

Снежневский Андрей Владимирович

Руководство по психиатрии

В двух томах. Том 1

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
С53

C53 **Снежневский Андрей Владимирович**
Руководство по психиатрии: В двух томах. Том 1 / Снежневский Андрей
Владимирович – М.: Книга по Требованию, 2024. – 482 с.

ISBN 978-5-458-39076-7

Первое советское фундаментальное руководство по психиатрии. А. В. Снежневский - академик АМН СССР, директор Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР. Авторский коллектив - высококвалифицированные специалисты, работающие в ведущих психиатрических учреждениях страны, учители создателей современного руководства под редакцией А. С. Тиганова. В руководстве отражены вопросы теории современной психиатрии и все ее клинические аспекты - от общих проблем психиатрического диагноза, вопросов классификации и современных методических подходов к изучению психозов до описания клиники, течения, прогноза и лечения психических заболеваний. Особое внимание обращено на возрастной аспект психических нарушений, в частности на вопросы геронтопсихиатрии. Глава по общей психопатологии изложена самим А. В. Снежневским. Из частной психиатрии в volume 1 описаны шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, инволюционные психозы. Для психиатров, невропатологов.

ISBN 978-5-458-39076-7

© Издание на русском языке, оформление

«YOYO Media», 2024

© Издание на русском языке, оцифровка,

«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, кляксы, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Часть I

ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ

Традиционное определение психиатрии как учения о распознавании и лечении психических болезней содержит самые существенные признаки этой медицинской дисциплины. Первая часть определения — распознавание включает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических болезней; вторая часть — лечение охватывает, помимо собственно терапии, организацию психиатрической помощи, профилактику и социальные проблемы психиатрии.

Понятие «психические болезни» не исчерпывается психозами. «Психозами» обозначаются лишь выраженные формы психических нарушений, т. е. такие патологические состояния психической деятельности, при которых психические реакции грубо противоречат реальным отношениям (И. П. Навлов), что и обнаруживается в расстройстве отражения реального мира и дезорганизации поведения¹. К психическим болезням в широком понимании, помимо психозов, относятся и более легкие расстройства психики, не сопровождающиеся выраженным нарушением отражения реального мира и существенным изменением поведения². Они включают неврозы, психопатии, умственное недоразвитие и не достигающие степени психоза психические нарушения различного генеза, например, обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, соматогенными, интоксикациями и т. п. С. С. Корсаков в свое время писал, что психиатрия представляет собой учение о душевных расстройствах вообще, а не только о выраженных психозах³.

Психиатрия подразделяется на общую психиатрию (общую психопатологию), исследующую основные, свойственные многим психическим болезням закономерности проявления и развития патологии психической деятельности, общие вопросы этиологии и патогенеза, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации, проблемы восстановления, методы исследования, и частную психиатрию, исследующую соответствующие вопросы при отдельных психических заболеваниях.

В процессе развития психиатрии выделились и сложились отдельные ее отрасли: детская психиатрия, геронтологическая психиатрия (психиатрия позднего возраста), биологическая психиатрия

¹ Mentis alienatio — безумие, сумасшествие.

² Mentis aberratio — отклонение психической деятельности от нормы.

³ Корсаков С. С. Избранные произведения. — М.: Медгиз, 1954, с. 9

социальная психиатрия военная и судебная психиатрия а также психофармакология.

Основным методом познания психических болезней остается метод клинико-описательный, исследующий в единстве статику и динамику психических расстройств. П. Б. Ганпушкин (1924) отстаивал следующие принципы изучения психических болезней; во-первых, изучение всех заболеваний под одним и тем же углом зрения, одними и теми же клиническими приемами; во-вторых, исследование личности больных в целом. В этом случае он имел в виду не только изучение больных в их взаимоотношении с окружающей средой, но и выявление всех соматических корреляций; в-третьих, познание больных не только в пределах болезни, но и на протяжении всей их жизни. Перечисленные положения П. Б. Ганпушкина нужно дополнить четвертым принципом — генетическим, в соответствии с которым необходимо изучение родственников больных [Юдин Т И., 1922].

Положение П. Б. Ганпушкина о необходимости исследования соматических корреляций психических расстройств осуществляется в настоящее время на всех уровнях жизнедеятельности организма, вплоть до молекулярного. Совершенно очевидно, что молекулярные и субклеточные изменения не входят непосредственно в те или иные клинические проявления болезни, так же как ни один из факторов внешней среды не действует прямо на ту или иную молекулярную внутриклеточную реакцию, а только на организм в целом и его регуляторные механизмы [Саркисов Д. С., 1977]¹.

Центральная роль среди регуляторных механизмов принадлежит нервной системе как ведущей системе, с помощью которой осуществляется функциональная связь всех частей организма и последнего с внешней средой. Патофизиологической основой психических заболеваний следует считать прежде всего расстройства функций центральной нервной системы — нарушение основных процессов высшей нервной деятельности и соотношения второй и первой сигнальной систем (по И. П. Павлову), ослабление эпикритической функции центральной нервной системы, с преобладанием пропатитической [Аствацатуров И. И., 1936; Conrad K., 1958].

Этиология большинства психических болезней остается в значительной мере неизвестной. Неясно соотношение в происхождении большинства психических болезней наследственности, внутренне обусловленных особенностей организма и вредностей внешней среды, иначе говоря, эндогенных и экзогенных факторов. Патогенез психозов также исследовал лишь в самом общем виде. Изучены основные закономерности грубой органической патологии головного мозга, воздействие инфекций и интоксикаций, влияние психогенных факторов. Наконец существенные данные о роли наследственности и копииции в возникновении психических заболеваний.

В исследованиях последних десятилетий находят отражение и своего рода обоснование представления двух соперничающих со време-

¹ Саркисов Д С Очерки по структурным основам гомеостаза — М.: Медицина, 1977.

мен Древней Греции медицинских школ (направлений)¹. Одна из них — кnidская школа свою концепцию патологии развивала на основе учения Платона об универсалиях. Другая, с острова Кос, была создана Гиппократом под влиянием воззрений Аристотеля. Кnidская школа, следуя Платону и стремясь к постижению универсалий в медицине, направляла свои усилия на классификацию и панимование болезней. Основой школы Гиппократа было всесторопнее, тщательное исследование разнообразных проявлений болезни, ее естественного развития у отдельных больных. Гиппократ и его школа больше заботились о прогнозе, чем о диагнозе болезни.

Понимание патологии названными школами было взаимоисключающим: Платон или Гиппократ, Кnid или Кос, онтологическое или биографическое, реалистическое или номиналистическое, рациональное или эмпирическое, копвенциональное или патуралистическое; в конечном счете болезнь однозначно противопоставляли больному.

Тем не менее противопоставление этих двух направлений в медицине относительно. Тщательное изучение Гиппократом всех особенностей проявления и течения болезней у отдельных больных не исключало, а неизбежно приводило к выделению болезней. «Он знал уже меланхолию и манию, сумасшествие после острых лихорадочных болезней, после падучей и родовых процессов, ему были известны также запойный бред и истерия, а из отдельных симптомов предсердочная тоска и слуховые галлюцинации. От его взора не ускользнуло значение психоцатического темперамента, которое не есть постоянное помешательство»². Выделение отдельных болезней Гиппократом было эмпирическим, описательным, представителями кnidской школы — умозрительным. Известные врачи древнего мира Асклеапиад, Цельс, Аретей, Аврелий были последователями Гиппократа и так же, как и он, эмпириками.

После длительного застоя в Средние века в период Возрождения начинается новый этап развития психиатрии. Сначала он проходил под знаком кnidской школы — систематики психических болезней. Во второй половине XVI века F. Platter (1536—1614), психиатр эпохи Возрождения, создал первую в истории психиатрии классификацию психозов, состоящую из 23 видов психических болезней, размещенных в 4 классах. Причины помешательства F. Platter подразделял на внешние и внутренние. Он проявлял интерес к состояниям, пограничным с психозами, относимым теперь к малой психиатрии³. В первой половине XVII века P. Zacchia (1584—1659) предложил свою классификацию психических болезней, включающую 3 класса, 15 видов и 14 разновидностей. Он был одним из основателей судебной медицины, включая судебную психиатрию. В том же

¹ Излагается с использованием следующих источников: Cohen H. The Nature, Method and Purpose of Diagnostics. — Cambridge, 1943; Engle R. L. Medical diagnosis; past, present and future. — Arch. Int. Med., 1963, v. 112, p. 520—529; Kendell R. E. Die Diagnose in der Psychiatrie. — Stuttgart:Enke Verlag, 1978.

² Шюле Г. (Schüle G.). Руководство к душевным болезням. — Харьков, 1880, с. 303.

³ Каннабих Ю. В. История психиатрии — М.: Медгиз 1928 317 с

веко Т. Sydenham (1624—1689), блестяще применявший гиппократовский метод в практике, в теории следовал кийдской школе, стремясь создать классификацию болезней, подобную «Естественной систематике» К. Linnaeus (1758). Он утверждал, что однотиповые болезни протекают с одними и теми же симптомами у различных личностей — «и у больного Сократа, и у идиота». В 1763 г. Boissier de Sauvages составил нозологическую систему, включающую 2400 болезней, подразделенных на классы, порядки, семейства¹. Психозам он отвел 8-й класс, состоящий из 3 отделов, содержащих 27 видов болезней.

Среди современников Boissier de Sauvages был ряд врачей, подробно исследовавших отдельные болезни. Среди них выделялся Willis (1776), описавший клинику прогрессивного паралича. Bayle признал Willis своим предшественником; V. Chiarugi (1793) был предшественником H. Neumann, создавшего в 1860 г. учение о едином психозе; W. Cullen (1754) трактовал психические болезни как страдания головного мозга, проявляющиеся в его угнетении или возбуждении.

В конце XVIII — первой половине XIX века господствовали идеи Гиппократа. М. Я. Мудров утверждал, что «нет болезней, а есть больные». Независимо от него Ph. Pinel (1801) писал, что «число родов помешательства ограничено, но встречающиеся здесь варианты могут увеличиваться до бесконечности». Позднее, в начале XIX века, Autenrieth (1805) уже делает попытку показать развитие психических болезней, отмечая, что, те или иные болезнеподобные формы поступают в определенной последовательности, представляя собой звенья одной цепи. Болезнь, писал он, часто пачкается с ипохондрией и меланхолией, которые сменяются помешательством и слабоумием; слабоумием копчается большинство случаев бреда. Общие патологи Broussais, Magendie, Muller трактовали болезни преимущественно как количественные, а не качественные отклонения от нормы. Broussais, в частности, иронизировал по поводу любой попытки описания типических проявлений и течения болезни, утверждал, что группы симптомов, трактуемые как болезни, представляют собой «метафизическое заблуждение», т. е. отнюдь не присущее, неизменное свойство болезни, а произвольную группировку проявлений патологии. R. Virchow (1857) писал, что болезнь — не позависимая самостоятельная сущность, а лишь манифестиация жизненного процесса в измененных условиях.

H. Maudsley (1871) и W. Griesinger (1845) сосредоточивали свои усилия на исследовании общих закономерностей развития психического расстройства и его реализации у отдельных больных. В связи с этим H. Maudsley (1871) писал: «Особенности психической организации или темперамента имеют более важное значение для определения формы помешательства, нежели производящие причины болезни. Лишь в результате далеко зашедшего помешательства когда

¹ Kniell R E Die Diagnose in der Psychiatrie — Stuttgart Enke Verlag, 1978

производящая творческая деятельность, высшее направление высоко то и здорового ума инициируется, тогда выступают общие признаки помешательства для всех возрастов и различных стран»¹.

Вместе с тем E. Esquirol (1837) и другие авторы паряду с углубленными психоатологическими исследованиями пытались систематизировать психические болезни. Создавалась рабочая классификация психических болезней [Schüle G., 1880; Krafft-Ebing R., 1897], разрабатывалась описательная классификация психозов [Кандильский В. Х., 1890; Корсаков С. С., 1887]. Были попытки создать последовательную этиологическую классификацию психической патологии [Morel B., 1852; Magnan V., 1891]. Правда, историк медицины J. M. Guardia (1892) позднее писал по новому классификации психических болезней: «Но если станем рассматривать результаты позологических систем, то пример, поданный позографами, был скорее гибельен, чем полезен, потому что несвоевременное применение в патологии методов классификации, принятых в естественной истории, должно было неизбежно привести слабые и самонадеянные умы к стремлению свести злание симптомов и отличительных признаков к пустой игре слов и смешной номенклатуре»².

Положение радикально изменилось после серии открытий Коха и Пастера. Были найдены возбудители ряда инфекционных болезней: тифа, туберкулеза, малярии, холеры, сифилиса и др., что всеяло надежду на открытие причин всех болезней. Это легло в основу позологической системы психических болезней [Kraepelin E., 1883]. Каждая отдельная болезнь — позологическая единица — должна отвечать, по Е. Kraepelin, следующим требованиям: единичная причина, одинаковые проявления, течение, исход и анатомические изменения.

Однако этот линейный принцип [Давыдовский И. В., 1962] — одна причина дает одинаковый эффект — не оправдался. Были обнаружены бациллопосытчи, остававшиеся всю жизнь здоровыми; различные симптомы, течение и исход болезни у разных лиц, зараженных одним и тем же возбудителем, и наоборот, одинаковое проявление патологии, обусловленной разными причинами — так называемая эквифинальность (И. В. Давыдовский). Подчас оказываются гистологически неотличимыми туберкулезные, лепрозные, бруцеллезные, сифилитические гранулемы. «Специфичность удаляется от нас еще дальше, — писал И. В. Давыдовский, — по мере того как мы углубляемся в цитологические детали, в область электронной микроскопии»³. Пессимизм G. Schüle в середине XIX века: «При всем том прогресс науки идет весьма медленно — до такой степени беспристрастное наблюдение страдает под догматическим ярмом, ле

Маудсли I. (Maudsley H.). Физиология патология душев/Пер. с англ. — СПб, 1871.

² Guardia J. M. История медицины от Гиппократа до Бруннса и его последователей. — Казань, 1892, 467 с.

³ Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине (этнология). — М.: Медгиз, 1962, с. 176.

жащим на всемирной науке¹ — остается актуальным и в наши дни.

Основания для выделения самостоятельных болезней (психологических единиц) не только в психиатрии, но и в других дисциплинах по-прежнему крайне многозначимы. Об этом, в частности, пишет R. E. Kendell в своей книге, касающейся диагностики в психиатрии (1978): «Proctalgia fugax и Pruritus Senilis представляют собой лишь симптомы (по воззрениям клиндской школы — болезни). Мигрень и большинство психических заболеваний суть клинические синдромы, констелляция симптомов по T. Sydenham. Митральный стеноэ и холецистит выделяются, исходя из патофизиологической основы. Опухоли всех видов систематизируют руководствуясь гистологическими данными. Туберкулез и сифилис — на основе бактериологических данных. Порфирия — на биохимических исследований. Миастения гравис — на основании физиологического расстройства фуникций; болезнь Дауна — особенностей хромосом. Классификация болезней похожа на старый дом, меблировка которого состоит из новой пластиковой мебели, стекла при сохранивших комодов времен Тюдора и кресел викторианской эпохи»².

Развитие медицины показало, что причинно-следственные отношения в возникновении, течении и исходе болезней значительно сложнее, чем это представляли себе некоторые основоположники научной психиатрии, в частности E. Kraepelin. Система E. Kraepelin перестала соответствовать не только уровню науки, но и клиническим фактам, которые в нее не укладывались. В классификации психических болезней стали появляться такие попытки, как экзогенные реакции, симптоматические шизофрении, смешанные психозы и атологическое развитие личности, пневротическое развитие и т. п.

Разнообразие проявлений, течения и исхода психических болезней позволили A. Hoche (1923) вообще отрицать патологию E. Kraepelin. A. Hoche писал, что естественная потребность ума в упорядочивании наблюдаемых явлений лежит в основе поиска отдельных болезней, но, к сожалению, подобная субъективная потребность пока не становится реальностью. Достижения в области дифференцировки отдельных патологических единиц он сравнивал с успехом переливания мутной жидкости из одного сосуда в другой.

Выделение патологических единиц психических болезней отрицал K. Jaspers (1913, 1923). Он считал, что идея существования патологически самостоятельных болезней в действительности есть идея в капитовском смысле, суть которой постигнуть невозможно, ибо она лежит в бесконечности, хотя вместе с тем содержит ощущимые результаты в виде реальных ориентиров для эмпирических исследований.

С критикой A. Hoche, K. Jaspers в дальнейшем в значительной мере согласился и E. Kraepelin. В 1920 г. в своей статье «Формы

¹ Шюле Г. (Schule C.). Руководство к душевным болезням — Харьков 1880 312 с.

² Kendell R. E. Die Diagnose in der Psychiatrie. — Stuttgart, 1978 S. 21

«проявления сумасшествия» он признавал, что его классификация родилась под влиянием бурных успехов микробиологии. Но Е. Краепелин оставался на прежних позологических позициях, несмотря на то что для обоснования позологических категорий он использовал общепатологические критерии психических расстройств. Таких критериев, называемых им регистрами, он выделял три. Первый, наиболее легкий вид расстройств психической деятельности проявляется астеническими, невротическими и аффективными расстройствами; второй — шизофреническими; третий — разнообразными органическими обусловленными изменениями.

Значение этиологически неспецифического, общего в проявлении психических болезней было последовательно развито К. Bonhoeffer (1909) в учении об экзогенном типе реакций. Наряду с инфекционными, оно распространялось на интоксикационные, соматогенные и травматические психозы. Общепатологическое значение этого учения обосновывалось утверждениями о том, что воздействующие на мозг слабые вредности проявляются эндогенными расстройствами, а интенсивно действующие — экзогенными [Specht G., 1913]. В 20-е годы нашего столетия Е. Kretschmer (1922, 1930) и его школа, а также K. Birnbaum (1913) попытались синтезировать позологические закономерности и представления о конституционально обусловленной их реализации у отдельных больных. Это нашло выражение в меридианциональной диагностике и структурно-аналитическом толковании индивидуальных особенностей проявлений психоза (см. ниже).

В течение последних десятилетий в психиатрии вновь стали преобладать гиппократовские идеи. Ряд исследователей, прежде всего K. Conrad (1959), выдвинули идею единого эндогенного психоза в виде нескольких разновидностей — непрерывно-прогredientной, приступообразной, рекуррентной и циклотимической.

Учения о болезнях и больном не исключают друг друга. Это проявление диалектической связи общего и отдельного. Единичное, естественно, богаче общего, по общее содержит существенные закономерности единичного. Принцип от общего к частному лежит в основе современного преподавания медицины. Будущие врачи спачала изучают болезни как таковые во время факультетского курса терапии и хирургии (платоновское направление) и только потом, во время госпитального курса, постигают особенности реализации изученных болезней у отдельных больных (гиппократовское направление).

Клиническое изучение психозов позволяет обнаружить однаковые психопатологические состояния при позологически разных психозах. Это обстоятельство и стало поводом к признанию существования психопатологических синдромов, не зависящих от позологических особенностей психических болезней. Произошло нечто вроде воскрешения средневекового реализма, утверждающего существование универсалий, независимых от отдельных вещей. Источником подобного рода aberrации послужило сменение общепатологических и частнопатологических категорий. Действительно, на основе клинического изучения всех психических болезней можно выделить и абстрагировать присущие всем или многим психическим болезням

одинаковые психопатологические состояния (синдромы). Как в общей патологии болезней человека существует учение о лихорадке, о воспалении, так и в общей психопатологии существуют основные психопатологические синдромы, без знания которых нельзя познать общие, свойственные всем болезням закономерности расстройства психической деятельности

Психопатологические состояния (синдромы) вне позологически самостоятельных болезней не существуют. Они суть обобщенные понятия, абстракции. Сопоставление обобщенных состояний позволяет наиболее полно и глубоко исследовать все особенности проявления и развития, а следовательно, и патогенез нозологически самостоятельных болезней. В этом смысле общепатологическое существует только в частнопатологическом. «Единого» психоза в природе нет. Любое обобщение всегда связано со значительным обеднением многих свойств, присущих отдельному. Частнопатологическое — индивидуальные проявления болезни у отдельных больных — обладает многими свойствами, которые не находят отражения в общепатологическом. Однако знание общепатологического позволяет лучше видеть, точнее оценить, познать частнопатологическое — особые свойства, вариации отдельных болезней, без которых нельзя обнаружить их патогенез. Частнопатологическая реализация универсальной формы выражается и в том, что каждой нозологически самостоятельной болезни присущи свои формы течения.

Позологическая самостоятельность болезни в целом выявляется в совокупности всех особенностей ее развития, т. е. в собственном патокинезе. Каждый этап проявления болезни (статус в момент исследования) — это продукт ее предшествующего развития. В нем в свою очередь заложены (потенциально обусловлены) особенности дальнейшего течения. Это свидетельствует о единстве динамики и статики болезни. В этом отношении можно сослаться на L. Bertalanffy (1950), утверждавшего что каждая статика в конечном счете есть медленная динамика.

Психическая болезнь может продолжаться непрерывно до конца жизни больного. Она может закончиться выздоровлением, полным или с остаточными расстройствами в виде стойкого, более или менее тяжелого психического упадка (выздоровление с резидуальными изменениями, с дефектом). Однако даже в результате практического полного выздоровления организм не возвращается полностью к прежнему, доболезненному состоянию. И. В. Давыдовский (1962) в этих случаях говорил, что в организме образуются новые свойства.

Смена проявлений болезни, особенности ее начала и окончания определяются причинно-следственными отношениями в структуре лежащего в основе заболевания патологического процесса. При этом некоторые физиологические, по существу приспособительные реакции сливаются с собственно патогенетическими механизмами. Последние и обуславливают закономерность, стереотип развития болезни [Давыдовский И. В., 1962].

Сложность патогенетических механизмов, которые слагаются из множества звеньев и факторов, обуславливает разнообразие форм

психических болезней, как и болезней человека вообще. Например прогрессивный паралич или шизофрения в детстве, юности и старости протекает иначе, чем в зрелом возрасте.

Последние 60 лет развития психиатрии знаменательны успехами в лечении психических болезней. Вслед за открытием макаронита, излечивавшего ранее летальный прогрессивный паралич, начался поиск способов лечения эндогенных психозов. Появилась терапия инсулином, электросудорожная терапия. Такое лечение уступило место совершенно новому виду терапии — лечению психофармакологическими средствами, которые позволяют воздействовать на определенный круг психических расстройств с помощью пейролептических, тимолептических препаратов и транквилизаторов. Применение лития позволило подойти к эффективной профилактике психических нарушений. Новые способы лечения сильно изменили проявления и течение самих психических болезней (терапевтический патоморфоз), а также способствовали пониманию ряда особенностей их патогенеза (подтверждая старый афоризм: «Лечение помогает познавать природу болезней»).

Изучение сущности психических болезней породило ряд концепций. Среди них особое место занимает физиологическое учение И. П. Павлова и его последователей, экспериментально изучавших психические свойства. Эти данные изложены в следующей главе.

Суть других направлений сводится в конечном счете к толкованию психической патологии при помощи умозрительных понятий соответствующего учения.

Сущность психоза, по J. H. Jackson (1931), заключается в диссоциации (разложении, выпадении) высших, более дифференцированных уровней психической деятельности и вы свобождении низших, более примитивных уровней. Психоз не порождает новых явлений. Они представляют собой результат выпадения деятельности высших уровней («минус-симптомы») с вы свобождением деятельности низших уровней («плюс-симптомы»).

Нейрофизиологическая концепция придает ведущее значение в происхождении психоза внешним воздействиям, а не конституциальному предрасположению. Она основывается на данных экспериментальных исследований состояний полной сенсорной изоляции, приводящей к возникновению страха, галлюцинаций и бреда.

Кибернетическая концепция: психическое расстройство, по мнению последователей этой концепции, может возникнуть в результате, во-первых, нарушения регуляции (фильтра) информации. Увеличение ее поступления вследствие дефекта селекции по ее значимости приводит к информацией перегрузке, когда информация не перерабатывается. В результате внешний мир становится странным, неопределенным, полным значения и тревоги. Во-вторых, согласно этой концепции, психическая болезнь возникает в связи с необычной оценкой повседневных впечатлений, что ведет к гипертрофированному переживанию их значения. В результате развивается состояние сверхбодрствования, при котором происходит восприятие всех впечатлений.

Меридименциональная концепция [Gaupp K., 1902; Kretschmer E., 1922, 1930] трактует генез бреда как результат сочетания психогенных (реактивных) и эногенных факторов. Бред, по этой концепции, возникает в результате развития личности в условиях особых жизненных обстоятельств при эндогенном предрасположении к нему. Типичным для развития бреда Е. Kretschmer считает присутствие ингредиентов, подходящих как ключ к замку, — склада характера ситуации и жизненного опыта.

Гештальтпсихологическая концепция психоза (бредового) отражена в трудах К. Conrad (1958). Согласно этой концепции, развитие бреда проходит ряд этапов. Первый этап — тресма представляет собой тягостное чувство неотвратимо наступающей угрозы, тревожное настроение с переживанием измененности самого больного и внешнего мира, страхом. Второй этап — алофения. На этом этапе развития бреда появляется новый для больного смысл всего окружающего — дереализация, иллюзии, галлюцинации, расстройство мышления (с преобладанием протопатического восприятия над эпикритическим), готовность к возникновению идей злачения и отношения. В последующей стадии — анастрофы больной становится центром всех явлений, всего происходящего, он оказывается во власти своих субъективных идей. Бред в ряде случаев систематизируется. Больной изолируется в своем аутистическом нереальном мире. Он не в состоянии понимать других. В последней стадии, стадии апокалипсиса, наступает распад «Я» (полный распад структуры личности, мышления, эмоций и т. п.).

Экзистенциональное и антропологическое течения используют феноменологически-герменевтическую (толкование) методику обследований больных. Результаты ее применения выражаются не в клинических попытках, а в категориях философии существования (экзистенциализма). В соответствии с этим, например, у больных шизофренией констатируется изменение бытия. Сторонники этого течения говорят об изменении «паличного бытия», «коммуникации», «существенного мира», что ведет к «крушению жизни». Бред в соответствии с такими взглядами предстает собой самовыражение шизофренического бытия. *Антропологическое направление* трактует психоз как результат краха привычного существования человека. Идеалистическая природа этого направления явствует из оценок К. Jaspers (1953), который писал, что образ человека, сложившийся в антропологии, вырос из греческой философии, учений Августина, Киркераарда, Канта, Гегеля, а затем и Ницше. Духовные и психологические масштабы человека еще и сегодня недостаточно установлены, а достигнутый уровень знания неадекватен для оценок существования человека в том смысле, в каком он себя осознает.

Психоанализ. Основатель психоанализа S. Freud (1911) стремился биологически обосновать свою глубинную цапексуальную психологию. S. Freud трактовал человека как сексуально-детерминированное существо. Драматизм человеческой жизни, по его мнению, состоит в непримиримом конфликте между человеком и цивилизацией в антагонистическом противоречии между бессознательными влечениями человека и запретами культуры, между стремлением человека к осуществлению своих скрытых влечений и страхом нарушения моральных заповедей семьи, общества. Моральный диктат культуры, по S. Freud, заключается в формуле: «Там, где было «Оно» (диктат бессознательных влечений) должно быть «Я»».

По толкованию S. Freud, психоз наступает тогда, когда «Я» ослаблено, его посредничество между требованием «Оно» и внешним миром не осуществляется. В результате «Я» капитулирует и деградирует на раннюю стадию развития. «Я» может деформироваться, расщепляться, может наступить раздвоение «Я». Главный механизм защиты в психозе есть регресс «Я». Болезнь «Я», представляющая собой сущность психоза, разными последователями S. Freud объясняется весьма различно — «разложение «Я», дефицит структуры «Я», архазм «Я», этопатия, распад синтезирующей функции «Я», регressiveный распад «Я».

По C. G. Jung (1921), психоз представляет собой выражение архитипического образования коллективного бессознательного.

K. Jaspers (1913), квалифицируя концепцию S. Freud, в целом охарактеризовал ее как «псевдомифологию», распространяющую принцип понятных связей на всю психическую деятельность, но игнорирующую в пей роль каузальных связей.

В отличие от концепции S. Freud центральной проблемой *неофрейдизма* [Horney K., 1939, 1945; Sullivan S., 1932, 1962; Fromm E., 1941, 1970] стали отношения между людьми, между личностью и обществом, взаимоотделение психологических и социальных факторов. Усилия представителей неофрейдизма сосредоточились на культурных и социальных условиях существования человека, на исследовании взаимосвязи между личностью и культурой. Неофрейдизм