
В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов, С. Г. Гринвальд,

Харьковская медицинская академия последиplomного образования, кафедра психотерапии.

V. V. Chugunov, B. V. Mikhailov, S. G. Greenwald,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy.

ЭВОЛЮЦИЯ СИНДРОМОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИИ

ЕВОЛЮЦІЯ СИНДРОМОЛОГІЇ В ПСИХІАТРІЇ: ВИЗНАЧЕННЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАСИФІКАЦІЇ

EVOLUTION SYNDROMOLOGY IN PSYCHIATRY: DEFINITIONS, PATHOGENESIS, CLASSIFICATION

УДК 616.89(075.8)

Статья поступила в редакцию 15.03.2016.

Резюме

В хронологическом виде раскрыты базовые точки зрения в отношении понятия синдрома в психиатрической практике. Расставлены акценты на идейности психиатрических школ, их логики понимания и применения того или иного диагностического аппарата. Проведена оценка авторских позиций в отношении понимания нозологических единиц вплоть до современности. Представлены визуальные иллюстрации обобщений по вопросу специфичности синдромологии, её структурирования и применимости в настоящее время.

Ключевые слова

психиатрия, патогенез, основные определения, история понимания, классификации, синдромология, синдром в психиатрии.

Резюме

В хронологічному вигляді розкрито базові точки зору щодо розуміння поняття синдрому в психіатричній практиці. Розставлено акценти на ідейності психіатричних шкіл, їх логіки розуміння і застосування того чи іншого діагностичного апарату. Проведено оцінку авторських позицій в ставлення розуміння нозологічних одиниць аж до сучасності. Представлено візуальні ілюстрації узагальнень з питання специфічності синдромології, її структуривання і сучасного використання.

Ключові слова

психіатрія, патогенез, основні визначення, історія розуміння, класифікації, синдромологія, синдром в психіатрії.

Resume

In chronological form disclosed basic views on the concept of syndrome in psychiatric practice. Placing the emphasis on ideology psychiatric schools, their logic, understanding and application of a diagnostic device. The evaluation of the author's position in the attitude of understanding disease entities up to the present. Presents visual illustration of generalizations on syndromology specificity, its structuring and applicability now.

Keywords

psychiatry, pathogenesis, basic definitions, history understanding, classifying, syndromology syndrome in psychiatry.

В прошлом и настоящем использовались разнообразные термины для обозначения более крупных образований, нежели симптомы, и, по-видимому, аналогичные (но не тождественные) синдромам.

Такими терминами являлись «симптомокомплекс» («Symptomencom-plex»), употребляемый К.Л. Кальбаумом (K.L. Kahlbaum) [1, 2], Г. Эммингхаузом (H. Emminghaus) [3], Э.В.М.Г. Крепелиным (E.W.M.G. Krepelin) [4 – 9], А.Э. Гоше (A.E. Hoche) [10]; «сцепление симптомов» («Symptomenkuppelung

oder Symptomenverkuppelung»), употребляемый немецкими неврологами, «картины состояний» («Zustandsbilder»), в том смысле, в каком этот термин употребляли К.Л. Кальбаум [1] Э.В.М.Г. Крепелин [4 – 9], О.К.Э. Бумке (O.C.E. Bumke) [11].

Проведенный анализ литературных источников позволил установить, что наиболее ранний термин для обозначения синдромов был «Zustandsbilder». Так, его широко использовал Е.А. Целлер (E.A. Zeller), Г. Нейман, (H. Neumann) В. Грингер (W. Griesinger) [12, 13]. Под ним подразумевалась стойкая клиническая картина, причём эта картина не всегда описывалась как совокупность симптомов.

Таким образом, зачастую под «Zustandsbilder» подразумевалось состояние как таковое, а не процесс. Э.В.М.Г. Крепелин чётко выразил своё отношение к такому представлению о болезни в клинике: «При наших клинических наблюдениях мы неоднократно убеждались, что в течение одного и того же заболевания могут следовать одна за другой совершенно различные картины. Ни одна из этих меняющихся «картин состояний», «Zustandsbilder» как их назвал К.Л. Кальбаум, не является, поэтому, сама по себе характерной для определённого процесса; большей частью они представляют собой выражение известного общего изменения душевной жизни, которое одинаково может повторяться при совершенно различных болезнях. Во всяком случае, картины состояний, собственные определённым психозам, никогда не будут тождественны, так как условия их возникновения разнятся в каждом отдельном случае в очень существенных пунктах. Однако довольно трудно, особенно для начинающего врача, правильно оценить в картинах состояний различного происхождения тонкие, долгим опытом выясняемые отличительные признаки. Особенно обманчивым во многих случаях является то обстоятельство, что обращающие на себя внимание симптомы болезни могут оказаться совершенно несущественными для распознавания, в то время как совсем на вид незначительные особенности дают возможность делать важные заключения о сущности имеющегося на лицо болезненного процесса. Поэтому, быть может, окажется полезным перечислить здесь отличительные свойства некоторых наиболее распространенных синдромов, которые могут иногда служить основанием для заключения о принадлежности этих синдромов к той или иной клинической форме болезни. Как основное положение следует помнить, что не отдельный признак, а только общая клиническая картина является решающей для правильного диагноза в медицине» [14].

Примерно такое же понимание «Zustandsbilder» мы находим и у А.Э. Гохе [15].

Как мы видим, понятие «Zustandsbilder» оказалось лишённым клинической полезности, как для нозологического, так и синдромологического подхода.

Несмотря на то, что оно продолжало эксплуатироваться в научной литературе, после революции, совершённой в психиатрии Э.В.М.Г. Крепелиным, оно отошло на второй план, и в «Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge» под редакцией О.К.Э. Бумке воспринимается уже как анахронизм.

Г.В. Морозов [16] указывает, что термин «симптомокомплекс» в психиатрию ввёл в 1863 г. К.Л. Кальбаум [1], который, однако, не дал определение этому понятию. В то же время, в «Die Katanie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit» [2] автор уже совершенно свободно пользуется понятием «симптомокомплекс», употребляя его в значении, подобном современному. Можно сказать, что при описании / выделении кататонии К.Л. Кальбаум использовал / разработал синдромологический подход. Интересно также то, что он рассматривал кататонию как процесс, имеющий свои закономерности развития. Такой взгляд на кататонию был неудивителен: он логично вытекал из концепции единого психоза Е.А. Целлера, Г. Неймана, В. Грингера [12, 13], влияние которой чувствуется во всех трудах К.Л. Кальбаума.

Считается [16], что первое определение симптомокомплекса принадлежит Г. Эммингхаузу [3]:

«Die psychopathologischen Symptomencomplexe, welche sich aus den bisher besprochenen elementaren Anomalien des Fühlens, Vorstellens und Strebens sowie aus den einfacheren Combinationen dieser Elementarerscheinungen zusammensetzen, bilden pathologische Einheiten höherer Ordnung, von denen nur einige an dieser Stelle noch einer kurzen Erwähnung bedürfen, da sie nicht zu jenen abgeschlossenen Irreseinsformen gehören, von denen die specielle Pathologie der Psychosen handelt.» Таким образом, Г. Эммингхауз считает, что психопатологические симптомокомплексы состоят как из элементарных аномалий ощущений, представлений, влечений, так и из простых комбинаций этих элементарных симптомов; и образуют патологические единства более высокого порядка. Также, Г. Эммингхауз не считает симптомокомплексы «завершёнными формами помешательства» (abgeschlossenen Irreseinsformen), предвосхищая этим противостояние синдромологического и нозологического подходов.

И всё же, в определении Г. Эммингхауза отсутствует явное упоминание о функциональных связях симптомов, поэтому его Symptomencomplex приближается по своему наполнению к «Zustandsbilder», отличаясь от него, однако, тем, что Symptomencomplex всегда сводим к совокупности симптомов. Вместе с тем, рождение функционально-патогенетического подхода уже предвосхищается введением такого понятия, как «патологическое единство» («pathologische Einheiten»).

«Symptomenkuppelung» употреблялось преимущественно в неврологии, где этот термин сохранил свою власть вплоть до 70-х годов XX-го столетия, в психиатрии мы чаще встречаем его в форме «Symptomenverkuppelung». Так, он встречается в ранних работах А.Э. Гохе [15], однако позже был вытеснен «Symptomencomplex». Как правило, «Symptomenverkuppelung» обозначало более аморфное, случайное образование, нежели «Zustandsbilder» или «Symptomencomplex». Это привело к образованию устойчивого словосочетания «Habitualformen Symptomenverkuppelung», или же «Grundformen Symptomenverkuppelung», которое обозначало основную форму сочетания симптомов, определяющих клинику болезни, при этом значение «Habitualformen Symptomenverkuppelung» приближается к современному значению «патогномичный синдром», тогда как «Grundformen Symptomenverkuppelung» – «ведущий синдром».

Интересно отметить, что термин «Symptomencomplex» очень часто при переводах на русский язык передавался словом синдром, и, таким образом, в отечественной психиатрии грань между терминами «Symptomencomplex» и «Syndrom» стиралась окончательно.

В немецкой же литературе такая грань сохранялась: так, Р. Гауп (R. Gaupp) [17] указывает, что синдром представляет собой частый и характерный симптомокомплекс («häufiger und charakteristischer Symptomencomplex»).

В русскоязычной литературе термин «синдром» также прижился не сразу. Так, П.И. Ковалевский [18], Н.М. Попов [19], С.С. Корсаков [20] использовали понятие «Типическія психопатическія состоянія». Интересно, что С.С. Корсаков, описывая «Типическія психопатическія состоянія», ссылается на Г. Эммингхауза (H. Emminghaus), который, как мы знаем, использовал термин «Symptomencomplex».

Вот как Сергей Сергеевич Корсаков определяет «Типическія психопатическія состоянія»: «Въ громаднѣе большинство случаевъ у одного и того же больного мы наблюдаемъ не одинъ какой нибудь симптомъ душевнаго заболѣванія, а цѣлую совокупность симптомовъ, находящихся въ болѣе или менѣе тѣсной связи между собою и слагающихся въ болѣе или менѣе опредѣленную картину психопатическаго состоянія, различную въ различныхъ случаяхъ. Такихъ психопатическихъ состояній, въ которыхъ представляются нашему наблюденію душевно больные, довольно много; но нѣкоторыя изъ нихъ имѣютъ настолько опредѣленные черты, настолько рѣзко отличаются другъ отъ друга, что заслуживаютъ названіе типичныхъ и носятъ опредѣленное названіе; таковы, напримѣръ, состоянія меланхолическое, маниакальное».

Следует отметить, что С.С. Корсаков в своём определении «типичныхъ психопатическихъ состояній» подчёркивает связь между отдельными симптомами, их образующими.

Однако уже у И.Г. Оршанского мы видим чёткое определение понятия «синдром»: «Синдромъ есть извѣстное типичное психопатическое состояніе, въ которомъ отдѣльные симптомы слиты въ одно цѣлое, наиболѣе характерные синдромы – меланхолическое состояніе и маниакальное» [21].

Нельзя не отметить близость формулировки С.С. Корсакова к определению И.Г. Оршанского, однако именно И.Г. Оршанский дал первое чёткое определение синдромам в русскоязычной психиатрии.

Несмотря на то, что курс С.С. Корсакова вышел в 1891 году [20], а учебник И.Г. Оршанского вышел в 1910 году, учения о синдромах долгое время не принималось русскими психиатрами. Так, В.П. Осипов в фундаментальном труде «Курс общего учения о душевных болезнях» не упоминает о синдромах [22].

Приведём же некоторые остальные определения синдромов, встречающиеся в русскоязычной литературе.

Так, во втором издании учебника по психиатрии Василия Алексеевича Гиляровского (1935) мы встречаем следующее: «Ввиду того что симптомокомплексы таким образом характеризуют собой известный период болезни, они являются состояниями, которые могут меняться, почему их иногда и называют просто состояниями или картинами состояний. Нередко применяется также термин синдром, иногда в смысле, равнозначном симптомокомплексу, иногда для обозначения понятия более сложного, предполагающего особенное богатство симптомов и ближе подходящего к понятию болезни. Наиболее целесообразно употреблять его именно в этом смысле, например, когда говорят о паранойальном синдроме, о корсаковском синдроме и, с другой стороны, о маниакальном

или меланхолическом симптомокомплексе, а не синдроме. Если держаться такого определения, то естественно чаще придется говорить о симптомокомплексе, картине состояния, чем о синдроме» [23]. Как видно, В.А. Гиляровский отмечает различие в значениях «симптомокомплекс» и «синдром». Интересно, что сам В.А. Гиляровский не приводит в указанном учебнике ни классификацию, ни систематическое описание синдромов, в четвертом издании 1954 года мы находим уже описание синдромов в структуре психоза, а также различные синдромы упоминаются при описании других болезней/состояниях, но, опять же, без единой систематики [24].

О.В. Кербиков определяет синдромы как «типическую совокупность внутренне связанных симптомов», при этом он отождествляет понятия синдрома и симптомокомплекса [25]. На примере видоизменения определения синдрома, мы видим, как всё больший акцент делается на «внутренней связи» симптомов внутри синдрома.

Окончательно ясно эта идея прозвучала в «Лекциях по общей психопатологии», читанных В.А. Снежневским в 1969 году: «Под синдромом понимают, как вы знаете (я повторю общеизвестное), совокупность симптомов, но совокупность симптомов, внутренне взаимосвязанную. Синдром – это выражение определенной внутренней взаимосвязанности, взаимосвязи отдельных симптомов. Синдром складывается не вообще из симптомов, а лишь из определенного круга – свойственного данному синдрому симптомов. Вместе с тем синдром – это не есть нечто статическое, это не есть какая-то обособленная реакция головного мозга на вредность. Синдром есть звено, отдельное звено цепной реакции головного мозга на действующую вредность. Каждый синдром является продуктом предшествующих расстройств, предшествующих синдромов, и каждый синдром, имеющийся в данный момент у больного, содержит в себе элементы следующего синдрома. Если перед нами, предположим, сотый фанатический бред, то он является следствием, результатом предшествующего синдрома – бреда интретеморфозного. Вместе с тем острый фантастический бред содержит в себе предпосылки развития в дальнейшем, в случае прогрессирования процесса, ориентированного онейроида и истинного онейроида. Следовательно, к синдрому всегда нужно относиться как к этапу процесса, как к проявлению цепной реакции, патокинеза болезни, в данном случае психической болезни» [25]. Таким образом, А.В. Снежневский рассматривает симптомы, составляющие синдром, как проявление единого патофизиологического процесса.

Вслед за А.В. Снежневским, В.М. Блейхер в 1976 году определяет синдром как «патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных» [26].

В «Психиатрическом диагнозе» И.Я. Завилянского и В.М. Блейхера приводят определение, близкое к определению О.В. Кербикова: «...синдром – это совокупность взаимосвязанных симптомов болезни» [27].

В.А. Жмуров в 1986 году приводит такое определение синдрома: «Синдром («совместный бег» симптомов) – совокупность симптомов, имеющих общий механизм развития» [28].

В 1988 году Г.В. Морозов приводит следующее определение синдрома: «Синдром (симптомокомплекс) – обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов» [16]. Как мы видим, это определение несколько уточняет определение В.М. Блейхера, развивает идеи А.В. Снежневского, и игнорирует разницу между синдромом и симптомокомплексом.

Примерно такое же определение мы находим и у Н.Д. Лакосиной: «Синдром (от греч. «syndrome» – скопление, стечение) – совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов» [29].

В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова и Н.Е. Бачериков определяют синдром следующим образом: «Психопатологичний синдром – сукупність взаємопов'язаних симптомів, що визначає клінічну форму прояву хвороби і поведінки хворого, яка має єдиний складний патогенетичний механізм...» [30]. На этих примерах мы видим, что определения становятся всё более стереотипными и повторяют друг друга. Для примера приведу ещё два:

«... его [синдром] можно определить как типичную совокупность закономерно связанных между собой симптомов» [31].

«Синдромом называют повторяющееся сочетание симптомов, тесно связанных между собой общими механизмами происхождения и характеризующих текущее состояние больного» [32].

Новая проблема в русскоязычной терминологии связана с введением Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Как отмечает У. Бауманн (U. Baumann) и Р.-Д. Штиглиц

(R.-D. Stieglitz) [33], основа классификации МКБ-10 не унифицирована (этиология, течение, синдромология, степень тяжести и т.д.); не теоретическая, дескриптивная. Термин «синдром» достаточно редко встречается в 5-ой главе МКБ-10, им обозначены только следующие диагнозы: F04; F07.1; F07.2; F1х.2; F1х.6; F48.1; F59; F84.2; F84.5; F95.2. При этом отметим, что весь класс F.50 – 59 – «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами», должен включать именно «синдромы», однако лишь одна группа диагнозов – F59 – «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные», образованная по остаточному принципу, содержит термин «синдром». Заметим, что в английской версии ICD-10 термин «syndrom» включён, помимо указанных, в название F06.9; F44.8; F45.3; F48.8; F68.1; F81.2; F90.0 (но лишь как расширение основного диагноза) и отсутствует в названии F95.2.

Однако, по сути, под абсолютным большинством диагнозов МКБ-10 лежат именно синдромы, или даже симптомокомплексы (в том смысле, в котором говорил о них В. А. Гиляровский [23, 24]). Таким образом, МКБ-10 значительно отличается от предыдущей классификации МКБ-9, прежде всего тем, что основная часть функционально и органически обусловленной психической патологии представлена в виде синдромальных рубрик [34], однако, сам термин «синдром» в 5-ой главе МКБ-10 практически не упоминается, и подменяется терминами «расстройство» (англ. disorder), «эпизод» (англ. episode), «реакция» (англ. reaction), «дисфункция» (англ. dysfunction), «нарушение» (англ. disturbance). Кроме того, некоторые диагнозы-синдромы названы сокращённо, например деменция, делирий, fuga, амнезия, заикания.

Наиболее частое терминологическое замещение такого рода – «расстройство» (англ. disorder) – настолько спорно, что потребовало дополнительного разъяснения в самой МКБ-10, в разделе «Проблемы терминологии». Сравним это определение с наиболее частыми определениями синдрома:

«Во всей классификации используется термин «расстройство», поскольку термины «болезнь» и «заболевание» вызывают при их использовании ещё большие сложности. «Расстройство» не является точным термином, но здесь под ним подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств» [35].

А.А. Портнов в 2004 году критично рассмотрел особенности МКБ-10: «Международная классификация – акт капитуляции современных психиатров перед колоссальной сложностью души человека и трудно познаваемых психических заболеваний» [36].

Он предпринял попытку возврата к классическим клиническим принципам диагностики и классификации, однако, по сути, удаляется в своих воззрениях от крепелинского нозологического подхода.

Особенностью воззрений Портнова является попытка выделения «чистых» синдромов, предостережение от использования таких диагностических образований, как «составных синдромов» (астено-депрессивный, галлюцинаторно-параноидный). Одним из важнейших оснований для выделения подобных «истинных» синдромов Портнов считает типичные особенности синдромотаксиса и синдромокинеза, выдвигая, тем самым, на первый план процессуальную характеристику синдрома.

Анализируя эволюцию определения синдрома, можно выделить этапы. Наиболее наглядно эти этапы можно представить в виде *табл. 1*, в которой хронологически отражены основные особенности в развитии понимания синдромов и представители, занимавшиеся проблемой синдромологии и синдромосвязующих образований.

В развитии учения о синдромах можно выделить две, диалектически связанные, тенденции: 1) психопатологическое описание синдрома как совокупности симптомов; 2) понимание синдрома как некоего психопатологического процесса. Анализируя историю развития представлений о синдромах, мы видим, как вторая тенденция выходила на первый план.

Действительно, если первая тенденция носит прикладной, описательный и, в меньшей степени, диагностический и прогностический характер, то вторая тенденция носит фундаментально-теоретический, этиопатогенетически-терапевтический, нозодиагностический и прогностический характер, представляя болезнь в детерменическом, динамическом её аспекте, не как застывшую совокупность отдельных клинических признаков, а как некоторый казуальный, исторически-обусловленный типичный процесс, подчиняющийся определённым закономерностям, влиянию определённых факторов, имеющий определённые фазы своего развития. Только при развитии второй

Таблица 1.

Этапы эволюции определения синдрома	Источники определения
Формирование понимания объективного существования неких патологических единиц донологического уровня, характеризующиеся группой симптомов	Дж. Гойслейн, Е.А. Целлер, В. Гризингер, Г. Нейман, В.Х. Кандинский, В.Ф. Саблер, В.П. Сербский.
Использование разнообразных терминов, часто с неточным наполнением, для обозначения патологических единиц донологического уровня, характеризующиеся группой симптомов	К.Л. Кальбаум, Г. Эммингхауз, Э.В.М.Г. Крепелин, А.Э. Гохе, Э. Морселли, Г.Т. Циген, Е. Блэйлер, И.П. Ковалевский, Н.М. Попов, С.С. Корсаков.
Введение термина «синдром»	Г.Т. Циген, Е. Блэйлер, И.Г. Оршанский
Понимание «синдрома» как «типичной совокупности симптомов»	И.Г. Оршанский, В.А. Гиляровский, О.В. Кербиков, И.Я. Завилянский
Понимание «синдрома» как совокупности симптомов, отражающих некий патологический процесс	О.В. Кербиков, А.В. Слепневский, В.М. Блейхер, В.А. Жмуров, Г.В. Морозов, П.Г. Сметанников, В.Л. Гавенко
«Размытие» понятия «синдром» ввиду частичного замещения терминами «расстройство», «эпизод», «реакция», «дисфункция», «нарушение».	МКБ-10
Попытка возврата к «пурильности» синдромологии, основанной на принципиальных особенностях клиники, синдромотаксиса и синдромокинеза	А.А. Портнов

тенденции возможно формирование учения о синдромокинезе и синдромотаксисе, рассмотрение механизмов болезни и лечения, плодотворное применение знаний фармакокинетики и фармакодинамики.

Динамическое представление о душевных болезнях начало формироваться задолго до появления термина «синдром». Так, в «Des maladies mentales» Ж.-Э. Д. Эскироль (J.-E.D. Esquirol) сформулировал «ведущие принципы» изучения психических болезней:

- 1) анализ симптомов, характерных именно для этой болезни;
- 2) поиск причины болезни;
- 3) стремление проследить её развитие и различные формы исходов (terminaisons);
- 4) постановка вопросов терапии.

Таким образом, первый и второй принцип Ж.-Э. Д. Эскироль отражал выделенные нами две тенденции развития синдромологии [37, 38].

Ж.П. Фальре (J.P. Falret) выделил «типы психических расстройств». «Тип психических расстройств», по Ж.П. Фальре, это сочетание определенных психопатологических нарушений в их динамике. Такое определение очень близко к современному определению синдрома [39].

Дж. Гойслейн (J. Guislain) одним из первых попытался построить схему патогенеза синдромов, определить то, что нашло позже отражение в терминах «синдромотаксис и синдромокинез». Так, согласно воззрениям Дж. Гойслейн, начало душевного заболевания проявляется «душевной болью», «фрэнальгией», которая является пусковым механизмом любого психического расстройства, и вызывает различного рода реакции со стороны души: маниакальное возбуждение, бред, ступор, спутанность и т.п. Тем временем, происходят изменения в нервной системе, связанные с интенсификацией нервной деятельности. Это приводит к вторичным состояниям, выраженным в ослаблении психики [40, 41].

Идеи Дж. Гойслея породили теорию единого психоза, развитую Е.А. Целлером, В. Гринингером, Г. Нейманом [12, 13], о которых мы уже упоминали.

В дальнейшем эти идеи развивал Дж. Х. Джексон (H. J. Jackson). Так, исходя из эволюционизма Г. Спенсера (H. Spencer), он выделял в структуре нервной системы «эволюционные слои». Повреждающий фактор, наличествующий при любой нервной патологии, повреждает, прежде всего, наиболее развитые, высшие, в эволюционном отношении, слои. Этими повреждениями определяются симптомы выпадения определённых высших функций. Однако, повреждения высших эволюционных структур обуславливают выход из под контроля низших слоев. Их неконтролируемая деятельность поражает полиморфные патологические симптомы, которые выглядят как неуместная активация некоторых психических функций [42 – 44].

Историчность формирования симптомокомплексов доказывал К. Вернике (C. Wernicke) – он утверждал, что «мозговые аппараты», лежащие в основе психической деятельности, реагируют «по своим закономерностям», т.е. одинаково, независимо от характера вредности.

Следующий автор, о котором следует упомянуть на этих страницах – А. Э. Гохе [10, 15]. Так, он считал, что синдром представляет собой «переформированные формы реакции, обусловленные церебральным предрасположением и психической диспозицией».

К. Бонхоффер (K. Bonhoeffer) развил идеи А.Э. Гохе, доказав на большом количестве клинического материала, что экзогенные вредности разнообразного характера способны производить одинаковые, типичные симптомокомплексы [45]. К. Бонхоффер утверждает, что: «Разнообразию основных заболеваний противостоит большая однородность психических картин. Напрашивается мысль, что мы имеем дело с типовыми психическими формами реакции, сравнительно независимыми от специальной формы вредоносного фактора». Таким образом, «экзогенные психозы не являются прямым выражением первичного отравляющего влияния (со стороны специфической инфекции), а что при известной силе или давности влияния токсического или токсически-инфекционного фактора спонтанно или после толчка (каким может явиться, например, подъем температуры) устанавливается в организме патогенное изменение. Оно может быть вызвано во внутренних органах или в мозговом межучасточном обмене. Исходящие отсюда токсические влияния образуют этиологическое межучасточное звено и как реакция на это вторичное аутоотоксическое влияние должны быть рассматриваемы описанные психотические картины».

Русскоязычным исследователям изначально был присущ общепатологический взгляд на синдромы [46]. Так, А. Кронфельд (A. Kronfeld) с восторгом пишет об исследованиях И.Г. Равкина, который на примере патологоанатомических исследований ртутной интоксикации показал общую закономерность патологического процесса.

Следует особо выделить работы О.В. Кербикова [25, 47], который, используя статистические методы, пытался установить закономерности динамики синдромов, в частности, частоту взаимосочетанности / взаимоисключения определённых синдромов, а также нозоспецифичность синдромов.

Тем временем, во Франции А. Эй (H. Ey) и Ж. Руар (J. Rouart) развивали и конкретизировали Дж. Х. Джексона, применяя их к клинике психических болезней [48, 49]. Они, буквально повторяя теоретические положения Дж.Х. Джексона об «эволюции» и «диссолюции» и последовательном поражении «слоёв нервной системы», описали патогенетические механизмы синдромогенеза большого количества психопатологических синдромов. Они активно использовали понятия «негативных» и «позитивных» симптомов в психопатологии. Также, А. Эй и Ж. Руар создали своеобразную «шкалу» основных психопатологических синдромов, в которой синдромы ранжированы по степени глубины поражения психики патологическим процессом.

Следует упомянуть, что французская школа психиатрии, которая изначально строится скорее на синдромологическом принципе классификации душевных болезней, традиционно описывает и использует большее количество синдромов, нежели немецкая и русская (советская) школы.

Таким образом, от наименьшей до наибольшей глубины в разработанной шкале последовательно располагаются следующие группы основных психопатологических синдромов:

- невротические;
- параноидные;
- онейроидные;
- сенестопатические;
- маниакально-меланхолические;
- спутанно-ступорозные (confuso-stuporeuses);
- шизофренические;
- дементные.

Следующий шаг в развитии синдромологии был сделан А.В. Снежневским [25]. Подытожив созданные ранее различные концепции, он разработал единую, целостную, синтетическую теорию синдромакинеза и синдромагенеза. В созданном (или, скорее, «собранном») им учении за основу взяты идеи Дж.Х. Джексона, а также патогенетические воззрения И.В. Давыдовского [50], имеющие общемедицинский (и общебиологический) характер. Суть воззрения И. В. Давыдовского в том, что специфических механизмов, свойственных только какой-либо болезни, не существует, а в основе патологического процесса лежат физиологические механизмы, изменённые условиями заболевания. Эти механизмы заложены исторически, они типичны, и имеют адаптационный характер.

Так, А.В. Снежневский считал, что «синдром – клиническая единица первого порядка, отражающая патогенез болезни».

Опираясь на воззрения Г. Шюле (H. Schüle) о «проявлении внутренних начал болезни» [51, 52] и И.В. Давыдовского о патокинезе, он утверждал, что доминирование одних синдромов над другими и характерная особенность их смены (стереотип) определяется механизмом развития патологического процесса, типичного для каждой болезни.

Патологический процесс определяется связями состояний, составляющих его, а качество связей определяет причинно-следственные отношения. В смене синдромов, отражающей связи состояний, являющейся преломленным организмом следствием воздействия нозогенной причины, обнаруживаются нозологические особенности патологического процесса, единство этиологии и патологии, причины и следствия.

А.В. Снежневский подчёркивал, что определённые стадии течения психического расстройства могут быть идентичны при разных нозологиях и проявляться одинаковыми синдромами. Так, астенический синдром наблюдается при атеросклерозе сосудов головного мозга, сифилитическом слабоумии, болезни Блэйлера и других заболеваниях. Указанная особенность – патогенетическая «нивелировка» этиологического фактора (эквивифинальность) – биологическая предопределена.

Ссылаясь на И.В. Давыдовского, А.В. Снежневский утверждает, что «Стереотип течения болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням стереотипам и стереотипам нозологического, присущего отдельным болезням». Он иллюстрирует положения И. В. Давыдовского об общепатологическом стереотипе болезни учением о едином психозе, и утверждает, что общепатологический стереотип развития болезненного процесса отражает общие для всех психозов закономерности.

Так, все прогрессивные психические болезни на первых этапах вызывают астенические, невротические, аффективные, а в дальнейшем параноидальные и галлюцинаторные расстройства, помрачение сознания, грубоорганические явления. Таким образом, любой патологический процесс, единожды запущенный, движется по типу «цепной реакции», вызывая звено за звеном, сохраняя при этом фазы и периоды своей динамики.

В специфике динамики отдельной болезни обнаруживаются общепатологические закономерности. А.В. Снежневский, ссылаясь на И.Г. Оршанского и В.Х. Василенко, разделяя синдромы на «малые» и «большие», обозначал при этом степень генерализации патологического процесса. Общепатологические закономерности проявляются в усложнении по мере развития болезни клинической картины – последовательной замене малых (простых) синдромов всё более сложными (большими).

Так, А.В. Снежневский пишет, что: «По мере прогрессирования болезни синдромы превращаются из простых в сложные (Оршанский И.Г., 1910) или из малых в большие (Василенко В.Х., 1959), а клиническая картина заболевания в целом по мере его развития становится всё более полиморфной».

Снежневский, вслед за А. Эй и Ж. Руар [39, 49], разграничивал «позитивную» и «негативную» симптоматику, указывая на закономерности их взаимосвязи в динамике. Так, он отмечает, что па-

тологически позитивные синдромы при прогрессивных психических расстройствах образуются не в искусственно-изолированном, «пурильном» виде, а одновременно, в комплексе с феноменами ущерба, упадка психической деятельности (негативными симптомами), типичными для отдельных болезней. Астенический синдром при атеросклерозе сосудов головного мозга сочетается с гипомнезией, понижением приспособительных психических ресурсов и другими негативными проявлениями, при сифилитическом слабоумии – с понижением критики, распадом «ядра личности»; при болезни Е. Блэйлера – с аутизмом, апатией.

А.В. Снежневский указывал, что физиологическое толкование негативным и позитивным симптомам впервые дал Дж.Х. Джексон, который утверждал, что негативные синдромы клинически неопределимы, и существование позитивной симптоматики возможно лишь при наличии негативной. Позже, указывает А.В. Снежневский, понятие негативных симптомов сузилось. Под ними начали понимать симптомы дефекта, слабоумия, опираясь на их необратимость, несмотря на большой клинический материал, опровергающий «необратимость» слабоумия. Признаки временного обеднения душевной деятельности наличествуют не только в астенических состояниях, но и при аффективных расстройствах, в состояниях помрачения сознания.

Во многих случаях негативные расстройства имеют прогрессивный характер, изменяя, упрощая проявления позитивных симптомов. Подобное развитие, указывал А.В. Снежневский, свойственно так называемым дефект-психозам, и трактовалось в психиатрии XIX века как вторичное слабоумие – фатальное последствие прогрессивного патологического процесса.

А.В. Снежневский утверждает, что на единстве негативных и позитивных симптомов должна жидиться диагностика психических болезней. Причем специфика негативных расстройств определяет образование соответственного круга позитивных симптомов. Так, паранойяльный синдром не может наступить при грубо органическом расстройстве психической деятельности.

Однако не существует данных об абсолютной нозологической специфичности негативных расстройств.

Объединяя учение о «едином психозе» (начало которого мы находили у Дж. Гойслейна), о «слоях» нервной системы и о «эволюционном и диссолюционном» характере нервно-психических расстройств Дж.Х. Джексона, о позитивно и негативной симптоматике А. Эй и Ж. Руар, и, наконец, ученье о «исторически предопределённом патокинезе», «типовых реакциях», «общем пути» И.В. Давыдовского, А.В. Снежневский, подобно А. Эй и Ж. Руар, ранжирует позитивные и негативные синдромы, строя «модель соотношения общепатологических синдромов и нозологических единиц», представленную на *рис. 1*.

Так, А.В. Снежневский утверждает, что самым общим синдромом, присущим всем нозологиям, является астенический – круг I. Синдромы типичного маниакально-депрессивного психоза ограничиваются кругами II и I. Далее следуют сложные картины маниакально-депрессивного психоза и шизоаффективного расстройства, и проявляются они невротическими паранойяльными синдромами, а также галлюцинозом (круги III и IV).

Причём круги I – IV включают все синдромы, встречающиеся при шизофрении – астенические, аффективные, невротические, паранойяльные, парафренные, кататонические,

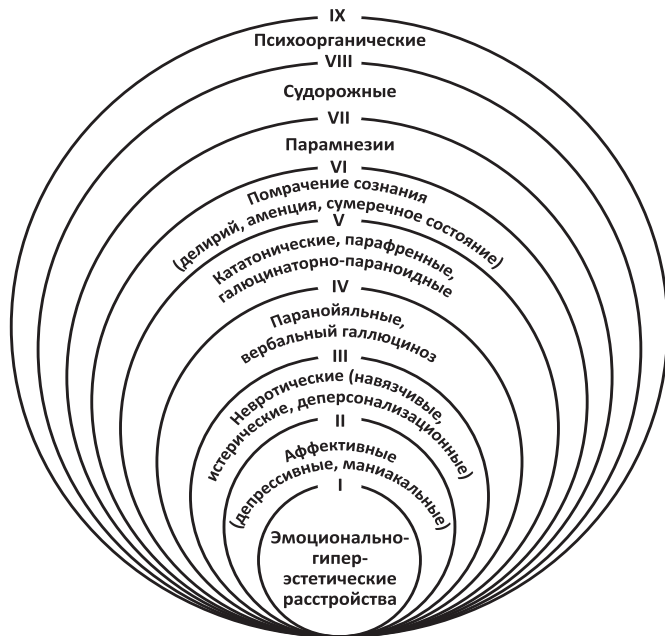


Рис. 1. Соотношения общепатологических синдромов и нозологических единиц.

онейроидные. Однако, синдромы VI круга свойственны и экзогенным психозам с острым помрачением сознания. В круг VII входит паранестический синдром, свойственный как экзогенным, так и органическим психозам. Круг VIII (синдромы, присущие эпилепсии) может включать и все нижележащие синдромы, которые возникают при эпилептических психозах. Последний круг психопатологических расстройств, IX, отражает клинику всех известных тяжёлых органических психозов.

Из созданной модели А.В. Снежневский выводил, подобно Е.А. Целлеру, В. Грингеру, Г. Нейману, градацию тяжести расстройства психической деятельности, общую для всех болезней. Так, наиболее лёгким синдромом является астенический, далее следует аффективные, невротические (навязчивости, истерические, деперсонализационно-дереализационные, сенестопатические-ипохондрические), паранойяльные синдромы и синдром вербального галлюциноза, галлюцинаторно-параноидный синдром, парафренические, кататонические, онейроидные синдромы, синдромы помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние), паранестические синдромы, судорожные синдромы и психоорганические синдромы.

А.В. Снежневский указывает, что в модели, представленной на рис. 1, синдромы обозначены по позитивным признакам, входящим в их структуру, однако каждый синдром представляет собой единство позитивных и негативных проявлений.

На рис. 2 представлены соотношения общепатологических негативных синдромов и нозологических единиц. Последовательность нарастания тяжести негативных расстройств и предел их прогрессирувания в зависимости от вида заболевания аналогична закономерности, существующей в схеме позитивных расстройств. Негативные расстройства в клинике маниакально-депрессивного психоза исчерпываются кругами I и II, (изредка III), при шизофрении – кругами IV – VII, при экзогенных психозах и эпилепсии – VIII, при грубоорганических психозах кругом IX – X.

П.Г. Сметанников [31], в традициях Санкт-Петербургской психиатрической школы развил, дополнил и уточнил идеи А.В. Снежневского о патогенетической (патокинетической) предопределённости и природе синдромов. Так, он пишет: «Психопатологический синдром, представляющий статус больного в данный момент, отражает во вне в клинической форме его патогенетические механизмы, т.е. расстройства ВНД, складывающиеся в определённую патофизиологическую структуру. Внутри последней, естественно, происходят какие-то частные изменения, которые и определяют количественные сдвиги в таком целостном состоянии, как психопатологический синдром».

П.Г. Сметанников подводит под синдромы определённые патогенетические механизмы. Кроме того, он выделяет и описывает три формы динамики синдромов:

1. Синдромокинез – зарождение, развитие и дальнейшее движение синдрома в пределах данного приступа болезни.
2. Трансформация – патогенетически предопределённая смена одного синдрома как проявление закономерного течения болезни (стереотипа развития заболевания).
3. Перекрытие синдромов – развитие нового психопатологического синдрома при существовании прежнего без редукции последнего.

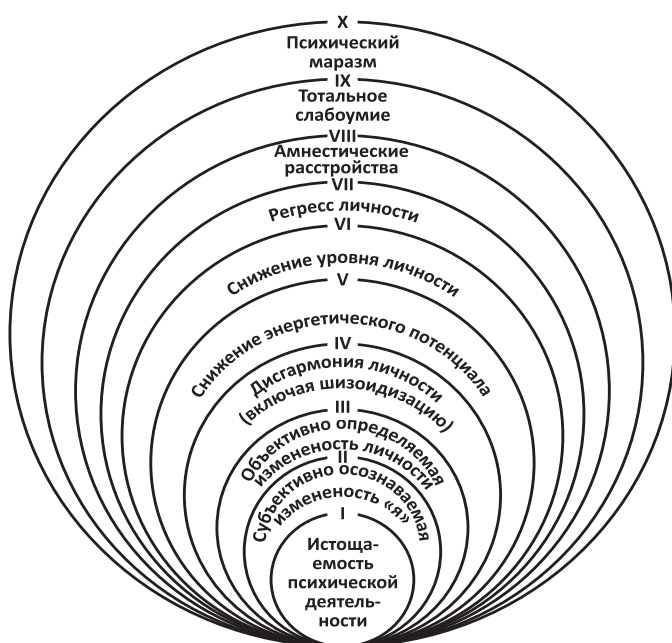


Рис. 2. Соотношение общепатологических негативных синдромов и нозологических единиц.

Таким образом, в работах П.Г. Сметанникова мы видим окончательную победу рассмотрения психопатологического синдрома как некоего психопатологического процесса, обусловленного патогенетически.

С другой стороны к структуре и динамике синдрома подошёл А.А. Портнов. В его идеях также замечено влияние Дж.Х. Джексона, И.В. Давыдовского, А.В. Снежневского. Так, Портнов выделяет три структурных элемента синдрома: симптомы выпадения, симптомы, выражающиеся деятельностью оставшихся неповрежденных церебральных систем, и личностные реакции, отражающие участие человека в болезни, которые, в свою очередь, делятся на филогенетические и онтогенетические. Особое место Портнов уделяет понятиям синдромокинеза и синдромотаксиса, на основании которых пытается построить оригинальную систематику. При этом, понятие синдромокинеза у Портнова совпадает с таковым у П.Г. Сметанникова, под синдромотаксисом автор понимает «порядок чередования, сочетания и распада симптомокомплексов и синдромов в течение движущегося патологического процесса» [31].

Выяснив, каким смыслом наполняли понятие «синдром» разные авторы, проанализируем номенклатуру и классификацию синдромов.

Г. Эммингхауз [3] приводил классификацию симптомокомплексов, включающую всего пять позиций.

Э.В.М.Г. Крепелин выделял 17 «состояний и болезней» [14].

С.С. Корсаков [20] более упорядоченно описывал «типическія психопатическія состоянія», в его классификации уже появляются группы, объединяющие несколько единиц.

В классификации И.Г. Оршанского [21] синдромы собраны в три группы, соответствующие психическим сферам.

Е. Блэйлер (E. Bleuler) [53] упоминает 15 синдромов, не группируя их.

Классификация синдромов К.Т. Ясперса (С.Т. Jaspers) [54] включает, подобно классификации С.С. Корсакова, группу «Симптомокомплексы изменённого сознания». О.В. Кербинов [25] описывает 23 синдрома.

И.Ф. Случевский [55] описывает следующие 18 синдромов, выделяя при этом 5 типов слабоумия.

А. Эй и Ж. Руар [48, 49] предложили оригинальную классификацию основных психопатологических синдромов, содержащую 8 групп.

Классификация психопатологических синдромов И.Я. Завилянского и В.М. Блейхера [27], следуя традиции С.С. Корсакова и К.Т. Ясперса, выделяет лишь одну группу – «Синдромы расстроенного сознания».

В.А. Жмуров [28] описывает следующие 11 групп синдромов, четыре синдрома в его классификации не входят ни в одну из групп.

Г.В. Морозов [16] делил синдромы на позитивные и негативные, выделяя внутри этих крупных групп более мелкие подгруппы.

П.Г. Сметанников [31] приводит более простую классификацию синдромов.

Оригинальны классификации А.А. Портнова [36], в основу которых поставлены особенности синдромотаксиса и синдромокинеза. Ввиду относительной новизны остановимся на его концепции подробнее.

Автор выделяет транзиторные, этапные, вставочные и сквозные синдромы. Под транзиторными синдромами понимаются синдромы, не обладающие синдромокинезом, внезапно возникающие в динамике болезни и также внезапно проходящие. Под этапным синдромом понимаются состояния, при которых один клинический феномен трансформируется в другой. К переходным синдромам относятся относительно кратковременные состояния, наблюдаемые при смене одного синдрома другим (например, к таким синдромам автор относит дистимический, возникающий при переходе паранойяльного синдрома в параноидный). И, наконец, к сквозным относятся синдромы, сохраняющиеся на всем протяжении болезни.

Интересно, что автор, предлагая данную систематику/классификацию, не приводит номенклатуру отдельных кластеров, ограничиваясь единичными примерами синдромов, относящихся к той или иной группе. Впрочем, сам автор утверждает, что один и тот же синдром в клинике различных заболеваний может вести себя и как транзиторный, и как этапный, и как сквозной, и как переходный. Отметим также, что данная систематика имеет строго клинически-феноменологическую, но не патогенетически-концептуальную основу.

Однако, вслед за представленной систематикой, автор обращается к иной, не менее оригинальной, классификации/группировке, выделяя следующие синдромы:

1. Психоорганические синдромы.
2. Экзогенно-органические синдромы.
3. Эндогенно-органические синдромы.
4. Аффективные синдромы.
5. Бредовые синдромы.
6. Реактивные (психогенные) синдромы.
7. Параноидные формы реактивных психозов.

При подробном изучении номенклатуры каждой группы, наравне с традиционными для психопатологии диагностическими единицами, мы находим такие, как синдром гиперестетической эмоциональной слабости, эндоформный синдром, синдром трансгрессии... Правомерность и целесообразность использования данных понятий остаётся под вопросом.

Рассматривая данную классификацию, следует отметить сильное влияние идей А.А. Ухтомского [54] о «функциональных органах», развитой Н.А. Бернштейном и А.Н. Леонтьевым [56, 57], и попытку описание / выделения специфичной динамической семиотики патологии этих «функциональных органов». В то же время, нельзя не отметить сходство данной группировки с регистр-синдромологией И.А. Кудрявцева [26]. Фактически же, была получена «классификация», в которой произвольно сосуществует патогенетическое основание и феноменологическое (по поражению ведущей «психической сферы»).

Наконец, в 2009 году В.Л. Гавенко и соавторы [58] предложили классификацию психопатологических синдромов в зависимости от глубины поражения личности.

Анализируя различные номенклатуры синдромов, можно выделить три группы номенклатурных единиц, различных по принципам их выделения:

1. «Истинные» синдромы, (донозологического образования), характеризующиеся устойчивыми клиническими проявлениями, связанные общим патогенезом. Таких номенклатурных единиц большинство, они присутствуют в абсолютном большинстве классификаций. К ним относятся психоорганический синдром, астенический синдром, делирий и т.д.

2. «Симптомокомплексы», сиречь соединения симптомов, выделяемые из общей клинической картины по причине яркости, социальной либо культурной значимости, однако не обусловленные чётким патогенетическим процессом. Эти номенклатурные единицы встречаются в ранних классификациях, и обусловлено их существование отсутствием (или необязательностью) критерия патогенетического единства для выделения синдрома во время создания соответствующих номенклатур. К таким симптомокомплексам относятся бред сутяжничества, бред Котара.

3. Состояния, вызываемые определённым патогенетическим процессом, однако, слишком полиморфные в своих клинических проявлениях, чтобы иметь право называться «устойчивыми соединениями симптомов». Такие состояния появляются в номенклатурах после введения критерия патогенетического единства для выделения синдрома. К ним относится «эндокринный» синдром. Также интересны появление в номенклатурах, созданных после 70-х годов прошлого столетия синдромов с приставкой псевдо- (от древнегреческого «ψευδής» – ложь) или суффиксом -оид (от древнегреческого «εἶδος» – вид, облик, образ). По описаниям, это синдромы, клиникой подобные тем, от названия которых они образованы, но отличающиеся от них по этиопатогенезу.

Рассмотрим теперь принципы классификаций синдромов. Заметим, что ни одна классификация из приведенных не построена по единому принципу.

Один из наиболее распространённых принципов классификации – классификация по «психическим сферам» (такой принцип использует, к примеру, И.Г. Оршанский). Однако, не существует синдрома, клиника которого ограничивалась какой-либо одной сферой, а наше отношение того или иного синдрома преимущественно к, скажем, интеллектуальной либо аффективной сфере обусловлено исключительно законами нашей личной апперцепции объективной реальности.

Некоторые группы синдромов классифицируют в зависимости от «глубины» поражения. Такой принцип используется, например, в классификации синдромов помрачения (изменённого, расстроенного) сознания, или же в классификации олигофрений. Однако этот принцип применим лишь внутри однородных групп синдромов, и даже внутри этих групп подчас представляется сомнительным его практическая приемственность. Так, олигофрении представляют собой континуум состояний, а не отдельные клинические формы.

Некоторые авторы (В.А. Жмуров, Н.Е. Бачериков, В.Л. Гавенко [28, 30, 58, 59]) используют классификацию синдромов в зависимости от регистра психических расстройств. Однако, как показано в работах Г. Эммингхауза, Т. Цигена (G.T. Ziehen), Э.В.М.Г. Крепелина, Е. Блэйлера, И.Г. Оршанского, С.С. Корсакова, О.В. Кербилова, А.В. Снежневского и других [4 – 9, 14, 21, 25, 47, 53, 60 – 62] синдром не имеет нозоспецифичности, поэтому регистр психического расстройства не может бы универсальным принципом классификации.

С экспансией в отечественную психиатрию идей Дж.Х. Джексона, А. Эй и Ж. Руара [42 – 44, 48, 49], проведённую А.В. Снежневским [61], появилась тенденция к делению синдромов на «позитивные» и «негативные» (Г.В. Морозов [16, 60]). Этот принцип классификации также не может быть признан удовлетворительным, так как, согласно теориям Дж.Х. Джексона, А. Эй и Ж. Руара, и А.В. Снежневского, каждый психопатологический симптом имеет в своём проявлении как негативные, так и позитивные черты.

Попытки классификации синдромов по их динамике относительно новы и немногочисленны, поэтому требуют дальнейшей разработки.

Таким образом, до сих пор не выделено удовлетворительной классификации синдромов, а созданные номенклатуры противоречивы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Kahlbaum K. L. Die Gruppierung der psychischen Krankheit und die Einteilung der Zeilensprung / K. L. Kahlbaum. – Saarbrücken: VDM, Müller, 2007. – 182 s.
2. Kahlbaum K. L. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit / K. L. Kahlbaum. – Berlin: A. Hirschwald, 1874. – 104 s.
3. Emminghaus H. Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen / H. Emminghaus. – Leipzig: Verlag von F.C.W. Vogel, 1878. – 472 s.
4. Kraepelin E. Einführung in die Psychiatrische Klinik: Dreissig Vorlesungen / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johan Ambrosius Barth, 1901. – 328 s.
5. Kraepelin E. Einführung in die Psychiatrische Klinik: Zweiunddreißig Vorlesungen / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johan Ambrosius Barth, 1905. – 374 s.
6. Kraepelin E. Lectures on clinical psychiatry: Authorized Translation from the German / E. Kraepelin; Revised and edited by Thomas Johnstone. – New York: William Wood & Company, MDCCCIV. – 309 p.
7. Kraepelin E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für studirende und Aerzte: Siebente Auflage: I. Band: Allgemeine Psychsatrie / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1903. – 478 s.
8. Kraepelin E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für studirende und Aerzte: Siebente Auflage: Zweiter Band: Klinische Psychsatrie / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1903. – 892 s.
9. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte / E. Kraepelin. – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1896. – 478 s.
10. Hoche A. Die neuronentheorie und ihre Gegner / A. Hoche. – Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1899. – 52 s.
11. Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge / Hrsg. von O. Bumke; G. Kolb; H. Roemer; E. Kahn, Verfasser: Bumke, Oswald; Kolb, Gustav; Roemer, Hans; Verleger W. de Gruyter & Co., Berlin: W. de Gruyter & Company, 1931. – 400 s.
12. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: für Aerzte und Studirende / W. Griesinger. – Braunschweig: Verlag von Friedrich Wreden, 1876 – 538 s.
13. Griesinger W. Mental pathology and therapeutics / W. Griesinger; Translated from German (second edition) by C. Lockhart Robertson and James Rutherford. – New York: William Wood & Company, 1882. – 375 p.
14. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику: Том I: Общий обзор / Э. Крепелин; Пер. с нем. проф. В. А. Гиляровского. – М.; Петроград: Государственное издательство, 1923. – 467 с.
15. Hoche A. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie / A. Hoche // Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. – Berlin, 1921. – Volume 12, N. 1 – S. 540 – 551.
16. Морозов Г. В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г. В. Морозов, Н. Г. Шумский. – Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 426 с.
17. Gaupp R. Die Klassifikation in der Psychopathologie / R. Gaupp // Die Klassifikation in der Psychopathologie. – Heidelberg, 1915. – Vol. 27, N. 1. – S. 292 – 314.
18. Ковалевский П. И. Общая психопатология / П. И. Ковалевский. – X: Тип. Каплана и Бириюкова, 1886. – 259 с.
19. Попов Н. М. Лекции по общей психопатологии / Н. М. Попов. – Казань, 1896. – 292 с.
20. Курс психиатрии С. С. Корсакова: издание второе (посмертное), переработанное автором: Том I / Под ред. комиссии Общества Невропатологов и Психиатров, состоящего при Императорском Московском Университете. – М., издание Общества для пособия нуждающимся студентам Императорского Московского Университета, 1901. – 677 с.
21. Оршанский И. Г. Учебник общей психиатрии: руководство для студентов / И. Г. Оршанский. – X., 1910. – 389 с.
22. Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях / В. П. Осипов. – Берлин: П. С. Ф. С. Р. государственное издательство, 1923. – 738 с.
23. Гиляровский В. А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов / В. А. Гиляровский. – М. – Ленинград.: Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, 1935. – 750 с.
24. Гиляровский В. А. Психиатрия / В. А. Гиляровский. – М.: Медгиз, 1954. – 520 с.

25. Кербигов О. В. Психиатрия: издание второе, переработанное / О. В. Кербигов, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский. — М.: Медицина, 1968. — 445 с.
26. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. — Ташкент: Медицина, 1976. — 325 с.
27. Завлянский И. Я. Психиатрический диагноз / И. Я. Завлянский, В. М. Блейхер. — К.: Вища школа. Головне изд-во, 1979. — 200 с.
28. Жмуров В. А. Общая психопатология / В. А. Жмуров. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1986 — 280 с.
29. Коркина М. В. Психиатрия: Учебник / В. М. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
30. Гавенко В. Л. Пропедевтика психіатрії: Навч. посіб. для студ. мед. вузів і лікарів-інтернів / В. Л. Гавенко, Г. О. Самардакова, В. І. Коростій, Г. М. Кожина, В. М. Сінайко // Харківський держ. медичний ун-т / В. Л. Гавенко (ред.). — Х.: Регіон-інформ, 2003. — 147 с.
31. Сметанников Г. П. Психиатрия: Краткое руководство для врачей / Г. П. Сметанников. — изд. 2-е, доп. — СПб.: СПбМАПО, 1995. — 320 с.
32. Жариков Н. М. Психиатрия: Учебник / Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльпин. — М.: Медицина, 2002. — 544 с.
33. Бауманн У. Классификация / У. Бауманн, Р.-Д. Штиглиц // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб.: Питер, 2002. — С. 122 — 143.
34. Петрюк П. Т. МКБ-9 и МКБ-10: сходство, различие и трудности понимания / П. Т. Петрюк, В. Н. Шevelёв, В. П. Емельянов, А. П. Петрюк // Таврический журнал психиатрии. — 2005. — Т. 9, №3. — С. 84 — 87.
35. Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии / Под ред. В. А. Шаповаловой, П. В. Волошина, А. В. Стефанова [и др.]. — Х.: Факт, 2003. — 784 с.
36. Портнов А. А. Общая психопатология: Учебное пособие / А. А. Портнов. — М.: Медицина, 2004. — 272 с.
37. Esquirol J.-E.-D. Des maladies mentales considrees sous les rapports mtdical, hyginique et medico-igale: Tome premier / J.-E.-D Esquirol. — Paris: Chez J.-B. Baillire, 1838. — 687 p.
38. Esquirol J.-E.-D. Des maladies mentales considrees sous les rapports mtdical, hyginique et medico-igale: Tome second / J.-E.-D Esquirol. — Paris: Chez J.-B. Baillire, 1838. — 862 p.
39. Falret J. P. Des maladies mentales et des asiles d'aliinys: Lecons cliniques & considrations gnyrales / J. P. Falret. — Paris: J. B. Baillire et Fils, 1864. — 796 p.
40. Guislain J. Traitd sur l'aliination mentale et sur les hospices des aliinys: Tome premier / J. Guislain. — Amsterdam: Chew J. van der Hey et Fils, et les hiritiers H. Gartman 1826. — 406 p.
41. Guislain J. Traitd sur l'aliination mentale et sur les hospices des aliinys: Tome second / J. Guislain. — Amsterdam: Chew J. van der Hey et Fils, et les hiritiers H. Gartman 1826. — 462 p.
42. Jackson H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture I / J. Hughlings Jackson // The British medical journal. — vol. 1, March 29, 1884. — P. 591 — 593.
43. Jackson H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture II / J. H. Jackson // The British medical journal. — v. 1, April 5, 1884. — P. 660 — 663.
44. Jackson H. J. The Croonian lectures on evolution and dissolution of the nervous system: Lecture III / J. Hughlings Jackson // The British medical journal. — vol. 1, April 12, 1884. — P. 703 — 706.
45. Bonhoeffer K. Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen / Von K. Bonhoeffer. — Leipzig; Wien: Deuticke: 1912. — 334 s.
46. Штернберг Э. Я. К развитию и современному состоянию психиатрической синдромологии / Э. Я. Штейнберг // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — М., 1974. — том 74, вып. 11. — С. 1723 — 1735.
47. Кербигов О. В. О специфической и взаимной связи психопато-логических синдромов / О. В. Кербигов // Сборник трудов Ярославского Госуд. Медицинского Института: Том 1: Вопросы неврологической и психиатрической синдромологии: Работы кафедр психиатрии и нервных болезней. — Ярослав, 1947. — Том 1, Выпуск 1. — С. 77 — 97.
48. Ey H. Essai d'application des principes de Jackson a une conception dynamique de la neuro-psychiatrie / H. Ey, J. Rouart // L'Encyphale. — II, 1936, 1. — P. 30 — 60; 96 — 123.
49. Ey H. Essai d'application des principes de Jackson a une conception dynamique de la neuro-psychiatrie / H. Ey, J. Rouart // L'Encyphale. — XXXI, 1936, 1. — P. 313 — 356.
50. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (Этиология) / И. В. Давыдовский. — М.: Государственное изд-во медицинской литературы, 1962. — 176 с.
51. Schule H. Handbush der Geisteskrankheiten / H. Schule. — Leipzig: Verlag von F. C. W. Vogel, 1878. — 732 s.
52. Schule, N. Klinische Psychiatrie: Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten / H. Schule. — Leipzig: Verlag von F. C. W. Vogel, 1886. — 543 s.
53. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie / E. Bleuler. — Berlin: verlag von Julius Springer, 1916. — 600 s.
54. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; Пер. с нем. Л. О. Акопяна; ред. д. м. н. В. Ф. Войцеха и к. филос. н. О. Ю. Бойцовой. — М.: Практика, 1997. — 1059 с.
54. Ухтомский А. А. Избранные труды / А. А. Ухтомский — М.: Директ-Медиа, 2008. — 804.
55. Случевский И. Ф. Психиатрия / И. Ф. Случевский. — Л.: Медгиз, 1957. — 442 с.
56. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. / Н. А. Леонтьев // Т. I — М.: Педагогика, 1983. — 392 с.
57. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. / Н. А. Леонтьев // Т. II — М.: Педагогика, 1983. — 320 с.
58. Гавенко В. Л. Психиатрия и наркология: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений IV уровня аккредитации / В. Л. Гавенко (ред.) / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко, В. А. Абрамов, И. И. Влох. — К.: Медицина, 2009. — 488 с.
59. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков, К. В. Михайлова, В. Л. Гавенко [и др.]; Под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. — К.: Здоров'я, 1989. — 512 с.
60. Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. — В 2-х т. Т. I. — М.: Медицина, 1988. — 640 с.
61. Руководство по психиатрии / Под. ред. А. В. Снежневского. — Т. 1. М.: Медицина, 1983. — 480 с.
62. Ziehen Th. Psychotherapie / Th. Ziehen. — Berlin; Wien: Urban & Schwarzenberg, 1898. — 696 s.