**Введение**

Вопросы классификации в психиатрии в настоящее время являются не только наиболее актуальными, но и острыми - именно они определяютее теоретические концепции, практическую направленность, социальную значимость и перспективы развития как медико-социальной науки.  
Одним из наиболее глубоких методов анализа данного раздела психиатрии можно считать историко-эпистемологический. Перспективность такогоподхода к решению проблемных общепсихиатрических задач в нашей стране впервые отметил В.М. Морозов [1], который справедливо полагал, что эпистемология(науковедение; от греч. episteme - наука, знание, точное знание) в психиатрии знаменует приоритет "точного знания".  
Это согласуется с мнением Э. Крепелина, который еще в начале ХХ века, приступая к созданию фундаментальных основ научной нозологическойсистематики в психиатрии, считал вопросы классификации ключевыми. Он писал, что психиатры должны приближаться в данной работе к тому, что сделал К. Линней вбиологии и ботанике после публикаций в своей знаменитой " Системы природы". Именно такой подход к систематике, по мнению Э. Крепелина,позволил бы получить более точное представление о психических болезнях, но, как он отмечал далее, психиатрия пока не располагает теми возможностями, которыеимеются в биологии [2]. Совершенно очевидно, что психиатрия должна решать свои проблемы, в том числе и проблему систематики, тесно взаимодействуя с другиминауками; это служит доказательством необходимости эпистемологического изучения вопроса. С другой стороны, по справедливому замечанию О.В. Кербикова,"когда речь идет о клинических формах, во многих отношениях неясных..., представляется целесообразным дать исторический аспект, так как взгляды наклиническую сущность таких состояний (болезней) складывались в процессе развития [3]. Отсюда можно сделать вывод о продуктивности изученияисторико-эпистемологического аспекта проблемы систематики в психиатрии.

**Два направления изучения болезней в античности**

Необходимо отметить, что в медицине в процессе ее исторического развития (и психиатрия как раздел медицины не представляет здесьисключения), начиная с древности, ведется полемика между двумя направлениями изучения болезней и, следовательно, проблемы их классификации. Одно из этихнаправлений в соответствии с "теорией универсалий" Платона сформировало позицию Книдской школы, другое развивалось в трудах Косской школы,одним из основателей которой был Гиппократ. Именно Книдская школа, следуя Платону, стремилась к постижению универсалий в медицине, отстаиваяобязательность наименований болезней, необходимость их классификации, в то время как Гиппократ ставил целью всестороннее тщательное исследованиеразнообразных проявлений болезни, ее развития у отдельных больных, больше заботясь о прогнозе, чем о диагнозе болезни. Однако при этом именно Гиппократ(V век до н.э.) впервые обосновал то, что душевные болезни есть понятие научное, поддающееся анализу и исследованию, в то время как до него проявления"бешенства" относили к понятию "зла", что отождествлялось с наказанием богов. У Гиппократа мы видим четкую позицию в отношении"священной болезни" (эпилепсии) как заболевания, которое имеет такую же природу и происхождение, как и прочие болезни. Гиппократ описывал манию имеланхолию, он упоминал о том, что у одного больного в течение жизни могут проявляться приступы и мании, и меланхолии, не делая при этом выводов обобщности таких полярных расстройств психики. В работах, приписываемых Гиппократу, для обозначения различных состояний "буйства"используются медицинские психиатрические термины, такие как "парафронейн" - бред вообще, "паракронейн" - сильнаястепень бреда, состояние с галлюцинациями; "паралеоейн" - бредить, говорить несвязно; "паралегейн" - заговариваться, меньшая степеньбреда. Это дает основание считать Гиппократа пионером, разработавшим номенклатуру бредовых состояний в своей книге "Эпидемии" [4].  
В то же время, как пишет В.П. Осипов, в книгах Гиппократа впервые вводится термин "ипомайноменой" для обозначения состояний(заболеваний) "тихого" помешательства с преобладанием страхов, легкой меланхолии, изменения "нрава". Это свидетельствует о том, чтоГиппократ, хотя и не классифицировал психические болезни специально, но, описывая их проявления, подготавливал почву для систематики не только острыхпсихозов (в том числе и так называемых "френитов", протекающих с лихорадкой и бредом), но и "пограничной области "душевных расстройств[5].  
В трудах К. Галена (131 - 201 гг. н. э.) уже рассматривается проблема "патос" и "нозос"; под последним термином ученыйпонимал собственно болезненный процесс. К. Гален продолжал развивать учение Гиппократа о темпераментах, принимая 4 важнейших типа (меланхолический,холерический, сангвинический, флегматический) и полагая, что возможны "смешанные типы" [6]. В книге "De locis affecti" он уже нетолько специально описывает различные душевные заболевания, подобно Гиппократу, но и впервые пытается дать дифференциально-диагностические признаки таких"нозосов", как истерия, ипохондрия и меланхолия. В его клинических наблюдениях указывается на соматический компонент некоторых меланхолий, которыезатрудняют диагноз. Особый вид меланхолии, по Галену, начинается в желудке, этот тип он обозначает термином "ипохондрия". Если обобщить сказанноев отношении античной психиатрии, можно отметить, что постепенно шло уточнение признаков различных душевных заболеваний, утверждалась психиатрическаятерминология (мания, меланхолия, френит, паранойя, ипохондрия, истерия, эпилепсия); при том, что специального выделения душевных заболеваний вотдельную область медицины еще не было, истерия и эпилепсия расматривались отдельно. Но формировалось стремление врачей и философов-врачей (Эмпедокл,Сократ, Платон, Теофаст, Цицерон, Эпиктет, Сенека и др.) различать "пограничные" расстройства ("характеры" Теофаста,"злонравие", "болезненные страсти" у Цицерона, Сенеки). Это свидетельствует о том, что период античности можно рассматривать какпрепарадигмальный, предшествующий созданию систематики душевных болезней.

**Классификация психических болезней в эпоху Возрождения и Просвещения**

На следующем этапе развития психиатрии в эпоху Возрождения и Просвещения в Европе знаменательным было создание первых классификационныхсистем; в связи с этим XVIII век даже был назван "веком системы". Еще в работе Ж.Ф. Фернеля "Всеобщая медицина", опубликованной в 1552 г.,наряду с разделами "Физиология" и "Патология" имеется специальная глава "Болезни мозга" [7]. Автор впервые предпринимаетпопытку соотнесения психозов с патологией мозга. В соответствии с концепцией о темпераментах он выделяет манию, меланхолию, френит, делириум, каталепсию,ипохондрию, стультицио, или "морозитас" (слабоумие). В книге Ж. Фернеля очевидно стремление к более полному клиническому описаниюрассматриваемых болезней, подразделению их основных типов на разные варианты (например, "полная" меланхолия, меланхолия "мягчайшая"), атакже к дифференциальной диагностике таких состояния, как "мания" и "аменция", каталепсия и аполепсия. Это свидетельствует об углубленииклинического знания. Как полагает И. Пелисье [8] у Ж. Фернеля уже дан прообраз противопоставления бредовых психозов с лихорадкой (френиты), безлихорадочным(мания, меланхолия, каталепсия) и состояниям слабоумия. Такая позиция Ж. Фернеля намечает, по мнению И. Пелисье, трехчленнную систему разделенияпсихической патологии (будущие экзогенные, эндогенные расстройства и "исходные" состояния).  
Однако у Ж. Фернеля, как и у К. Галена, к болезням мозга не причислены эпилепсии, истерия. Особый интерес представляет то, что термином"галлюцинации" автор обозначает заболевание глаз.  
В официально считающейся первой классификацией систематике Ф.Платера [9] насчитывается 23 вида психических болезней, разделенных на 4 класса. Здесь для нас наиболее интересным является третий класс - "ментисалиенацио" (данный термин надолго определит суть психических заболеваний как отчуждения подобных больных от общества), в этом классе подробно описанысимптомы мании, меланхолии, ипохондрии как болезни, френита. По мнению Ю. Каннабиха, автор впервые указывает на внешние или внутренние причины психозов[10]. От внешних причин, по Платеру, происходит "коммоцио аними" - душевное потрясение, являющееся причиной, например, навязчивых страхов,ревности и т.д. Очевидно, что классификация Ф. Платера намечает разделение не только "психотических" расстройств, но и патологии "пограничногорегистра", при этом автор дает соответствующие клинические описания. Примечательно то, что в XVII веке сохраняется связь между различными науками, вчастности, между медициной и философией, медициной и биологией. Это находит свое отражение и в решении проблемы систематики. Некоторые историки психиатрииполагают, что Ф. Платер применил к медицине индуктивный метод, провозглашенный философом Френсисом Беконом, который всю жизнь посвятил разработке плана"Великого восстановления наук" и продолжал традиции ученых античности. По Ф. Бэкону, образы предметов, входя через органы чувств исознание, не исчезают бесследно, они сохраняются душой, которая может относится к ним трояким образом: или просто собирать их в понятия, или подражать имвоображением, или перерабатывать их в понятия рассудком. На этих трех способностях души, согласно Ф. Бэкону, основывается подразделение наук, так чтопамяти соответствует история, воображению - поэзия, рассудку - философия, которая включает в себя учение о природе, боге и человеке [11]. Причинойзаблуждения разума Ф. Бэкон считал ложные идеи, которые бывают четырех родов - "признаки роды", коренящиеся в самой природе человека (в будущем"эндогенные" заболевания), "признаки пещеры", возникающие благодаря индивидуальным особенностям самого человека (в дальнейшем "характеропатии"),"признаки рынка", порожденные некритичным отношением к распространенным мнениям, а также" признаки театра" - ложноевосприятие действительности, основанное на слепой вере в авторитеты и традиционные догматические системы.

**Психиатрическая систематика в XVIII века**

Учение Ф. Бэкона оказало огромное влияние на все науки, в том числе и на медицину, что нашло отражение, например, при составленииклассификаций психических заболеваний, которые стали особенно интенсивно разрабатываться в XVIII веке (Ф. Буасье де Саваж, К. Линней, Ж.Б. Сагар, У.Куллен, Ф. Пинель и др.).  
Е. Фишер-Гомбургер отмечает, что Т. Сиденгам, которого называли анлийским Гиппократом, еще в XVII веке выдвинул предположение"классифицировать болезни с той же тщательностью, которую ботаники показывают в своих фитологиях" [12]. На тенденцию к сиcтематизации вмедицине XVIII века значительное влияние оказали философские концепции друга Т. Сиденгама, великого английского философа Дж. Локка. Он различал три видапознания: интуитивное, демонстративное (прообразом которого служит математика) и чувственное, или сенситивное. Чувственное ограничивается восприятиемотдельных предметов внешнего мира. По своей достоверности оно стоит на самой низшей ступени. Посредством его мы познаем существование единичных вещей. Отсюдаможно сделать вывод, что медицина является в первую очередь областью применения сенситивного познания [13]. Именно в этом смысле можно говорить о влияниифилософских взглядов Дж. Локка на развитие концепции классификации болезней (в том числе психических) в XVIII веке. Философ оперировал терминами"род" и "вид". Можно считать, что вопросы классификации болезней на этом этапе развития медицины, поднятые Т. Сиденгамом в соответствиис принципами ботаники, или "ботанические принципы классификации", стали предтечей нозологических постороений XVIII века. К. Фабер приводитхарактерное в этом смысле письмо К. Линнея и Ф. Буасье де Соважу: "Мой слабый мозг, - писал великий ученый, - может понимать только то, что может бытьобобщено систематически" [14].  
Первое издание книги К. Линнея "Система природы"вышло в 1735 г., но если его деятельность как естествоиспытателя известна широко, то работа как врача и систематика в области психиатрии заслуживаетспециального рассмотрения в интересующем нас аспекте.  
К. Линней в своей книге "Роды болезней" [15]разделил все заболевания на 11 классов, поместив психические болезни в V классе. Далее он разбил психические расстройства на три порядка - болезнирассудка (ideales), болезни воображения (imaginarii), болезни аффектов и влечений (pathetici). Истерию и эпилепсию К. Линней описал вне рубрикипатологии психики, поместив их в VIII классе (нарушения моторных функций). В V классе К. Линней насчитывает 25 родов болезней [15]. В первом порядке имописаны бредовые расстройства (хронические и острые), а также мания и меланхолия (острые и хронические варианты). Во втором порядке термином"сирингмос" и "фантазма" обозначены слуховые и зрительные галлюцинации (самого термина "галлюцинации" автор не употребляет, ноклинически отделяет эти расстройства от бреда). Наконец, в третьем порядке у К. Линнея фигурируют "страхи", "нарушения влечений","тревожные состояния". Фактически рассмотренная классификация представляет собой один из первых вариантов клинической психопатологии,прообраз будущей синдромологии, которая уже в XIX веке выступила на арену и в дальнейшем противопоставлялась нозологии. Прогресс клинической психиатрии нашелсвое дальнейшее выражение в новых систематиках, задачей которых, как сказал Й.П. Франк, было "создание медицинского языка, доступного самым разнымнациям от полюса до полюса" [17].  
Первая и, пожалуй, единственная классификация болезней вАнглии, которая получила мировое признание, принадлежала В. Куллену (1712 - 1790). Он сделал попытку классифицировать болезни по принципу К. Линнея:классы, отряды (порядки), роды и виды. В. Куллен впервые ввел в медицину термин "невроз" как общее название для всех психических расстройств [18]. Онотнес неврозы ко II классу, включающему в себя 4 отряда, 27 родов и более 100 видов, а кроме того большую группу параноидных болезней [19]. По даннымруководства О. Бумке [20], уже в XVIII веке нозология В. Куллена подверглась критике со стороны другого классика английской медицины Т. Арнольда, которыйутверждал, что помешательство можно разделить на два рода. При одном из них расстроено восприятие, при втором восприятие нормально, но разум вырабатываетложные понятия. Такая полемика многими историками психиатрии расценивается как начальный этап формирования будущей дихотомии "нозология - единыйпсихоз". Наконец, классификация Ф. Пинеля, основателя научной психиатрии, как бы подводит итог в пользу нозологической систематики, она утверждаеттермин, "неврозы" для обозначения психических заболеваний вслед за В. Кулленом, что объясняется пониманием ведущей роли нервной системы впроисхождении не только психозов, но и различных по своим клиническим проявлениям "неврозов нутритивных функций", или системных неврозов всовременном понимании, которые впервые выделил этот гениальный психиатр-гуманист [21]. Систематика Ф. Пинеля отличатеся сознательной простотой, она не являетсяв такой степени симптоматической как у В. Куллена, в нее уже внесен принцип патогенеза. Об этом свидетельствует выделение "неврозов церебральныхфункций", к которым отнесены везании - их выделено 5 родов: мания, мания без бреда, меланхолия, слабоумие и идиотизм.  
В России одной из знаменитых публикаций по этой теме можно считать работу К.В. Лебедева (1799 - 1884) - ученика М.Е. Дядьковского. Лебедевподверг критическому анализу нозологические системы Линнея, Фогеля, Соважа, Сагара, Куллена, Пинеля, Мудрова, Шенлейна, Дядьковского и Медисон-Гуда.Однако, критикуя частности, автор не оспаривал справедливости нозологических принципов в психиатрии XVIII века, полагая, что это является перспективнымнаправлением развития молодой науки [22]. Историко-эпистемологический обзор и исследование проблемы показывают, что и на этом этапе развития она, обогащаяськлиническим материалом, используя психопатологическую диференциацию, развивалась в достаточно тесной связи с другими науками; данный период с точки зрениянауковедения может быть обозначен как клинико-нозологический, а его парадигма как клинико-систематическая.

**Классификация психических болезней в новое время**

Новое время (XIX-XX век) проложило пути для укрепления нозологических позиций, которые все более совершенствовались в соперничестве сидеями концепции "единого психоза". Работы А-Л. Бейля, Ж-П. Фальре, А. Снелля позволили выделить прогрессивный паралич, периодический психоз,паранойю - болезни, которые диагностировались клинически и обнаруживали психопатологическую динамику, отличающуюся от установленной в рамках"единого психоза" обязательной схемы: "меланхолия" - "мания" - "аффективно-бредовые расстройства" -"бред" - "деменция". В дальнейшем К. Кальбаум и, наконец, Э. Крепелин [23] способствовали утверждению приоритета психиатрическойнозологии к началу XX не только в Германии, но и в других странах, в том числе в России, где влияние немецкой школы всегда было заметным.   
Огромная литература по затрагиваемой проблеме, появившаяся в ХХ веке, в рамках настоящего сообщения может быть проанализирована лишь в самыхобщих чертах. При этом существенно, что после выделения Э. Крепелином в 1896 г. "маниакально-депрессивный психоз" - раннее слабоумие (в дальнейшемописание Е. Блейлером шизофрении в 1911 г.) вновь активизировалась полемика между "нозологами" и сторонниками приоритета понятия"симптомокомплекс" с учетом известных работ А. Гохе [24], К. Яспреса [25], К. Шнайдера [26] и др. Как известно, А. Гохе иронически сравнил поиски"болезней" в психиатрии, которые он называл "фантомом", с переливанием мутной жидкости из одного сосуда в другой; столь же скептическиоценивал нозологическую позицию Э. Кречмер. Э. Крепелин многократно пересматривал свои первоначальные взгляды и в 1920 г. стал говорить о "регистрах"[27], ввел понятие "Ферблодунг" (болезненный ослабоумливающий процесс). Таким образом, к середине ХХ века вновь стали достаточно отчетливопостулироваться "антинозологические" установки. Так, М. Блейлер в переизданиях руководства по психиатрии предпочитает говорить не о болезнях, аоб аксиальных симптомокомплексах, выделения "основных форм психических расстройств", а именно: "органический психосиндром, развившийся врезультате диффузного поражения мозга", "эндокринный психосиндром", вызванный заболеваниями эндокринной системы, "острыеэкзогенные реакции" типа реакции Бонгеффера, возникающие при общесоматических заболевания; "психореактивные и психогенныерасстройства", вызванные психическими переживаниями; "варианты личности" (психопатии и олигофрении), а также "эндогенныепсихозы" [28].   
Эти основные синдромы действительно составляют ядро всех международных классификаций, принятых в течение последних десятилетий. НапримерМКБ-9 строилась на утвержденной после работ В. Куллена (невроз) и Э. Фейхтерслебена (психоз) дихотомии "невроз-психоз". По мнению Э.Фейхтерслебена, "каждый психоз есть в то же самое время и невроз" [29], это подтвердилось в дальнейшем при тщательном изучении клиническоготечения таких заболеваний, как шизофрения (эндогения) и органические поражения ЦНС, так как неврозоподбные (непсихотические) картины встречаются практическипри любом заболевании, детерминированном нозологически.   
Несмотря на то, что за последние 100 лет ученые неоднократнопересматривали международную классификацию психических заболеваний, наиболее активно данный процесс идет в последние 20 лет. С одной стороны, это связано собщим прогрессом биомедицинских исследований, развитием генетики, психоиммунологии, эпидемиологии и психофармакологии, с помощью которой удалосьне только добиться значительных успехов в области терапии психических заболеваний, но и существенно изменить "лицо болезни", а с неюконтингент стационарных и амбулаторных больных.   
Связанные с явлениями патоморфоза изменения в формах теченияи симптоматики психических заболеваний, значительное увеличение стертых, субклинических проявлений болезни полностью не объясняют необходимостьпостоянного внимания психиатров к проблемам классификации.   
Все возрастающее количество различных психосоциальныхфакторов в условиях индустриализации и урбанизации таже оказывает несомненное влияние на развитие психических заболеваний.   
Зачастую проблемы классификации выходят за рамки нашей дисциплины в связи с пристальным вниманием общества к самому понятию"психическая болезнь" и с развитием так называемого антипсихиатрического движения.

**Создание Международной классификации болезней (МКБ)**

Прогресс в области развития классификации хотя и очевиден (эволюция от МКБ-6 до МКБ-10), но, на наш взгляд, недостаточно поступателен.Это связано во многом с противоречивостью подходов к заданной проблеме, с извечным спором нозологического и синдромального принципов классификации, атакже с целым рядом малоизученных субъективных и объективных факторов. Между тем первая международная классификация психических заболеваний была предложенакомиссией под председательством Morel Международному конгрессу по психиатрическим наукам в 1889 г. в Париже. Классификация насчитывала 11категорий: мания, меланхолия, периодическое помешательство, прогрессивное систематическое помешательство, деменция, органическое и сенильное слабоумие,прогрессивный паралич, неврозы, токсическое помешательство, моральное и импульсивное помешательство, идиотия. Прообразом Международной классификации болезнейявилась Международная классификация причин смерти, которая была одобрена Международным статистическим инсититутом в 1893 г.   
Начиная с 1900 г. данная классификация пересматривалась каждые 10 лет, служила в основном для статистических целей и не включалакакой-либо систематики, связанной с психическими болезнями. Между первой и второй мировыми войнами служба гигиены Лиги Наций участвовала в созданииклассификации путем периодической ревизии "Листа причин смерти и повреждений". В 1938 г. в данной классификации (5-й пересмотр) впервыепоявляется рубрика "Расстройства нервной системы и органов чувств". Начиная с 1948 г. ответственность за данную процедуру принимает на себя ВОЗ,которая проводит очередной, 6-й пересмотр "Листа причин смерти и повреждений", дает ему новое название - "Руководство по международнойклассификации болезней, повреждений и причин смерти" (МКБ-6). В данном руководстве появляется раздел "Психические, психоневрологические иличностные расстройства", включавший в себя 10 категорий психозов, 9 категорий психоневрозов и 7 категорий для обозначения расстройств характера,поведения и умственного развития. Данная классификация была единогласно принята странами-членами ВОЗ, однако в ней почему-то отсутствовали такие понятия, какдеменция (слабоумие), некоторые распространенные личностные расстройства и ряд других нарушений. Все это привело к тому, что, несмотря на настоятельныерекомендации ВОЗ, разделом классификации по психическим болезням официально воспользовались лишь в пяти странах: Великобритании, Новой Зеландии, Финляндии,Перу и Таиланде. Ситуация не сразу вызвала серьезную озабоченность и поэтому соответствующий раздел МКБ-7 в 1955 г. появился практически без каких-либоизменений. Между тем отсутствие общего языка у психиатров в эпоху "психофармакологической революции" 50-х годов уже служило серьезнымтормозом прогресса научных исследований международного уровня в области как психофармакологии, так и эпидемиологической психиатрии.   
В 1959 г. ВОЗ поручила эмигрировавшему из Австрии в Англию Erwin Stengel изучить ситуацию, сложившуюся вокруг МКБ-7, тем более что в самойВеликобритании, несмотря на ее официальное признание правительством, психиатры ее практически игнорировали. В своем объемном докладе Stengel охарактеризовалотношение психиатров разных стран к МКБ-7 как "амбивалентное, если не циничное", подчеркнув при этом "практически всеобщуюнеудовлетворенность состоянием психиатрической классификации как национальной, так и международной".   
Stengel пришел к выводу, что невозможность или нежелание пользовать единую номенклатуру терминов обусловлено этиологическимпроисхождением диагностических дефиниций. И именно различный подход к проблеме этиологии у разных психиатрических школ делал эту проблему стольтрудноразрешимой.   
Тогда же Stengel предложил убрать этиологический принцип из международной классификации и употреблять диагностические термины лишь вкачестве функциональных наименований, характеризующих отклонения от нормы. В том же докладе было рекомендовано создать для пользования МКБ глоссарийтерминов на максимально большом количестве языков.   
После опубликования и обсуждения доклада ВОЗ приступила кработе над МКБ-8, причем одним из основных направлений данного проекта было создание глоссария психиатрических терминов. Оказалось, что в связи ссуществующими разногласиями между различными психиатрическими школами данная работа потребует слишком много времени и средств, а потому было решено каждой странеподготовить вначале свой собственный вариант.   
Опыт работы над национальными глоссариями, безусловно, былвесьма полезен при подготовке Международного глоссария терминов. МКБ-8 была принята Генеральной ассамблеей ВОЗ в 1966 г. и начала функционировать нанациональном уровне с 1968 г., глоссарий же был подготовлен лишь в 1974 г.   
Несмотря на то, что путь создания первой международнойклассификации психических заболеваний был тернист и сложен, тем не менее сам факт ее появления свидетельствует о многом. Он, безусловно, отразил прогресс,достигнутый учеными в области биологической психиатрии, психофармакологии, социальной психиатрии, а также в области эпидемиологических исследований.   
В 1975 г. была принята МКБ-9, которая не содержала радикальных изменений по сравнению со своей предшественницей, однако быладополнена глоссарием, явившимся результатом 6-летней работы психиатров из 62 стран.   
Несмотря на всю громоздкость и эклектичность, МКБ-9 явиласьважным шагом вперед в деле классификации и имела большое практическое значение для развивающихся международных исследований и выработки унифицированногодиагноза. Ученых не смущало, что сама классификация основана на самых различных принципах, что в ней использовались весьма разнообразные по своей природепоказатели (этиологические, симптоматологические, возрастные, поведенческие и др.). Считалось, что такой подход в дальнейшем будет способствовать переходу кмногоосевой классификации, а это даст возможность осуществить максимально индивидуальный подход.   
Принятие американской классификаци DSM-III, а затем DSM-III-R явилось основой для разработки последней Международной классификации МКБ-10 (Vглава - психозы). Нельзя не отметить, что эта классификация принималась в особый исторический период, известный как "холодная война", и была нелишена авторитарности, так как вводилась под девизом устранения "вялотекущей шизофрении", якобы сконструированной в СССР вполитических целях. При этом не принимались во внимание исторические реалии-выделение Э. Блейлером "латентной ши зофрении" еще в 1911 г., наличиеамериканских работ о "псевдоневротической шизофрении" [30], описание К. Паскаль шизофрении с психастеноподобной и истероподобной симптоматикой.   
Систематика в рамках МКБ-10 отличается, во-первых, тем, что по сравнению с МКБ-9 в ней в 3 раза большее количество дескрипторов. Данноеобстоятельство придает ей своеобразный " инвентаризационный" характер. Кроме того, она, как и DSM-III эклектична и не следует строгонозологическому принципу, хотя и не исключает такие нозологические формы, как шизофрения, эпилепсия. Однако наряду с рубрикой "шизофрения" в нейимеется и рубрика "шизотипические расстройства", определение которых весьма неопределенно, и подчас трудно провести границу между ними и"типическими" шизофреническими заболеваниями. Кроме того, в МКБ-10 уже отсутствуют такие исторически сложившиеся категории "пограничной"психиатрии, как неврозы, психопатии, замененные достаточно аморфным термином "расстройства личности" [32].   
Своеобразие данной систематики, по нашему мнению, объективно отражает новый препарадигамальный период развития психиатрии, формирующийся нафоне исторического развития дихотомии "нозология" - "симптоматология", которая прослеживается еще со времен негласнойполемики Косской и Книдской школы в античности до наших дней.

**Перспективы изучения классификации в психиатрии**

Один из авторов данной работы в исследовании психиатрических классификаций с анализом национальных школ и современныхконцепций особо подчеркнул важность биологических критериев разграничения психозов, показал возможную роль генетических маркеров, биохимических факторов,в частности, дексаметазоновой пробы, при депрессиях. Это была первая мультинациональная работа по рассматриваемой теме, утверждавашая приоритет психопатологически-биологическогосистемного подхода для классификации психозов и использовавшая многоцентровые международные коллаборативные программы ВОЗ для изучения данной проблемы [33].   
Изменение научной парадигмы психиатрии, определяемое накоплением клинических и биологических данных о сущности и происхождениипсихозов, совершенно четко детерминирует уточнение как клинических категоривй (симптомокомплексы, прогредиентные процессы), так и прогресс биологических наукв психиатрии, прежде всего генетики, нейрогенетики, генетики поведения. Как справедливо отмечал В.П. Эфроимсон, показанные на примере нервных болезнейположения имеют универсальное значение для клинической генетики. Они заставляют врача ориентироваться не на болезнь как таковую, а на ее конкретные формы ибыть готовым к обнаружению под покровом клинически сходной симптоматики в разных семьях совершенно различных патологий [34].   
Работы А.А. Баева, Л.Л. Киселева по проблеме "геном человека" в нашей стране дают основания полагать, что будущее медицины, втом числе и психиатрии, связано именно с расшифровкой генома, что решает проблему "болезни" уже не на молекулярном, а на атомарном уровне[35]. Генетика поведения, включая психические аномальные формы, по-видимому, может дать ответ на вопрос об адекватности феноменологической классификациипсихической патологии (а значит, и "нозологии") и определить меру этой адекватности. Это приблизит науку к достижению точного знания об этиологиина генно-молекулярном уровне с учетом последовательностей кодов в геноме при тех состояниях, которые в настоящее время рассматриваются как"нозологические формы".   
При таком развитии исследований со сменой парадигмы впсихиатрии на психобиогенетическую сама психиатрия может приблизиться к прогностическому пониманию философской концепции Демокрита с приоритетом"атомарности" всего сущего применительно к сложным понятиям "психическая болезнь", "нозологическая единица".   
Все это будет способствовать дальнейшему совершенствованию психиатрической систематики как категории эпистемологии