международная классификация психических заболеваний была предложена комиссией под председательством Огюста Мореля (Auguste Benedict Morel, 1809—1873) Международному конгрессу по психиатрическим наукам в 1889 году в Париже и насчитывала 11 категорий: мания, меланхолия, периодическое помешательство, прогрессивное периодическое помешательство, деменция, органическое и сенильное слабоумие, прогрессивный паралич, неврозы, токсическое помешательство, моральное и импульсивное помешательство, идиотия. Пробразом Международной классификации болезней явилась Международная классификация причин смерти, которая была одобрена Международным статистическим институтом в 1893 году. С 1900 года данная классификация стабильно пересматривалась каждые последующие 10 лет, служила в основном для статистических целей и не включала какой-либо систематики, связанной с психическими болезнями. Между Первой и Второй мировыми войнами служба гигиены Лиги Наций участвовала в создании классификации путем периодической ревизии «Листа причин смерти и повреждений». В

1938 году в данной классификации (5-й пересмотр) впервые появилась рубрика «Расстройства нервной системы и органов чувств».

В 1948 году ответственность за данную процедуру приняла на себя Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая провела очередной, шестой пересмотр «Листа причин смерти и повреждений» и дала ему новое название — «Руководство по международной классификации болезней, повреждений и причин смерти» (МКБ-6). В данном руководстве появился раздел «Психические, психоневрологические и личностные расстройства», включавший в себя десять категорий психозов, девять категорий психоневрозов и семь категорий для обозначения расстройств характера, поведения и умственного развития. Данная классификация была единогласно принята странами — членами ВОЗ, однако в ней почему-то отсутствовали такие понятия, как деменция (слабоумие), некоторые распространенные личностные расстройства и ряд других нарушений. Все это привело к тому, что, несмотря на настоятельные рекомендации ВОЗ, разделом классификации по психическим болезням официально воспользовались лишь в пяти странах: Великобритании, Новой Зеландии, Финляндии, Перу и Таиланде.

Ситуация не сразу вызвала серьезную озабоченность, поэтому соответствующий раздел МКБ-7 (1955 год) появился практически без каких-либо изменений. Между тем, отсутствие общего языка у психиатров в эпоху «психофармакологической революции» 1950-х годов уже служило серьезным тормозом прогресса научных исследований международного уровня в областях психофармакологии и эпидемиологической психиатрии. В 1959 году ВОЗ поручила эмигрировавшему из Австрии в Англию Эрвину Штенгелю (Erwin Stengel) изучить ситуацию, сложившуюся вокруг МКБ-7, тем более что в самой Великобритании, несмотря на официальное признание МКБ-7 правительством, психиатры ее практически игнорировали. В своем объемном докладе Э. Штенгель охарактеризовал отношение психиатров разных стран к МКБ-7 как «амбивалентное, если не циничное», подчеркнув при этом «практически всеобщую неудовлетворенность состоянием психиатрической классификации как национальной, так и международной». Э. Штенгель пришел к выводу, что невозможность (или нежелание) использовать единую номенклатуру терминов обусловлена этиологическим происхождением диагностических дефиниций. И именно различный подход к проблеме этиологии у разных психиатрических школ делал эту проблему столь трудноразрешимой. Тогда же Штенгель выступил с предложением исключить этиологический принцип из международной классификации и употреблять диагностические термины лишь в качестве функциональных наименований, характеризующих отклонения от нормы. В этом же докладе было рекомендовано создать для пользования МКБ глоссарий терминов на максимально большом количестве языков.

После опубликования и обсуждения доклада Штенгеля ВОЗ приступила к работе над МКБ-8, причем одним из основных направлений данного проекта было создание глоссария психиатрических терминов. Оказалось, что в связи с существующими разногласиями между различными психиатрическими школами данная работа потребует слишком много времени и средств, а потому было решено предложить каждой стране подготовить вначале свой собственный вариант.

Опыт работы над национальными глоссариями, безусловно, был весьма полезен при подготовке Международного глоссария терминов. МКБ-8 была принята Генеральной ассамблеей ВОЗ в 1966 году и начала функционировать на национальном уровне с 1968 года, глоссарий же был подготовлен лишь в 1974 году.

Несмотря на то что путь создания первой международной классификации психических заболеваний был тернист и сложен, сам факт ее появления и повсеместного распространения свидетельствует о многом. Он, безусловно, отразил прогресс, достигнутый учеными в областях биологической психиатрии, психофармакологии, социальной психиатрии, а также в эпидемиологических исследованиях.

В 1975 году была принята МКБ-9, которая не содержала радикальных изменений по сравнению со своей предшественницей, однако была дополнена глоссарием, явившимся результатом шестилетней работы психиатров из 62 стран. Несмотря на громоздкость и эклектичность, МКБ-9 стала важным шагом вперед в деле классификации и имела большое практическое значение для развивающихся международных исследований и выработки унифицированного диагноза. Ученых не смущало, что классификация основана на различных принципах, что в ней использовались весьма разнообразные по своей природе показатели (этиологические, симптоматологические, возрастные, поведенческие и др.). Считалось, что такой подход в дальнейшем будет способствовать переходу к многоосевой классификации, а это позволит осуществлять диагностику максимально индивидуально.

Принятие американских классификаций DSM-III и DSM-III-R послужило основой для разработки последней Международной классификации МКБ-10. Нельзя не отметить, что эта классификация принималась в период холодной войны и была не лишена некой авторитарности, так как вводилась под девизом устранения из классификации «вялотекущей шизофрении», якобы искусственно сконструированной в СССР в политических целях. При этом вовсе не принимались во внимание исторические реалии — выделение Э. Блейлером «латентной шизофрении» еще в 1911 году, наличие ряда американских работ о «псевдоневротической шизофрении», описание К.

Паскалем шизофрении с психастеноподобной и истероподобной симптоматикой во Франции и др.

Систематика в рамках МКБ-10 отличается, во-первых, тем, что по сравнению с МКБ-9 в ней приведено в три раза большее количество дескрипторов. Данное обстоятельство придает ей своеобразный «инвентаризационный» характер. Кроме того, она, как и DSM-III, эклектична и не следует строго нозологическому принципу, хотя и не исключает такие нозологические формы, как шизофрения и эпилепсия. Однако наряду с рубрикой «шизофрения» в ней имеется и рубрика «шизотипические расстройства», обозначение которых весьма неопределенно, и подчас трудно провести границу между «шизотипическими расстройствами» и «типическими» шизофреническими заболеваниями. Кроме того, в МКБ-10 уже отсутствуют такие исторически сложившиеся категории «пограничной» психиатрии, как неврозы, психопатии, замененные достаточно аморфным термином «расстройства личности».

Своеобразие данной систематики объективно отражает новый, препарадигмальный период развития психиатрии, формирующийся на фоне исторического развития дихотомии «нозология — симптоматология», которое прослеживается со времен античности как отзвук негласной полемики Косской и Книдской школ, дошедшей до наших дней.

Достаточно неопределенна и размыта рубрика «соматоформные расстройства», что видно из нечеткости самого определения этой диагностической «единицы» и того, что оно включает в себя совершенно разнородные в этиопатогенетическом смысле картины. «Диссоциативные расстройства» обычно в клиническом понимании отождествляются со схизисом, так как в классической работе Э. Блейлера (1911) именно расщепление, диссоциация, схизис относятся наряду с аутизмом и потускнением эмоций к основным симптомам шизофрении. В МКБ-10 «диссоциированные расстройства» в основном описывают различные варианты истерической симптоматики. Практика сегодняшнего дня показывает, что диагностика, например, «легкого депрессивного эпизода» совершенно произвольна и часто натянута, к тому же такая формулировка не дает представления о причине депрессивного состояния (психогения? циклотимия? шизофрения?). Недостаточная четкость понятий и дефиниций МКБ-10, ее громоздкость, включение в сферу психической патологии разнообразных поведенческих состояний позволили антипсихиатрам и антипсихиатрическому движению активно апеллировать к мировой общественности с протестом против психиатрии, ссылаясь прежде всего, как это ни парадоксально, на МКБ-10, якобы узаконивающую оценку всего общества как «ненормального».

По нашему представлению, основы национальной психиатрической классификации все же складывались с учетом исторической трансформации взглядов на основные психические расстройства, которые в зависимости от этиологии и типа течения рассматривались как относительно самостоятельные виды болезней. В целом эти «болезненные единицы», представляющие собой сформированные симптомокомплексы, достаточно четко описаны в классификациях С.С. Корсакова (1893), Ф.Е. Рыбакова (1914), В.А. Гиляровского (1938), А.В. Снежневского, Р.А. Наджарова (1983).

В самом общем виде они могут быть представлены следующим образом:

1. Экзогенно-органические психические заболевания:

- а) психические нарушения при травмах головного мозга;
- б) психические нарушения при инфекционных заболеваниях;
- в) психические нарушения при интоксикациях ЦНС;
- г) психические нарушения при опухолях головного мозга;
- д) психические нарушения при алкоголизме и наркоманиях;
- е) симптоматические психозы, связанные с соматическими неинфекционными заболеваниями.

1. Эндогенные психические заболевания:

- а) шизофрения (с непрерывным, приступообразным и периодическим течением)
- б) циклофрения (фазофрения, аффектофрения); циркулярные и монополярные психозы; циклотимия;
- в) смешанные эндогенные психозы (шизоаффективные психозы);
- г) паранойя;
- д) функциональные психозы позднего возраста; инволюционная меланхолия; инволюционный параноид.

1. Эндогенно-органические психические заболевания:

- а) эпилепсия;

б) дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга; сенильная деменция; болезнь Альцгеймера; болезнь Пика; хорея Гентингтона; болезнь Паркинсона;

в) хронические галлюцинозы позднего возраста;

г) сосудистые заболевания головного мозга;

д) наследственные органические заболевания.

1. Психосоматические расстройства.

2. Психогенные психические заболевания:

а) реактивные психозы;

б) посттравматический стрессовый синдром.

1. Пограничные психические нарушения:

а) психопатии;

б) неврозы; неврастения; обсессивно-компульсивный невроз; истерический невроз; невротическая депрессия.

1. Патология психического развития:

а) олигофрения (дебильность, имбецильность, идиотия);

б) задержка психического развития;

в) искажения психического развития.

Нельзя не отметить, что принципы нозологического и симптоматологического подходов на всем протяжении исторического развития и формирования основных концепций постоянно сосуществуют. По мнению А. Кронфельда (1940), они и в дальнейшем будут находиться в единстве, что должно способствовать совершенствованию диагностики и, главное, повышению эффективности терапии.

В современных исследованиях, посвященных классификации психических заболеваний с анализом подходов различных национальных школ, особо подчеркивается важность биологических критериев разграничения психозов, отмечается особая роль биохимических факторов, генетических маркеров, в частности дексаметазоновой пробы при депрессиях.

Работа П.В. Морозова в этом отношении стала первой и важной вехой поиска на данном направлении, первой мультинациональной работой по рассматриваемой теме, утверждавшей приоритет психопатологически-биологического системного подхода для классификации психозов и использования многоцентровых международных коллабораторных программ ВОЗ.

Сложность проблемы во многом объясняется сменой основной парадигмы, что заставляет многих исследователей (Ф. Роберте, 1997; Н. Андреахен, 1997 и др.) вновь говорить о кризисе в психиатрии. В связи с успехами биологии и молекулярной генетики рассматривается возможность использования в целях систематики для анализа отдельных нозологических форм роли генетических факторов в развитии психических заболеваний современных методов молекулярной генетики и генетики количественных признаков.

Такое системное исследование позволит, по мнению ряда ученых, изучить вовлечение в патогенез психических заболеваний генов и на этой основе разработать новые методы диагностики и лечения психических заболеваний. Н. Андерсен полагает, что психиатрия будущего станет развиваться как биологическая наука, основанная на данных нейробиологических исследований, и основной акцент будет сделан на симптоматологическом подходе. В России работы В.И. Трубникова, Г.П. Пантелеевой, Е.И. Рогаева и др. акцентируют внимание на том, что существующие классификации клинических форм психических заболеваний не учитывают их генетической гетерогенности. Формирование коллекции ДНК больных эндогенными психозами и перспективы подобных исследований дают основания для успешного развития новой области психиатрии — молекулярной психиатрии. К сожалению, большинство работ этого направления осуществляется не в нашей стране. Расширение молекулярно-генетических исследований и биологических изысканий направлено на поиски особых мутаций в генах, которые могут быть вовлечены в основные биохимические пути обмена и привести к обнаружению единичных мутаций, обуславливающих нарушение определенных психических функций.

Как справедливо отмечал В.П. Эфроимсон, показанные на примере нервных болезней положения о наследовании имеют универсальное значение для клинической генетики. Они заставляют врача ориентироваться не на болезнь как таковую, а на ее конкретные формы, так что необходимо быть готовым к обнаружению под покровом клинически сходной симптоматики в разных семьях совершенно различных патологий. Это может приблизить психиатрию к достижению более точного знания об этиологии психических заболеваний на генно-молекулярном и даже атомарном уровнях при тех состояниях, которые в существующих классификациях рассматриваются подчас как самостоятельные нозологические формы. Теперь мы знаем о том, например, что при некоторых видах болезни Альцгеймера у ряда больных

существует заинтересованность I и XXI хромосом, о том, что хорья Гентингтона определяется методом ДНК-диагностики с точным установлением поражения короткого плеча IV хромосомы и т.д. Подобные изыскания позволяют предполагать, что в XXI веке может возникнуть новый подход к терапии психических заболеваний, а именно генотерапия, о чем достаточно уверенно говорят современные генетики. Безусловно, на новом уровне развития молекулярной психиатрии будут совершенствоваться и методы клинической психопатологической диагностики. Если говорить о парадигме психиатрии XXI века, то нужно иметь в виду ряд исследований, посвященных этому вопросу. Так, в работах G. Engel 1977-1988 годов, сформулирована и развита биопсихосоциальная модель психиатрии, которая обеспечивает, по мнению автора, новое мышление психиатра и определяет новые подходы к пониманию причин отклонения в поведении человека и соответственно к обеспечению здоровья, нормального развития и успехов в лечении психических заболеваний.

Обоснование ценности биопсихосоциальной модели автор дает на фоне рассмотрения многих философских теорий — механицизма, дуализма, детерминизма, ньютоновских воззрений, а также достижений современной физики.

A. Beigel (1995) полагает, что XX век принес в психиатрию много выдающихся изменений, каждое из которых доминировало в течение 20 лет и более. К таким изменениям он относит формирование классической психиатрии Э. Крепелином и Э. Блейлером, теорию Зигмунда Фрейда о роли бессознательного, внедрение в практику эффективных психофармакологических средств и связанное с этим выведение большого числа психически больных за стены психиатрических стационаров, а в конце столетия таким новым явлением стала быстрая эволюция психиатрии, обусловленная открытиями в области нейронаук, которые возродили интерес к этиологии и нозологии психозов.

На пороге нового столетия, по мнению автора, психиатры должны выработать мировоззрение, которое сближало бы их с представителями других медицинских дисциплин, ибо только полное взаимопонимание обеспечит успешное развитие психиатрии в будущем. Пересмотр мировоззрения возможен лишь при критическом отношении профессионалов к состоянию современной психиатрии. В связи с этим авторы считают важным выдвинуть следующие принципиальные позиции для успешного продвижения в будущее: принятие всеми психиатрами биосоциальной модели психиатрии, осознание значения для психиатрии ее научных основ, а именно достижений в области молекулярной биологии, биохимии, генетики и развития новых методов исследования мозга; понимание того, что психиатрия является медицинской дисциплиной и главным ее приоритетом

должны быть защита человеческих ценностей и прав, уважение к больному и укрепление его позиций.

Эти принципы фактически уже задолго до нового столетия были обоснованы классиками отечественной психиатрии — С.С. Корсаковым (1893), В.Х. Кандинским (1890), В.М. Бехтеревым (1891), С.А. Сухановым (1905), их учениками и последователями, неотступно развивавшими клинικο-нозологическое направление при обязательном изучении биологического фундамента психозов и пограничных состояний.

Список литературы.

1. Психиатрия. Учебник. Коркина М.В.Лакосина Н.Д. Личко А.Е. М. ,2005.
2. История и эпистемология пограничной психиатрии. Овсянников С. А ., М., 2005.
3. Клиническая психиатрия под ред. Т.Б.Дмитриевой Руководство для врачей. М., 2009.
4. Диагностика психических нарушений Практикум Ю.Г.Демьянов СПб., 2009.
5. Общая психопатология А.О.Бухановский, Ростов - на – Дону,- 2008.
6. Гиндикин. В.Я. Психиатрия М., 2001.
7. Авербух Е.С. Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии Л., 2012.
8. Нарушения и патологии психики. Р. Комер. М., 2002.
9. Каплан Г.И. Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия М.,2004.
10. Карл. Ясперс. Общая психопатология. Практика. М., 2011.
11. Гиляровский В.А. Руководство для врачей и студентов.- М., 2008.
12. Оценка и документация психопатологических данных.Учебно-методическое пособие Яковлев В.А. Москва 2009
- 13.

