

ПСИХИАТРИЯ

Учебник

Под редакцией В. К. Шамрея, А. А. Марченко

2-е издание, исправленное и дополненное

*Рекомендовано Учебно-методическим объединением высших учебных заведений
Российской Федерации по медицинскому и фармацевтическому образованию
в качестве учебника для студентов факультетов подготовки врачей,
слушателей ординатуры и факультетов послевузовского
и дополнительного образования по специальностям:
специалитет – 31.05.01 «Лечебное дело» для курса «Психиатрия»;
ординатура – 31.08.20 «Психиатрия»,
31.08.21 «Психиатрия-наркология»*

Санкт-Петербург
СпецЛит
2021

УДК 613 615 616.8
П86

Рецензенты:

Одинак М. М. — профессор кафедры нервных болезней
Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова,
доктор медицинских наук;

Попов Ю. В. — заместитель директора по научной работе
психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева,
доктор медицинских наук, профессор

Авторский коллектив

сотрудники кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова:
профессор *В. К. Шамрей*, профессор *А. А. Марченко*, профессор *Е. Ю. Абриталин*, профессор *А. И. Колгев*, профессор *В. В. Негипоренко*, профессор *Л. С. Шпиленя*, доктор медицинских наук *А. Ю. Гонгаренко*, доктор медицинских наук *Е. С. Курасов*, кандидат медицинских наук *К. В. Днов*, кандидат медицинских наук *С. А. Зун*, кандидат медицинских наук *С. Н. Козлова*, кандидат медицинских наук *А. А. Краснов*, кандидат медицинских наук *А. В. Лобагев*, кандидат медицинских наук *В. М. Лыткин*, кандидат медицинских наук *В. В. Макеенко*, кандидат медицинских наук *С. В. Перстнев*, кандидат медицинских наук *И. Ю. Хабаров*, кандидат психологических наук *Н. Н. Баурова*

Психиатрия : учебник / под ред. В. К. Шамрея, А. А. Марченко. —
П86 Санкт-Петербург : СпецЛит, 2021. — 2-е изд., испр. и доп. — 414 с.
ISBN 978-5-299-01100-5.

В учебнике освещены основные вопросы общей и частной психиатрии, отмечены особенности возникновения, формирования и течения психических нарушений, приводятся сведения по организационным аспектам оказания психиатрической помощи. Второе, дополненное и переработанное издание содержит обновленные сведения об этиологии и патогенезе психических расстройств, что позволяет связать воедино феноменологические особенности психической патологии и наиболее передовые достижения современных нейронаук.

Издание предназначено для обучения студентов медицинских вузов, а также клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 613 615 616.8

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
-------------------	---

Раздел I

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

Глава 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ	8
Глава 2. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ	10
2.1. К истории психиатрии	10
2.2. Становление и развитие психиатрии в России	11
Глава 3. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ	17
3.1. Методологические основы диагностики в психиатрии	17
3.2. Клинический (клинико-психопатологический) метод	21
3.3. Стандартизированные методы диагностики психических расстройств	28
3.4. Психофизиологические методы исследования	32
3.5. Электрофизиологические и ультразвуковые методы исследования	37
3.6. Нейровизуализационные методы исследования	39
3.7. Лабораторные методы исследования	40
3.8. Генетические и эпидемиологические методы исследования в психиатрии	45
3.9. Психологические методы исследования	48
Глава 4. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	56
4.1. Классификации в психиатрии	56
4.2. Международные классификации психических расстройств	60
4.3. Отечественная этиопатогенетическая классификация болезней	66
4.4. Перспективы развития психиатрических систематик	67
Глава 5. ОСНОВЫ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	69
5.1. Общие положения	69
5.2. Биологическая терапия	70
5.3. Немедикаментозные методы биологической терапии	76
5.4. Психотерапевтические методы	82
5.5. Медико-психологическая реабилитация психически больных	86
5.6. Неотложные состояния в психиатрии	88

Раздел II

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Глава 6. ОБЩАЯ СЕМИОТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	92
6.1. Понятие психопатологических симптомов и синдромов	92
6.2. Понятие расстройств невротического и психотического уровня	94
6.3. Понятие продуктивной и негативной симптоматики	95
Глава 7. СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	99
7.1. Психопатология расстройств восприятия	99
7.2. Психопатология расстройств эмоций	104
7.3. Психопатология расстройств памяти	108
7.4. Психопатология расстройств мышления	110

7.5. Психопатология расстройств внимания	119
7.6. Психопатология расстройств двигательльно-волевой сферы	121

Глава 8. ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ	123
8.1. Синдромы органического поражения головного мозга	123
8.2. Синдромы нарушенного сознания	128
8.3. Галлюцинаторно-бредовые синдромы	140
8.4. Кататонический и гебефренический синдромы	147
8.5. Аффективные синдромы	150
8.6. Невротические синдромы	159

Раздел III ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Глава 9. ОРГАНИЧЕСКИЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	172
9.1. Деменции и умеренное когнитивное расстройство	174
9.2. Психические расстройства при травме головного мозга	178
9.3. Психические расстройства при нейроинфекциях	185
9.4. Эпилепсия	191
9.5. Психические расстройства при соматических заболеваниях	196

Глава 10. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	200
10.1. Общая наркология	201
10.2. Частная наркология	211

Глава 11. ШИЗОФРЕНИЯ, ШИЗОТИПИЧЕСКИЕ И БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА	226
11.1. Шизофрения, шизоаффективное и шизотипическое расстройства	226
11.2. Острые и хронические бредовые расстройства	256

Глава 12. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	258
12.1. Биполярное аффективное расстройство	259
12.2. Рекуррентное депрессивное расстройство	266
12.3. Дистимия и циклотимия	271

Глава 13. НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ РАССТРОЙСТВА	274
13.1. Понятие о психогенных расстройствах	274
13.2. Тревожные расстройства	278
13.3. Диссоциативные и конверсионные расстройства	315
13.4. Соматоформные расстройства	323
13.5. Прочие невротические расстройства	328
13.6. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	332

Глава 14. ПАТОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ	341
14.1. Расстройства личности	341
14.2. Умственная отсталость (олигофрения)	351
14.3. Нарушения психологического развития	355
14.4. Расстройства, начинающиеся в детском возрасте	358

Раздел IV
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Глава 15. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	363
15.1. Скорая психиатрическая помощь	365
15.2. Специализированная психиатрическая помощь	366
15.3. Организация наркологической помощи	371
Глава 16. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	374
16.1. Общие положения	374
16.2. Всероссийская служба медицины катастроф и служба экстренной медицинской помощи гражданского здравоохранения	377
16.3. Организация и содержание психолого-психиатрической помощи пострадавшим при катастрофах	382
Глава 17. ОСНОВЫ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	390
17.1. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах	390
17.2. Основы судебно-психиатрической экспертизы	394

Приложения

Приложение 1

А. Изучение анамнеза жизни и анамнеза заболевания у психически больного	402
Б. Психический статус	404

Приложение 2

Лабораторные исследования в психиатрии	408
Рекомендованная литература	412

ПРЕДИСЛОВИЕ

Произошедшие за последние годы реформы в здравоохранении, изменения в системе высшего образования существенным образом повлияли на организацию и содержание медицинской помощи населению нашей страны. Однако они мало повлияли на общественное сознание, в том числе и в медицинских кругах, в котором сохраняется устойчивый стереотип предубежденного и настороженного отношения к психиатрии: «считается, что и психиатрия, и основной ее метод исследования — клиничко-психопатологический, субъективен и ненаучен, что получаемые с его помощью результаты недостоверны, а диагностические заключения произвольны» (Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю., 2003). В немалой степени этому способствовало и исторически сложившееся противостояние биомедицинских (теория дегенерации, анатомо-локализационные гипотезы и т. п.) и психологических (прежде всего психоаналитических) моделей психических расстройств. Однако парадоксальным образом слияние этих, казалось бы, несопоставимых конструктов привело к появлению доминирующей ныне так называемой биопсихосоциальной (БПС) парадигмы, открывшей еще больше, чем психоанализ (Савенко Ю. С., 2013), возможностей для научных спекуляций. Несмотря на то что БПС-модель декларировалась как альтернатива психоаналитическому догматизму и биомедицинскому редукционизму, она на самом деле лишь внесла еще большую неопределенность в понимание сущности психических расстройств в силу своего, как справедливо отмечает S. Nassir Ghaemi (2011), эклектизма и безосновательного смешения различных методологических подходов.

Нерешенной остается и проблема отсутствия наглядных, иконических знаков — симптомов психических нарушений, доступных объективной регистрации с помощью инструментальных, лабораторных, генетических и прочих методов исследования, т. е. соответствующих золотому стандарту диагностики. С учетом данных ограничений при подготовке учебника авторы не ставили целью привести те или толкования генеза психической патологии, а сделали попытку более четко описать сам предмет рассмотрения — собственно клинику психических расстройств, следуя принципу формальной логики, согласно которой вопрос «что?» должен предварять «почему?». Существенным подспорьем в этом контексте стали инкорпорированные в современные классификации операциональные подходы к определению диагностических критериев. Вместе с тем в ряде разделов приведены и современные представления о генетических, нейровизуализационных, нейрокогнитивных, поведенческих и т. п. коррелятах психических расстройств, которые, по мнению директора Национального института психического здоровья США Томаса Инсела, следует положить в основу новых подходов к систематизации, наряду с виртуальными конструктами типа «переживания утраты», «острой угрозы» и т. п., что, вероятно, будет означать очередную смену парадигмы в психиатрии. Однако приведет ли это к желаемому результату: созданию естественной классификации психических заболеваний? Возможно, в данном контексте следует прислушаться к неоднократно цитировавшемуся мнению Н. Андреасен (1997): «Применение высоких технологий при отсутствии сочетания с благоразумным клиническим подходом, которым должны владеть специалисты в области психопатологии, будет представлять собой одинокую, стерильную и, вероятно, бесплодную инициативу».

В значительной степени эти соображения определили включение в раздел «Общая психопатология» описания основных психопатологических синдромов, несмотря на заметную их «оторванность» от клинических описаний таксономических единиц, приводившихся в соответствии с МКБ-10. Авторы здесь руководствовались тем, что врачу общей практики, у которого в существующем правовом поле отсутствует возможность устанавливать психиатрический диагноз, но имеется потребность обосновывать направление на консультацию к психиатру, будет проще основываться на традиционных синдромологических заключениях. Кроме того, это позволило сохранить определенную преемственную связь с традиционной для отечественной психиатрии классификацией психических болезней, представления о которой, хоть и в конспективном стиле, также нашли отражение в данном учебнике.

Вместе с тем второе, дополненное и переработанное издание содержит и обновленные сведения об этиологии и патогенезе психических расстройств, что позволяет связать воедино феноменологические особенности психической патологии и наиболее передовые достижения современных нейронаук.

Раздел I

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

Глава 1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПСИХИАТРИИ

В буквальном переводе с греческого слово «психиатрия» обозначает науку о лечении души (*psyche* — душа, *iatria* — лечу). В современном понимании *психиатрия* — наука о распознавании и лечении психических болезней. Такая формулировка довольно точно отражает стоящие перед психиатрией задачи, если иметь в виду, что распознавание, наряду с оценкой клинической картины, основывается на изучении этиологии, патогенеза, течения и исхода заболевания, а лечение включает также вопросы профилактики и реабилитации больных.

Предметом изучения психиатрии являются:

- клинико-психопатологические, социальные и биологические аспекты психических болезней, анализ их причин и сущности, проявлений и динамики у конкретных больных;

- способы лечения и профилактики психических расстройств;

- система организации психиатрической помощи, вопросы экспертизы (военно-врачебной, судебно-психиатрической, врачебно-трудовой, медико-педагогической), социального и правового положения больных.

Объектом изучения в психиатрии являются люди, страдающие психическими заболеваниями, как теми, при которых грубо, существенно нарушается отражение окружающей действительности, так и пограничными расстройствами, при которых изменения психического состояния имеют не столь явный характер и далеко не всегда являются очевидными для окружающих (в том числе и для врачей). Для практики военной психиатрии большое значение имеет также изучение доболезненных изменений психической деятельности, формирование которых повышает вероятность развития заболеваний. Таким образом, объектом психиатрического исследования является широкий диапазон психических расстройств психотического, пограничного (невротического) и доболезненного регистров.

Психиатрия, являясь разделом клинической медицины, связана с другими медицинскими науками, особенно с неврологией, социальной гигиеной, физиологией высшей нервной деятельности, нейробиологией; в ней используются психологические методики, методы коррекционной и риадаптации работы, лечебной педагогики.

Психиатрия испытывает большее, чем другие области клинической медицины, влияние социально-политических, культурных, экономических факторов, философских воззрений (рис. 1.1). Это связано с тем, что при психических заболеваниях, как правило, нарушается социальное функционирование, происходит формирование расстройств, особенно пограничного уровня, обнаруживается отчетливая зависимость от общественно-экономических условий, а постановка психиатрического диагноза нередко влечет за собой определенные социальные и юридические ограничения.

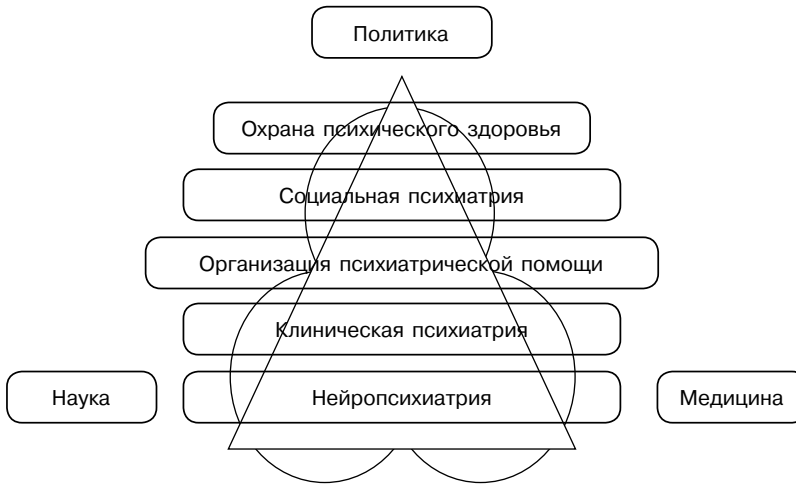


Рис. 1.1. Границы современной психиатрии

По данным клинко-эпидемиологических исследований, в настоящее время в мире насчитывается более 400 млн человек с различными психическими расстройствами, из них свыше 115 млн – с нарушениями психики из-за злоупотребления алкоголя и наркотиков. В нашей стране количество психических больных достигло 250–300 случаев на тысячу населения (Ротштейн В. Г., 2012). При этом существенно возросла заболеваемость невротическими расстройствами, сосудистыми, старческими, травматическими психозами, алкоголизмом и наркоманиями, происходит и накопление психически больных в населении в связи с общим увеличением продолжительности жизни. Стабильно высоким остается уровень самоубийств, который составляет на сегодняшний день 16,5 случаев на 100 000 населения в мире и 23,6 случаев на 100 000 населения в России.

В настоящее время основным законодательным актом, регламентирующим оказание психиатрической помощи, является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», согласно которому психиатрическая помощь гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина. Вместе с тем проводимое реформирование отечественного здравоохранения привело к сокращению психиатрических учреждений и специалистов психиатрического профиля. Количество психоневрологических диспансеров с 2002 по 2011 г. сократилось на 21,8 %, психиатрических больниц – на 17 %, психиатров – на 2 %, психотерапевтов – на 9,3 %. Прослеживается тенденция к снижению показателей обеспеченности населения психиатрической помощью. Упор в ее оказании делается на амбулаторное звено.

В целях последовательного изучения клиники психических заболеваний курс психиатрии обычно делится на два раздела: общую и частную психиатрию.

Общая психиатрия включает в себя следующие основные разделы:

- общую психопатологию;
- учение об этиологии и патогенезе психических расстройств;
- классификацию психических заболеваний, общие принципы их лечения и профилактики.

Общая психопатология исследует основные общие закономерности расстройств психической деятельности. Она включает общие вопросы диагностики, исследует причины и условия возникновения, закономерности течения психических болезней, рассматривает симптомы и синдромы психических расстройств, их структуру и систематику.

Частная психиатрия рассматривает и изучает отдельные нозологические формы, их этиологию и патогенез, диагностику и дифференциальную диагностику, терапию, вопросы трудовой, военно-врачебной и судебно-психиатрической экспертизы. Накопление и дифференциация знаний в области психиатрии, сближение ее с другими медицинскими дисциплинами привело к выделению ряда специализированных разделов, имеющих свой предмет изучения и методы исследования. Такие отрасли знаний, как патофизиология, электрофизиология, психофизиология, иммунология, биохимия, патоморфология, генетика психических болезней, эпидемиология, психофармакология, психотерапия, психопрофилактика, применение хирургических методов в психиатрии, имеют междисциплинарный характер. Таким образом, современная психиатрия изучает различные аспекты психических болезней: клинико-психопатологические (клиническая психиатрия), социальные (социальная психиатрия), биологические (биологическая психиатрия). Большими самостоятельными разделами являются детская психиатрия, подростковая психиатрия, психотерапия, наркология, психофармакология, гериатрическая психиатрия, судебная психиатрия, психиатрия катастроф и, в частности, отдельно выделяется военная психиатрия.

Глава 2. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ

2.1. К истории психиатрии

Психиатрия сложилась значительно позже, чем другие отрасли медицины. Можно выделить следующие периоды ее развития.

I. *Донаугный период.* С древнейших времен до появления медицинских школ в Греции люди объясняли поведение душевнобольных с точки зрения примитивно-теологических подходов, что исключало оказание им медицинской помощи.

II. *Греко-римские медицинские школы.* Первые попытки оказания медицинской помощи душевнобольным относятся к Косской школе, когда психические расстройства стали рассматриваться с естественнонаучных позиций. Гиппократ выдвинул предположение, что душевное заболевание зависит от нарушения функции мозга. Вместо молитв богам он рекомендовал конкретные мероприятия в отношении самих больных: покой, диету, ванны, холодные обливания, прогулки, гимнастику, рвотные и слабительные средства.

III. *Средние века.* В европейских странах преобладало религиозно-мистическое отношение к больным с психическими расстройствами, что привело к массовым их казням на кострах католической инквизиции. По мере распространения ортодоксального христианства прочно укрепился взгляд, что душевнобольные являются людьми, одержимыми дьяволом, вследствие чего и забота об их исцелении принадлежит представителям религии.

IV. *Период XVIII столетия.* Его называют во Франции эпохой Ф. Пинеля, снявшего с душевнобольных железные цепи. Этот факт, наряду с общим социальным и научным прогрессом, обусловил возможность оказания медицинской помощи больным и научного изучения душевных расстройств. Развитию идей Пинеля посвятил свою деятельность его ученик Эскироль, основавший первые колонии для душевнобольных, а также написавший научные работы по классификации психических расстройств.

V. *Конец XVIII и начало XIX в.* характеризовались бурным развитием организационных форм призрения душевнобольных. Этот период зачастую связывают с именем английского врача Дж. Конолли, сумевшего усовершенствовать психиатрические учреждения, что позволило ученым систематизировать опыт, предложить классификации психических расстройств и организовать преподавание душевных болезней.

VI. *В период XIX столетия* совершенствовались формы и методы психиатрической помощи, расширилась сеть психиатрических лечебниц, создавались психиатрические кафедры при учебных заведениях, издавались научные труды, монографии и учебники. В результате в психиатрии появилось *нозологическое направление*, во многом благодаря работам немецкого психиатра Э. Крепелина.

VII. *В течение XX столетия*, на фоне бурного прогресса фундаментальных наук и медицины, достижения психиатрии выглядят скромно. Самым значительным событием считается создание в 1950-х гг. нейролептиков, применение которых изменило облик психиатрического стационара и позволило большему количеству пациентов находиться вне стен больниц. Больше развитие получает «пограничная», или «малая», психиатрия, совершенствуются формы и методы реабилитации и социальной адаптации.

2.2. Становление и развитие психиатрии в России

Психиатрия в России основывалась на идеях гуманного отношения к душевнобольным, требующим сожаления, но не наказания. Правда, в отдельных случаях больным приписывались колдовство, «вероотступничество», и они, к сожалению, иногда становились жертвами народного гнева. Так, в 1411 г. псковичи сожгли 12 душевнобольных женщин, обвиняемых в колдовстве, приведшем якобы к массовому падежу скота. Отличие от стран Европы состояло разве лишь в том, что в России душевнобольные могли безнаказанно приписывать себе сношение с дьяволом, почти не рискуя быть сожженными на костре. В большинстве случаев больных призревали в монастырях, чтобы они не были «помехой для здоровых... получали вразумление и приведение в истину». Этот способ призрения душевнобольных был впоследствии легализован государственными актами. Первый такой акт относится к 1551 г., когда в царствование Иоанна Грозного на церковном соборе при составлении нового судбеника, названного «Стоглавым», была выработана статья о необходимости попечения нищих и больных, в числе которых упоминаются и те, «кои одержимы бесом и лишены разума». Многие «лишенные разума» назывались «юродивыми», «блаженными».

В царствование Федора Алексеевича — непосредственного предшественника Петровской эпохи — был издан специальный закон (1677), по которому душевные больные не имели права управлять своим имуществом, наряду с глухими, слепыми и немыми, а также пьяницами и «глупыми». Законодательство того

времени относило «глухих» к категории «хворых», т. е. больных. Понятие о душевной болезни как о чем-то независимом от сверхъестественных сил, уже существовало в России в течение всего XVII в. (Горелова Л. Е., 2002).

Становление психиатрии как отрасли медицины относят к началу XVIII столетия, хотя тогда она еще носила отпечаток глубокого Средневековья. В 1723 г. Петр Великий воспретил посылать «сумасбродных» в монастыри и возложил на Главного магистрат обязанность устройства госпиталей; однако за неимением таковых в последующие десятилетия после Петра душевнобольные направлялись по-прежнему в монастыри. Этот обычай был даже официально санкционирован, и в 1727 г. Синоду было вменено в обязанность не чинить никаких препятствий к приему душевнобольных в монастыри и не ссылаться на указ Петра.

Исторический период русской психиатрии начинается с 1762 г. На предложение Сената отдать в монастырь душевнобольных князей Козловских Петр III положил следующую резолюцию: «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы, — а впрочем, быть по сему».

Однако от резолюции до дела было еще далеко. Никто в России не знал, что представляют собой заграничные доллгаузы, так что Сенату пришлось запросить по этому поводу Академию наук, но и там не нашлось академика, знакомого с этим делом. Историограф Мюллер ответил на запрос Сената, но только вовсе не дал описания европейских доллгаузов, а представил свой собственный проект, который оказался далеко не плохим. Таким образом, Ф. Мюллеру принадлежит звание «если не первого русского психиатра, то, во всяком случае, пионера на поприще организации попечения о душевнобольных» (Горелова Л. Е., 2002).

В 1765 г., в царствование Екатерины II, постановлено было учредить два доллгауза — один в Новгороде, в Зеленецком монастыре, другой в Москве, в Андреевском. В самом Петербурге, соответственно увеличению населения, число душевнобольных настолько умножилось, что все чаще стали отмечаться случаи нарушения порядка на улицах и в присутственных местах. Поэтому в 1766 г. издано было распоряжение, чтобы все жители столицы, имеющие душевнобольных, немедленно, под угрозой штрафа, уведомляли Главное полицейское управление о том, как они их содержат и какие меры принимают для ограждения здоровых от опасности и неприятностей. В результате этого в полицию поступило столько заявлений и было приведено столько больных, что управление оказалось в крайнем затруднении. Так пришли к необходимости строить отдельные дома.

В 1775 г., когда Россия была разделена на губернии, при губернских управлениях были учреждены Приказы общественного призрения, которые начали открывать психиатрические отделения при больницах и строить специальные дома для умалишенных — «желтые дома» (по цвету недорогой краски, использовавшейся для отделки этих зданий). Первый такой дом был открыт в Новгороде в 1776 г. В то же самое время положено было начало призрению душевнобольных в Москве: в Екатерининской больнице предоставлено было 26 мест для умалишенных.

В Петербурге в 1779 г. открылся первый приют для душевнобольных на месте, занимаемом впоследствии Обуховской больницей, которая была здесь построена в 1784 г., и тогда же при ней открылось психиатрическое отделение. В 1789 г. количество мест было увеличено до 44, причем 10 из них предостав-

лялись для более состоятельных лиц. В последующие годы число больных быстро увеличилось: в 1790 г. уже было 124 человека, в 1791 г. — 143. Когда в 1832 г. в 11 верстах от Петербурга, по дороге в Петергоф, была открыта психиатрическая больница «Всех скорбящих», рассчитанная на 120 человек обоего пола, больные были переведены туда, а отделение при Обуховской больнице было закрыто.

В это время в Харькове уже был «дом сумасшедших» на 20 человек (1817). Довольно рано небольшое убежище было открыто в Екатеринославе при больнице, основанной еще во второй половине XVIII в., и в Симбирске (1772). К 1810 г. число домов для умалишенных уже равнялось 14, подчинены они были Министерству полиции, которое построило в течение четырех лет еще 10 домов. В 1814 г. дома эти перешли в ведение Министерства внутренних дел, после чего число их стало довольно быстро умножаться и к 1860 г. достигло 43.

И все же история психиатрии в России неразрывно связана с деятельностью первой отечественной кафедры психиатрии Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии. Клинические основы психиатрии в МХА стали формироваться в рамках терапевтической клиники. В 1834 г. был издан первый русский учебник «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании». Его автор, выпускник Медико-хирургической академии П. А. Бутковский, рассматривал психические болезни не как локализованный в «душе» процесс, что до того времени безоговорочно утверждалось, а как результат нарушений процесса ощущения. Становление преподавания душевных болезней относится к 1835 г. и связано с утверждением нового устава МХА. Первым официальным преподавателем психиатрии стал адъюнкт-профессор кафедры внутренних болезней и патологической семиотики П. Д. Шипулинский. В последующем преподавание душевных болезней поручалось К. К. Зейдлицу, Г. К. Кулаковскому, В. Е. Экку, О. И. Мянновскому.

8 июня 1860 г. император утвердил положение об открытии в МХА пяти новых кафедр, в том числе кафедры «учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей», и о поручении каждой из них в ведение ординарного профессора. Первую в России кафедру возглавил Иван Михайлович Балинский. Благодаря его усилиям 19 ноября 1867 г. состоялось торжественное открытие клиники душевных болезней. Характерно, что клинической базой психиатрических кафедр всех европейских университетов являлись ближайшие психиатрические больницы. Самостоятельно существующие кафедральные клиники душевных болезней стали появляться в Европе лишь в конце XIX в.

Поскольку клиника была единственной в России, в ней проходили подготовку психиатры всей страны. Это позволило современникам на 1-м съезде отечественных психиатров назвать И. М. Балинского «отцом русской психиатрии».

Его ученики стояли у истоков земской психиатрии в России. История ее в стране началась с реформ после отмены крепостного права в 1861 г. После столетнего руководства психиатрией Приказом общественного призрения было введено «Положение о земских учреждениях». К предметам ведения земства, кроме всего прочего, принадлежало «заведование лечебными и благотворительными заведениями, попечение о призрении бедных, неизлечимых больных и умалишенных, а также сирых и увечных». Земство было введено с 1 января 1864 г. в 34 губерниях империи. Психиатрия разделилась на государственную (окружные лечебницы) и земскую. Земская психиатрия прошла сложный путь

своей организации и периодически вступала в конфликты с государственной психиатрией. Кроме того, имелись ведомственные психиатрические учреждения (клиника психиатрии МХА, психиатрические отделения военных госпиталей), частные клиники и учреждения, которые содержались за счет благотворительности. Но органы местного самоуправления (земства) занимались вопросами психиатрии неохотно, потому что это требовало немалых средств. Психиатрические больницы строились медленно. Только в 1884 г. в Твери открылась Бурашевская психиатрическая колония (ныне психиатрическая больница имени М. П. Литвинова, который ее основал). Это была первая в России колония для душевнобольных, открытая земством. Она послужила образцом для других земств России и школой для многих врачей-психиатров, которые затем возглавили психиатрические больницы в других земствах.

Конец XIX в. ознаменовался повсеместным бурным развитием отечественной психиатрии. В этот период времени с полной наглядностью выяснилась крайняя недостаточность психиатрической помощи в России. Не успели открыться земские больницы, как они уже были переполнены и приближались к состоянию скученности и неизбежного падения санитарных норм. В конце 1880-х гг. русская психиатрия стала лицом к лицу с вопросом о необходимости организации колоний и патронажа.

Значительный вклад в организацию психиатрической помощи в России внес ученик И. М. Балинского и И. П. Мержеевского Л. Ф. Рагозин. В 1884 г. он был назначен директором Казанской окружной психиатрической лечебницы. Благодаря его энергичной деятельности за непродолжительное время лечебница была переустроена и расширена. Его организаторский талант был замечен в столице, и в 1889 г. его назначили директором Медицинского департамента Министерства внутренних дел России. Интенсивное строительство психиатрических больниц и становление принципов оказания психиатрической помощи населению в конце XIX в. проходило под его непосредственным руководством.

Конфликты и недоразумения между земской и государственной психиатрией в отношении принципов организации психиатрической помощи населению продолжались до начала XX в., и только в 1901 г. было организовано совещание об упорядочении дела лечения и призрения психически больных при участии Л. Ф. Рагозина, профессоров И. П. Мержеевского и В. М. Бехтерева. Совещанием было решено следующее.

1. За счет правительства отнести содержание психически больных, помещаемых по суду. Эти больные обязательно помещаются в окружные лечебницы; также за счет правительства относится и содержание больных, помещаемых по требованию воинских учреждений, и больных, признанных явно угрожающими общественной безопасности.

2. За счет земства должно быть отнесено содержание страдающих острым помешательством и тех хроников, которые не могут обойтись без специального содержания.

Кроме того, в отечественной психиатрии около столетия сохранялись противоречия между московской и петербургской (ленинградской) школами психиатрии. Поскольку психиатры петербургской школы работали преимущественно в государственных учреждениях, они не испытывали особых проблем с финансированием. Кафедра нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии во время ее руководства В. М. Бехтеревым могла проводить фундаментальные экспериментальные исследования в психоневрологии. Поэтому петербургское научное направление в психиатрии называют «экспериментально-

психофизиологическим». С большим интересом они изучали физиологию высшей нервной деятельности, роль условных рефлексов, анализировали поведение с позиций психологии отношений. Московские психиатры, работавшие в земских больницах и московских частных клиниках, таких исследований позволить себе не могли, в своих работах опирались в основном на клинику психических расстройств, поэтому свое направление называли «клиническим, патогенетическим или нозологическим». Большое внимание они уделяли роли наследственности и патологической конституции.

Отчаянные споры в среде психиатров вызвала попытка объяснить все психические расстройства последствием внешних вредностей (инфекций и травм). В начале XX в. впервые оформилось понятие о так называемых социальных болезнях, в число которых, наряду с туберкулезом и сифилисом, были включены также и психические заболевания. Многие полагали, что с изменением политической системы и построением справедливого общественного строя социальные болезни исчезнут сами собой.

После 1917 г. положение с психиатрической помощью, как и общее положение в стране, резко изменилось. В условиях Гражданской войны, прекращения финансирования, голода, разрухи и отказа основной массы врачей сотрудничать с новой властью нужно было предотвратить полный развал психиатрической службы и по возможности не допустить гибель пациентов больниц от холода и недоедания. Какой-либо статистики смертности в те годы не велось, известно лишь, что количество пациентов существенно сократилось, а многие психиатрические больницы были вообще закрыты. Немногие известные психиатры согласились сотрудничать с советской властью, и в числе этих немногих был П. П. Кащенко, который в советское время был особенно почитаем как первый руководитель психиатрической службы в Советской стране. В апреле 1918 г. была создана комиссия для руководства психиатрией в стране во главе с П. П. Кащенко. В августе 1919 г. по инициативе последнего в Москве было созвано первое Всероссийское невропсихиатрическое совещание, на котором он выступил в качестве основного докладчика по организационным вопросам. Практическое осуществление организационных мероприятий, намеченных совещанием, «сразу же резко улучшило положение психически больных и обслуживающего персонала». Больше П. П. Кащенко сделать ничего не успел, так как в начале 1920 г. скончался. В чем именно удалось за короткий срок добиться значительных перемен, сказать трудно, но если отмечается, что положение больных и персонала «резко улучшилось», значит, оно до этих мероприятий было совсем отчаянным.

В 1920-е гг. обстановка стабилизировалась, но, поскольку организация патронажа при новой власти оказалась невозможной, нужно было искать новые формы амбулаторной психиатрической помощи. Поэтому в 1924 г. в Москве был открыт первый нервно-психиатрический диспансер. Затем такие диспансеры были созданы и в других городах. В эти же годы наблюдалась активизация научных исследований в области психиатрии. Был организован ряд научно-исследовательских институтов (в Москве, Ленинграде, Харькове, Тбилиси).

Период Великой Отечественной войны был трудным как для всей страны, так и для психиатрической службы. В результате голода не только в блокадном



И. М. Балинский
(1827–1902)

Ленинграде, но и в других психиатрических больницах страны большинство больных находились с диагнозами, которых ранее не встречалось. Это были «психозы истощения» или «астенические психозы». В большинстве случаев они выражались аментивным синдромом и были основной причиной смерти. Поэтому, с одной стороны, количество больных существенно сократилось, а с другой стороны, контингент психиатрических больниц пополнился фронтовиками с последствиями травм головы.

После войны психиатрия также развивалась в противоречивых условиях. Давление государственной идеологии препятствовало развитию генетических исследований. Кроме того, значительное влияние оказали объединенная сессия АН СССР и АМН СССР (1950) и объединенное заседание расширенного Президиума АМН СССР и Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров (1951). Они были посвящены проблемам повсеместного внедрения в науку и практику физиологического учения И. П. Павлова и борьбе с так называемыми антипавловцами. В результате многие известные психиатры были подвергнуты острой критике и уволены с работы.

Периодически политическое руководство страны инициировало противоалкогольные кампании. Поэтому в декабре 1975 г. на VI съезде невропатологов и психиатров была выдвинута идея о необходимости создания самостоятельной наркологической службы, которая вскоре была претворена в жизнь. В те же годы со стороны западных стран участились обвинения в использовании психиатрии для преследования инакомыслящих. В результате в 1983 г. СССР был исключен из Всемирной психиатрической ассоциации. В ответ на это в сентябре 1985 г. в Москве и в апреле 1987 г. в Варне (Болгария) были организованы Первый и Второй съезды психиатров социалистических стран. Изоляция советской (а затем российской) психиатрии от мировой продолжалась до начала 1990-х гг., когда в 1993 г. был принят новый закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В настоящее время в стране сложилась система психиатрической помощи, в основе которой находятся психоневрологические диспансеры. Они тесно взаимодействуют с психиатрическими больницами, при которых функционируют дневные и ночные стационары (полустационары), а также общежития для лиц с психическими расстройствами. В отдаленных районах амбулаторное лечение и наблюдение за ними проводят психиатры поликлиник при центральных районных больницах.

Кроме того, в системе социальной защиты населения функционируют такие учреждения для лиц с психическими расстройствами, как психоневрологические интернаты для взрослых и реабилитационные центры для лиц с умственной отсталостью. В системе Министерства образования также есть учреждения для лиц с психическими расстройствами. Это — дошкольные учреждения (детские сады и детские дома для детей с умственной отсталостью), школьные учреждения (вспомогательные школы-интернаты и общеобразовательные школы-интернаты для детей с задержкой психического развития) и специальные учебно-воспитательные учреждения (общеобразовательные школы, коррекционные школы и профессионально-технические училища для детей и подростков с задержкой психического развития и легкими формами умственной отсталости, совершивших общественно опасные деяния).

Глава 3. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

3.1. Методологические основы диагностики в психиатрии

Диагностика и диагноз рассматриваются как две стороны врачебного мышления, как две его стадии. Диагностика является разделом клинической медицины, который изучает методы исследования больного с целью распознавания болезни. Это понятие включает в себя также весь процесс изучения больного и рассуждений врача. Диагностическое суждение психиатра, возникая на разных стадиях диагностического процесса, каждый раз носит качественно новый характер в силу того, что диагностика в психиатрии осуществляется на разных уровнях: *симптоматологическом, синдромологическом и нозологическом*. Психиатр выдвигает диагностическую гипотезу, которая в процессе дальнейшей его деятельности проверяется, уточняется, дополняется, усложняется, пересматривается до тех пор, пока не начинает соответствовать сущности патологического процесса и стоящим перед психиатром задачам. В значительной мере задачам проверки правильности диагностической гипотезы отвечает «*принцип соответствия*», включающий в себя соотношение состояния больного с анамнезом, сроками течения болезни и обнаружением признаков, характеризующих длительность болезни, особенности движения симптомов в анамнезе и отражения его в состоянии больного (Завилянский И. Я. [и др.], 1989). Динамика врачебного мышления носит, таким образом, не прямой, а спиралевидный характер, возвращаясь время от времени к уже пройденным стадиям.

Принцип соответствия определяется также признаками, наиболее полно, типично отражающими сущность болезни, и признаками, имеющими дополнительное значение, соотношением данных лабораторных исследований с клинико-психопатологическими особенностями, соматоневрологическими симптомами, соответствием синдромов основным типам течения, совместимостью типичных и не свойственных заболеванию признаков в развитии болезни, их сочетаниями.

Следует отметить, что в *диагностике*, которая рассматривается как специфическая форма познания, представляющая собой процесс выявления болезни в результате сбора данных, направленных на точное ее определение и идентификацию в единой системе болезненных расстройств, следует различать два понятия: «*методология*» – теоретическое обоснование выбора методов достижения цели (познание природы исследуемых явлений) и «*методика*» – совокупность практических методов (приемов), направленных на достижение этой цели.

Стадия симптоматологической диагностики носит характер начальной, ориентировочной. На этой стадии основная задача – выделить особо значимые в диагностическом отношении симптомы и по патогенетическому принципу объединить их в психопатологические синдромы.

Синдромологический этап предваряет нозологическую диагностику. Он не только более точно нацеливает психиатра в диагностически-нозологическом отношении, но и сохраняет свое незабываемое значение для уточнения нозологического диагноза.

Определяющий психический статус синдром не является статичным. В нем постоянно происходят изменения, обусловленные или особенностями патологического процесса, или влиянием терапевтического вмешательства. Поэтому, определив существующий синдром, всегда следует попытаться выяснить воз-

возможные тенденции его видоизменения на ближайшие отрезки времени как в сторону усложнения, так и в сторону упрощения. В обоих случаях предвидение изменений психического состояния позволяет вовремя изменить терапию и предупредить нежелательные медицинские и социальные последствия болезни.

Дать синдромальную оценку существующим психическим расстройствам означает дать не только определение психического статуса больного в психиатрических терминах, но и уточнить существующий уровень поражения. При синдромальной оценке большее значение имеют расстройства, отражающие более глубокий уровень поражения, несмотря на то что на период исследования они являлись бы минимально выраженными, а расстройства более легкого регистра — преобладающими в клинической картине.

Синдромальная квалификация психического статуса позволяет не только выявить основные на данный момент психопатологические расстройства и оценить их глубину. Одновременно она дает большую, чем симптоматологическая квалификация, возможность предвидеть характер вероятных в ближайшее время медицинских и социальных осложнений, предпринять наиболее правильные меры медикаментозного воздействия и выбрать организационную форму медицинской помощи. Синдромальная оценка психического статуса особенно важна в тех случаях, когда, как это нередко бывает в психиатрии, в период исследования отсутствуют объективные анамнестические сведения о больном.

Оценка динамики психических расстройств представляет собой, по мнению Г. В. Морозова и Н. Г. Шумского (1998), *третий этап диагностики*. Каждая психическая болезнь проявляется определенным или предпочтительным для нее «набором» синдромов, которые возникают, видоизменяются и сменяют друг друга в закономерной последовательности, реализуя стереотип развития болезни. Поэтому вслед за синдромальной оценкой статуса производят аналогичную оценку всех наблюдавшихся ранее психопатологических расстройств, т. е. анализируют и квалифицируют данные анамнеза. Определяются особенности развития (течения) психопатологических расстройств.

Выделяют два основных типа течения психических болезней: *непрерывный* и *приступообразный*. Болезнь может характеризоваться каким-либо одним типом течения, например приступообразным, но может произойти смена одного типа течения другим. Например, в рамках шизофрении приступообразное течение может сменяться непрерывным. При каждом типе развития психопатологические симптомы могут подвергаться усложнению (прогредиентность), упрощению (регрессиентность) или же продолжительные периоды времени сохраняются в неизменном виде (стационарное состояние).

Нозологический диагноз — четвертый этап диагностики. Оценка настоящего психического состояния и стереотипа развития психической болезни (продромальных явлений, выраженных психических расстройств, происходящего со временем синдромального видоизменения позитивных и негативных нарушений) обычно позволяет сделать обоснованное заключение о нозологической принадлежности психической болезни.

А. В. Снежневский (1970), характеризуя завершающий этап психиатрического диагноза, подчеркивал необходимость его максимальной индивидуализации. Здесь также прослеживается характерное движение диагностического процесса: от наблюдения и изучения конкретного больного к рассмотрению сложных и абстрактных психопатологических конструкций и понятий, а от них обратно к случаю, послужившему поводом для диагностического процесса. Оно необходимо потому, что диагностические построения на абстрактно-познава-

тельном уровне всегда носят чрезмерно общий характер без учета особенностей течения болезни у данного больного и, соответственно, не могут служить основой для индивидуализированного лечения. Общая диагностическая схема, на каком бы высоком уровне познания она ни была бы создана, непригодна для практической деятельности, поскольку болезнь, как указывал А. В. Снежневский (1985), у каждого больного протекает атипично, с теми или иными отклонениями от усредненного, абстрагированного, типового ее описания.

Таким образом, завершающий этап психиатрической диагностики (присущий, впрочем, любой клинической дисциплине) состоит в переходе от диагноза болезни к диагнозу больного. К понятию диагноза больного близко примыкает понятие функционального диагноза (Воловик В. М., 1977). Функциональный диагноз не может быть противопоставлен нозологическому, каждый из них по-своему и на разных уровнях отражает сущность болезни. Но если нозологический диагноз является диагнозом эволюционно сложившейся видовой формы приспособления организма к измененным условиям жизни, каковой является болезнь в общепатологическом плане, то функциональный диагноз — это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, он отражает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом.

Методология психиатрического диагноза связана прежде всего с выявлением феноменов первого порядка — симптомов, второго порядка — синдромов, третьего порядка — нозологических единиц. Но необходимо принять к сведению и то обстоятельство, что *в рамках психиатрической интерпретации существует целый ряд других диагностических подходов к оценке одного и того же психического состояния* (Самохвалов В. П., 2002). При этом основным подходом считается феноменологический. Предметом феноменологического анализа является феномен, в том числе — и психопатологический. *Психопатологический феномен — это всегда целостное, качественно новое явление сознания (по содержанию и то обстоятельство, что в рамках психиатрической интерпретации существует целый ряд других диагностических подходов к оценке одного и того же психического состояния) (Самохвалов В. П., 2002). При этом основным подходом считается феноменологический. Предметом феноменологического анализа является феномен, в том числе — и психопатологический. Психопатологический феномен — это всегда целостное, качественно новое явление сознания (по содержанию и степени завершенности), которое принципиально не редуцируется к своим составным частям, не выводится ни из другого психопатологического феномена, ни из расстройств какой-либо психологической сферы или функции, ни из низележащих или вышележащих процессов: нейрофизиологических и социальных.* Психопатологический феномен дан субъекту как некая новая сущность. По М. Хайдеггеру, это такое интрасубъективное переживание, которое «само-по-себе-себя-показывает» субъекту. В отличие от всех других медицинских дисциплин, являющихся по преимуществу биологическими, психиатрия интегральна ко всем слоям бытия, и, таким образом, все ее явления, как и обозначающие их категории, не ограничиваются биологическим или психическим слоем, а интегральны к ним, представляя целостные, качественно новые образования — феномены. Как отмечает Ю. С. Савенко (2013), галлюцинация и бред — это нарушение не только когнитивных функций (восприятия, мышления, памяти), но, в еще большей мере, функций аффективно-мотивационных, а также нарушение ценностных ориентаций. При таком подходе обнаруживается интегральность феномена ко всем онтологическим слоям личности (биологическому, психическому и духовному), тогда как «симптом» (галлюцинация) — это нарушение восприятия, а «феномен» (галлюцинация) — это интегральное личностное нарушение. В отличие от симптома как индуктивного (обобщенного), элементарного, стандартного, одновекторного признака, феномен — это уникально индивидуальное конкретное переживание, т. е. тонко артикулированный физиогномический фрагмент целого, повторяющий структуру этого целого (Савенко Ю. С., 2013).

Сущность феноменологического анализа заключается в том, что из «потока» психопатологических явлений врач выделяет такие целостные феномены, которые по своему *содержанию, форме, структуре противостоят всему строю личности и ее сознанию, т. е. обладают патологическими признаками*. Далее путем «редукции» (вынесение за скобки) всех несущественных частных признаков психопатологический феномен проясняется, очерчивается, описывается в рамках описательной феноменологии. Затем устанавливаются связи между отдельными психопатологическими феноменами на основе отношений понятности, схожести, соответствия, одновременности или последовательности событий. Это не причинно-следственные связи, как в психоанализе, а «синхронические» связи по К. Юнгу, «психологически понятные» по К. Ясперсу, т. е. сущностно выводимые из «осевого» феномена. Например, разрабатывая целостное понимание истерической личности, К. Ясперс пишет: «Для того чтобы охарактеризовать этот тип, мы должны спуститься вниз, к одной базисной черте: не считаясь со своими склонностями и жизненными возможностями, истерические личности жаждут казаться как для себя, так и для других больше, чем они есть, и чувствовать больше, чем способны. Все остальные признаки могут быть поняты как следствие этого». В силу того, что практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно и априорно причислены к рангу симптомов, равно как и признаны абсолютно адекватными, возможно выделение ряда интерпретаций (помимо собственно психиатрической) одного и того же психического состояния.

Нейропсихологическая интерпретация основана на том, что с позиций нейропсихологии все психические расстройства связаны с функциональным или морфологическим повреждением в системах трех функциональных блоков мозга:

1) блока регуляции тонуса и активности, уровня сна и бодрствования (ретикулярная формация, лимбическая система, медиобазальные отделы лобной и височной коры);

2) блока приема, переработки и хранения информации (анализаторные системы);

3) блока регуляции, контроля и программирования психической деятельности (моторные, премоторные, префронтальные отделы коры лобных долей).

Психоаналитическая интерпретация зависит от того, в рамках какой аналитической школы она происходит, но независимо от школы аналитик пытается ответить на вопрос, почему именно таково содержание его симптома, например навязчивостей или бреда. Эта интерпретация прямо не соответствует психиатрической. В частности, психоанализ рассматривает невротические расстройства как особую нормативную форму адаптации. Психоанализ фиксируется на уровне симптома, который интерпретируется как результат одного из механизмов защиты, срабатывающего в результате задержки развития на стадиях психосексуальности, психического онтогенеза или в результате регресса к определенным стадиям.

Этническая и культуральная интерпретация учитывает то обстоятельство, что целый ряд психических функций зависит от расовых и культурных, в том числе религиозных, особенностей. Поэтому следует оценивать то или иное проявление как «расстройство» с учетом данных зависимостей. В практике выделяется большая группа особых этнокультуральных психопатологических синдромов: Коро, Витико, Пороблено и др.

Возрастная интерпретация выделяет группы синдромов, характерных для определенных возрастных периодов. Для детского возраста относительно специ-

Учебное издание

ПСИХИАТРИЯ

Учебник

Под редакцией В. К. Шамрея, А. А. Марченко

2-е издание, исправленное и дополненное

Редактор *Е. Г. Закревская*

Корректор *А. Н. Терентьева*

Компьютерная верстка *Е. В. Саватеевой*

Подписано в печать 22.03.2021. Формат 70 × 100¹/₁₆.

Печ. л. 26. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».

190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15–17,
литер. В, пом. 231

Тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12

<http://www.speclit.su>

Санкт-Петербургский филиал ФГУП «Издательство „Наука“».
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12

ISBN 978-5-299-01100-5



9 785299 011005