

ДО 160-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ



Еміль Крепелін (15 лютого 1856 р. – 7 жовтня 1926 р.) — німецький лікар, відомий як автор сучасної нозологічної концепції в психіатрії та класифікації психічних захворювань. Він засновник відомої наукової школи, один з видатних європейських психіатрів зі світовим ім'ям, хоча негативно ставився до психоаналізу. Сформульовані ним ідеї зробили переворот у клінічному мисленні — вся психіатрія кінця XIX століття і першої чверті XX століття була побудована на його поняттях. Крепелін — творець вчення про *“dementia praecox”*, історичний прообраз шизофренії; близької до сучасної концепції маніакально-депресивного психозу і параної. Дослідник зробив величезний внесок у розуміння вродженого слабоумства та істерії, був піонером транскультуральної психіатрії та психофармакології. Він описав і запровадив багато психіатричних понять: шизофазія; словесний “салат”; парафренія; кверулянтне марення; олігофренія; хвороба Альцгеймера; оніоманія, також відомий завдяки широкій педагогічній діяльності і громадянській позиції щодо профілактики алкоголізму. Серед праць із патопсихології відомий метод “рахування за Крепеліном”.

Навчався Еміль у гімназії Кароліnum у рідному Нойштреліці, де в 1874 році отримав атестат зрілості. Під впливом знайомого лікаря, друга батька, він прийняв рішення вивчати медицину. На лікаря Крепелін навчався в Вюрцбурзькому, а потім — у Лейпцизькому університеті. Будучи студентом, неодноразово відвідував психіатричні клініки, там же зацікавився психіатрією і вирішив спеціалізуватися саме в цій галузі; наприкінці 1877 року став асистентом фон Рінекера. Першу працю Крепеліна “Про вплив гострих захворювань на походження душевних розладів” відзначило керівництво Вюрцбурзького університету. Ця робота стала початком природничого крепеліновського напрямку в психіатрії. Вчений написав її під впливом свого вчителя — фон Рінекера, якого згодом згадував із вдячністю і повагою. У Лейпцигу особливо істотний вплив на Крепеліна мали лекції В. Вундта, широковідомого своєю “фізіологічною психологією”, котрий намагався точними вимірювальними способами досліджувати “душу людини і тварин”.

Психіатрична кар'єра дослідника почалася в 1877 році, коли він здобув формальну вищу освіту і в 1879 році став асистентом Б. А. фон Гудді в Верхньобаварській психіатричній лікарні в Мюнхені. Там Крепелін навчався 4 роки, приділяючи увагу нейроанатомічній роботі, але його інтереси були більшою мірою зосереджені на психології, ніж на анатомії нервової системи. Ймовірно, під час роботи з мікроскопом йому заважали проблеми із зором. Б. А. фон Гудді не задовольняла теоретична психіатрія того часу. Це підштовхувало його учня до розробки експериментально-психологічної методики для постановки діагнозу і встановлення прогнозу. У Мюнхені він познайомився з О. Форелем і Ф. Ніслем, які пізніше стали авторитетними вченими в галузі психіатрії та неврології. У той час Крепелін використовував психологічні методи Вундта для дослідження впливу на людину алкоголю, медикаментів і втоми. Серед інших тодішніх захоплень молодого вченого можна назвати астрономію, а саме — гіпотези Канта і Лапласа-Роша.

У 1882 році Крепелін перейшов працювати в клініку Флексіга в Лейпцигу. Менше ніж через 4 місяці його звільнили. Офіційною причиною було нехтування пацієнтами і погані санітарні умови у відділенні. Можна припустити, що справжньою причиною була особиста неприязнь між Флексігом і Вундтом, у лабораторії якої тоді працював і Крепелін, проводячи там більше часу, ніж у клініці. Тоді він почав працювати в клініці Вільгельма Ерба, протягом літнього семестру 1883 року викладав анатомію і фізіологію головного мозку, приділяючи особливу увагу психології (з демонстраціями), патології та лікуванню психічних розладів. Особливий наголос дослідник також робив на правових аспектах психопатології та психології злочину. У зимовому семестрі він підготував цикл лекцій з експериментальної психології, у яких розповідав про галюцинації і марення, а також про судову психіатрію з практичними вправами для лікарів та юристів.

Під час великодніх канікул у 1883 році Крепелін за порадою Вундта написав “Компендіум з психіатрії”, водночас підробляючи протягом декількох місяців у психіатричній лікарні міста Герліц. У тому ж році він закінчив габілітаційну дисертацію під керівництвом М. фон Петтенкофера й отримав звання приват-доцента. Незабаром, навесні 1884 року, дослідник переїхав до Дрездена, де став директором місцевої психіатричної лікарні, що трохи поліпшило його фінансове становище. З серпня 1884 року до квітня 1885 року Крепелін працював у психіатричній лікарні в Любежі, а наступного року

Йому запропонували кафедру в Тартуському університеті в якості наступника першого професора психіатрії Г. Еммінгхауза, який прийняв пропозицію керувати кафедрою у Фрайбурзі. Йдучи з цієї посади, останній представив раді факультету список кандидатів на залишену кафедру: першим був Л. Кірн із Фрайбурга, після нього — Еміль Крепелін (тоді — із Дрездена), К. Моелі (з Берліна) і А. Мерклін (з Риги). Ймовірно, вчена рада університету не погодилася з усіма чотирма кандидатами, оскільки вже через три дні виявилось, що Крепелін буде єдиним кандидатом на посаду професора психіатрії.

У Тарту (тоді Дерпт) вчений перебував 5 років. В інавгураційній лекції 6 вересня 1887 року він заявив про цілі, що стоять перед психіатрією, які обов'язково повинні були досягатися насамперед у союзі з експериментальною психологією. Багато праці Крепелін присвятив організації клініки; диспонуючи скромними засобами, створив психологічну лабораторію. Водночас він розпочав інтенсивну наукову роботу, його учнями та асистентами стали Е. Р. Міхельсон, Л. Л. Дарашкевіч, Г. Дехіо, А. Бер, А. Бертелс та ін.

Від самого початку перебування в Дерпті Крепелін бачив навколо себе царську бюрократію, культурну ізоляцію прибалтійських німців, а незнання російської мови заважало йому в контакті з хворими (спілкувався з ними через помічників). Тому, отримавши 9 листопада 1890 року запрошення очолити кафедру в Гейдельберзькому університеті, він одразу погодився. У 1891 році він став керівником Університетської психіатричної клініки великого герцога Баденського в Гейдельберзі в якості наступника К. Фюрстнера. Його асистентами та учнями в той період були Г. Ашаффенбург, Р. Гаупп, М. Урстейн і Е. Рюдін, близьким співробітником став А. Альцгаймер.

Тут вчений продовжував займатися експериментальною психологією, все більше ускладнюючи експерименти. На відміну від лейпцизьких досліджень, пов'язаних в основному з органами чуттів, Крепелін досліджував вищу нервову діяльність: розумову роботу і вплив на неї тренувань, втомлюваність, коливання уваги і дію алкоголю. Також він вивчав зміни нервових клітин під впливом зовнішніх факторів і динаміку психопатологічної картини різних хвороб. Крепелін був рішуче проти статичної психіатрії і шукав динамічну і генетичну структуру психозів: “Приклад прогресуючого паралічу повинен нас навчити, що не існує патогномонічних симптомів в області психозів, і тільки вся клінічна картина в її сукупності, протягом усього розвитку від початку до кінця, може дати нам право на об'єднання цього спостереження з іншими однорідними випадками... Еволюція і наслідок хвороби строго відповідають її біологічній сутності. Класичним прикладом залишається прогресуючий параліч. Слід шукати інші захворювання”. (4-те видання підручника з психіатрії за авторством вченого).

У той же період почалася відома полеміка між Крепеліном і Г. Ціеном, який у 1894 році видав підручник “Психіатрія”, ґрунтуючись на суто симптоматичній точці зору. Крепелін висунув такий постулат:

“Душевна хвороба являє собою... закономірний біологічний процес, що розділяється на кілька видів, кожен з яких має певну етіологію, характерні фізичні та психічні ознаки, типові перебіг і патологоанатомічну основу і тісно пов'язаний з самою сутністю хворобливого процесу”. (5-те видання його підручника “Психіатрія”, 1896 р.).

Таким чином він остаточно відкинув симптоматичну психіатрію, що давало можливість, по-перше, прогнозувати захворювання, по-друге, ставити точний діагноз. Таку психіатричну систему часто означають як практичний емпіризм.

У 1903 році Крепелін очолив кафедру психіатрії в Мюнхенському університеті, вільну після раптової смерті Антона Бумма. Ймовірно, він був розчарований безперспективністю спроб поліпшити умови утримання пацієнтів у гейдельберзькій клініці. До Мюнхена також переїхали Альцгаймер, Гаупп, Нітше, а пізніше — Лотмар і Аллерс.

У 1908 році Крепеліна обрали членом Шведської королівської академії наук. У наступному році він став почесним членом британської Медико-психологічної асоціації. У 1915 році дослідник завершив останнє (8-ме) видання свого підручника. Величезне за розміром (3000 сторінок), із великою кількістю клінічного матеріалу, воно було небаченим у психіатрії виданням за авторством однієї людини. Ю. Каннабіх так охарактеризував його: “Таку працю міг створити тільки Крепелін: у нього була виняткова цілеспрямованість, здатність до найсильнішої концентрації на головному при повній відсутності відволікань. Життя і робота стали для нього єдиним цілим”.

Ще в 1912 році вчений запропонував створити науково-дослідний інститут психіатрії при Німецькій психіатричній асоціації. У лютому 1917 року за сприяння Людвіга III Баварського він заснував Німецький дослідний інститут психіатрії, пізніше об'єднаний з Товариством кайзера Вільгельма (нині — Інститут психіатрії Макса Планка).

У 1920 році Крепелін отримав звання почесного доктора відділення фізіології Кенігсберзького університету. Він перебував у Мюнхені аж до своєї відставки в 1922 році. Серед його співробітників у Мюнхені можна назвати Гауппа, Альцгаймера, Рюдін, Штерца, Кана, Іссерліна, Плаута. З нагоди 70-річчя від дня народження було видано два зібрання праць учнів Крепеліна. Водночас він займався прибутковою приватною практикою. Так, серед його пацієнтів був американський винахідник і мультимільонер Сайрус МакКормік. З 1922 року вчений став директором Німецького дослідницького інституту психіатрії. У 1925 році Крепелін отримав у США фінансування з боку Фонду Рокфеллера для спорудження нової будівлі інституту. До його відкриття він не дожив.

Крепелін захоплювався мистецтвом: музикою, театром і живописом. Писав вірші, які, однак, публікувати не хотів. На куплений в 1902 році земель в місцевості Суна під Вербанією на озері Маджоре він побудував віллу, в якій проводив багато місяців разом з сім'єю. Ще однією його пристрастю були подорожі. Вчений відвідав Яву, Цейлон, Індію, Єгипет, Стамбул, Францію, країни Скандинавії, Великобританію, Іспанію, Канарські острови, СРСР (Ленінград), Мексику і США (1908 і 1925 роки). Він настільки був захоплений подорожами, що в листі братові Карлу від 27 січня 1905 року писав: "Нині в мене тільки одна мета — заробити стільки грошей, щоб я без проблем міг поїхати, куди хочу".

Крепелін був циклотиміком і в останні роки життя страждав на депресію. З 1895 року дослідник не пив спиртного, був противником куріння. На тему алкоголізму він написав 19 наукових праць. Алкогольні напої були суворо заборонені в мюнхенській клініці Крепеліна. Пацієнти отримували напій за спеціальним рецептом: "ігристе вино (насправді — лимонад) Крепеліна".

Його стосунки із співробітниками були прохолодними. Дружні взаємини у Крепеліна були зі старшим на 20 років Вільгельмом Вундтом; вони тривалий час інтенсивно листувалися. Вундт неодноразово допомагав Крепеліну в кар'єрному просуванні. Сильний вплив на вченого мав брат Карл. Завдяки збереженій кореспонденції та дослідженням їх зв'язків відомо, що старший брат домінував у стосунках. Саме він зацікавив молодшого брата біологією. Навіть припускають, що часто використовувана біномінальна номенклатура психічних захворювань, яку ввів Еміль Крепелін, впливає з читання таксономічних праць Карла, який займався, серед іншого, класифікацією моллюсків і моховаток.

У 1926 році Крепеліну виповнилося 70 років, однак він не відзначав свій ювілей, відмовився від шанування друзями та учнями, і святкування не відбулося. Влітку 1926 року дослідник готувався до нової поїздки в Ост-Індію і відпочивав на озері Маджоре. Там він планував зайнятися порівняльною психіатрією зі своїм учнем І. Ланге. У серпні Крепелін вперше відчув себе зле. Це змусило його відкласти подорож. Ніхто ще не знав, що відбутися їй так і не судилося. За три дні до смерті він продиктував передмову до 9-го видання власного підручника з психіатрії і закінчив редакцію 2-го тому. Перед смертю вчений розпорядився поховати його без офіційних пишних заходів найближчими людьми. Помер науковець 7 вересня 1926 року в Мюнхені від грипу, ускладненого запаленням легень. Його поховали на гейдельберзькому кладовищі Бергфрідхоф. На могилі епітафія: "Твоє ім'я можуть забути. Не дозволяй, щоб забули про твої справи".

2. ДОСЯГНЕННЯ

2.1. Класифікація психічних захворювань

Еміль Крепелін більшість своїх наукових праць присвятив ідеї створення класифікації психічних захворювань. Передували його нозологічній теорії два переломних моменти в німецькій психіатрії 60–70-х років XIX століття. По-перше, це занепад теорії єдиного психозу Зеллера і Грізінгера завдяки роботам Кальбаума та Геккера. По-друге, це критика невропатологічних теорій Флексіга і Майнерта, спроби яких пов'язати патоморфологічні зміни з психічними розладами значна частина психіатрів (зокрема і Крепелін) вважали непереконливими і позбавленими підстав.

Методологічною основою для теорії Крепеліна стали відкриття в галузі мікробіології, які вперше дали можливість виявити конкретного збудника багатьох захворювань, наприклад холерного вібріона (1854 р.), малярійного плазмодія (1880 р.) або палички Коха (1882 р.). Вчений застосовував лінійний етіологічний принцип у психіатрії. Він вважав, що окрема нозологічна одиниця повинна відповідати таким критеріям: єдина причина, однакові симптоми, клініка, наслідок та аналогічні патологоанатомічні зміни.

Ці дослідження ґрунтувалися на психологічних експериментах, розпочатих Вундтом, і на конкретних, багаторічних катамнестичних спостереженнях. Науковець збирав сотні історій хвороби та піддавав їх системному аналізу, використовуючи в тому числі діагностичні карти, створені ним самим. Від Кальбаума він сприйняв концепцію групи хвороб і психіатричного перебігу хвороби.

Перше видання Крепеліна, що містить запропоновану ним класифікацію психічних хвороб, було опубліковано видавництвом Амвросія Абеля в Лейпцигу (1883 рік). Друге видання під зміненим

заголовком “Психіатрія: короткий підручник для студентів і лікарів” видали в 1887 році. Проривом було 6-те видання від 1899 року, якому передувала лекція в Гейдельберзі 27 листопада того ж року. У ній дослідник зробив радикальне спрощення класифікації психічних розладів, розділивши їх на психози з прогресуючим перебігом і афективні психози з періодичним або циклічним перебігом. Так звана Крепелінівська дихотомія знайшла відображення в критеріях DSM-III (3-тя редакція Керівництва з діагностики і статистики психічних розладів) і пізніших класифікаціях. Досі існуюча класична нозологічна концепція означається (особливо щодо групи американських психіатрів, які працювали над DSM-IV) як неокрепелінівська. Під час поточної роботи над DSM-V і МКХ-11 дискусії про її доцільність тривають ще й досі.

У 12-му виданні підручника з психіатрії (1927 р.) класифікація вченого набула такого вигляду:

I. Психічні захворювання, викликані черепно-мозковими травмами.

II. Психічні захворювання, викликані захворюваннями головного мозку.

III. Отруєння.

IV. Психічні розлади під час інфекційних захворювань.

V. Сифілітичні психози.

VI. Паралітичне недоумство.

VII. Психічні захворювання на фоні атеросклерозу, передстаречого і старечого віку.

VIII. Психічні захворювання, викликані ендокринними факторами (тиреогенний психічний розлад).

IX. Ендогенна деменція.

X. Епілептичне божевілля.

XI. Маніакально-депресивний психоз.

XII. Психогенні розлади.

XIII. Істерія.

XIV. Божевілля.

XV. Вроджені хворобливі стани.

XVI. Психопатичні особистості.

XVII. Загальна затримка психічного розвитку.

Лінійний нозологічний принцип Крепеліна у зв'язку з істотним розширенням відомостей про причинно-наслідкові зв'язки в дечому перестав відповідати науковим поглядам на етіологію та патогенез ще за життя вченого. Врахувавши критику його нозологічної концепції, науковець запропонував вчення про реєстри. Спочатку він вважав, що кожному екзогенному етіологічному чиннику відповідає певний синдром, наприклад, кожен інфекційний збудник викликає психоз із характерними тільки для нього проявами. Тому Крепелін приділяв дуже велику увагу їх пошуку. Перегляду цих ідей сприяли праці сучасників ученого Бонхеффера і Гохе. Перший з них вважав, що клініка психічних розладів мало залежить від окремого етіологічного фактору. Він вирізняв сильні і слабкі шкідливості; перші, на його погляд, викликали екзогенний тип реакцій, другий — ендогенний. Екзогенні реакції, своєю чергою, також не вирізнялися специфічністю і включали делірій, аменцію, сутінковий стан, епілептичне збудження і галюциноз. Гохе також сумнівався в нозологічній специфічності синдромів. Він писав, що синдроми відображають заздалегідь існуючі реактивні можливості головного мозку, розглядаючи їх як “преформовані реакції”.

У 1920 році у своїй статті “Форми прояву божевілля” і в доповіді на з'їзді німецьких психіатрів Еміль Крепелін виклав свої нові погляди на класифікацію психічних розладів. Він стверджував, що психічна діяльність, а отже, і психічні хвороби, розвиваються пошарово, залежно від екзогенних причин, а також від статі, віку, етнічних та інших факторів. Дослідник порівняв синдроми психічних хвороб із “реєстрами своєрідного органа”. Він також вважав, що клініка хвороби залежить тільки від сили і поширення патологічних змін, а не від конкретної причини. Головний мозок має “заздалегідь приготовлений характер реагування”, і саме він визначає симптоми хвороби залежно від ступеня ураження. Тому вчений стверджував, що “шкідливі чинники” не створюють, а включають нові синдроми. Таким чином, Крепелін визнав важливість дослідження синдромів і саме поняття “синдром” сформулював так: “Закономірне поєднання симптомів, яке, не будучи ідентичним з певним хворобливим процесом, однаково або відрізняючись несуттєвими деталями, трапляється при різних захворюваннях”.

З Альфредом Гохе він погодився і в поглядах на патогенез синдромів, який більшою мірою залежить від внутрішніх особливостей організму людини, а не від етіологічного чинника, що його викликає. Таким чином, Еміль Крепелін сприйняв ідеї про синдром як преформовану (заздалегідь сформовану) форму реакції. Відповідно до цієї концепції, преформування складається з двох груп факторів:

1. Індивідуальні — онтогенез, вік, стать, спадковість.

2. Загальноендогенні — те, що в процесі філогенезу позначилося на психіці й виникає при її порушенні.

Своє вчення про реєстри науковець розвинув, відштовхуючись від теорії Д. Джексона про поширену будову психіки. Найважливіші синдроми Крепеліна розділив за тяжкістю на три групи:

1. Легка група: істеричний, імпульсивний, емоційний, параноїдний і деліріозний синдром.
2. Середня група: шизофренічний і вербально-галюцинаторний синдром.
3. Найтяжча група: епілептичний, олігофренічний і дементний синдром.

Синдроми можна комбінувати один з одним і між реєстрами. Окремий синдром представляє один період безперервного розвитку хвороби.

2.2. Концепція “*dementia praecox*”

У працях Крепеліна поняття “*dementia praecox*” (раннє слабоумство) зазнало істотної еволюції. Воно вперше з’явилося в термінології французького психіатра Мореля, в німецькій психіатричній літературі його запровадив Пік. Крепелін вперше вжив цей вираз у IV виданні свого підручника (1893 р.), спочатку охоплюючи лише випадки, котрі раніше визначалися як “гебефренія”. У V виданні (1896 р.) цей вузький підхід був відкинутий, а концепція прогресуючого слабоумства включила власне раннє слабоумство, описане Морелем, гебефренію, кататонію та хронічні маячні психози.

Сам термін “прогресуюче слабоумство” свідчить про особливе ставлення до цього процесу Крепеліна. Якщо автор вчення про кататонію Кальбаум вважав, що від неї можна остаточно вилікуватися, то Крепелін вказував на незворотність процесу. На його думку, навіть якщо синдром практично редукувався, досвідчений психіатр все одно зможе помітити незворотні, патологічні, об’єктивно помітні зовнішні зміни. Вони підтверджують внутрішні зміни, що погіршують суспільно-трудова цінність пацієнта. Кататонічне слабоумство, за Крепеліном, не вторинний, випадковий, несприятливий результат хвороби, який в інших умовах міг би закінчитися інакше, як казали догмати старої психіатрії. Воно пов’язане з самою біологією процесу, його сутністю. Це ж стосується і гебефренії та інших синдромів, а також — окремих хвороб, що неминуче призводять до одного і того ж результату — деменції.

27 листопада 1898 року в Гайдельберзі відбувся 29-й з’їзд психіатрів південно-західної Німеччини. На ньому Еміль Крепелін виступив із доповіддю “Про діагноз і прогноз *dementia praecox*”. Вчений розмежовував цей діагноз із циркулярним психозом. Він диференціював загальмованість при депресії і негативізм при ранньому слабоумстві, демонструючи це на прикладі кількох пацієнтів. Одна пацієнтка з попереднім діагнозом “циркулярна депресія”, крім загальмованості, демонструвала гримасування, манірність, вербігерацію і безглуздий сміх. У другого пацієнта з нібито меланхолією спостерігалися кататонічний ступор, мутизм, негативізм, ехололія, ехопраксія, ідеї переслідування, афективне сплюснення, а безпосередньо на момент з’їзду в нього, після виходу з цього стану, залишилася афективна тупість, марення величі й манірність зі слабкістю судження. У третьої хворої з діагнозом “параноя” також виявили афективну тупість, манірність і безглуздий сміх.

Тоді на з’їзді більшість учасників були противниками Крепеліна. Проте з часом все більше психіатрів оцінили простоту класифікації, можливість прогнозу і почали переходити на нову позицію.

У той період науковець вивчав тільки “ядерні” форми того, що пізніше назвуть “шизофренією”. Крім того, він вважав, що раннє слабоумство обов’язково починається в юнацькому віці і призводить до глибокого дефекту особистості та органічних змін головного мозку. З 1908 року таку концепцію розвинув Блейлер, власне, автор поняття “шизофренія”.

З ім’ям цього дослідника пов’язано розширення меж захворювання. На відміну від Крепеліна, Блейлер вважав основними критеріями шизофренії не перебіг і результат, а симптоматику: розщеплення особистості (схізис), аутизм, специфічне порушення мислення, амбівалентність і деякі інші, основні, на його думку, особливості шизофренічного психозу, які, по суті, були результатом застосування психоаналізу до спостережуваних клінічних розладів із психопатологічною інтерпретацією. За Блейлером, слабоумство як наслідок не може бути загальним критерієм групи — перебіг хвороби абсолютно непередбачуваний, і неможливо прогнозувати, яким буде кінцевий стан.

На сьогодні ряд психіатрів поділяє з цього приводу позицію Блейлера, але не Крепеліна. Думка про шизофренію як про прогресуюче недоумство не підтверджується багатьма дослідженнями — і при використанні нейровізуалізації, і при дослідженнях когнітивних функцій. Найчастіше особи з цим діагнозом мають можливість досягти тривалої ремісії й функціонального відновлення, і когнітивні функції таких пацієнтів, мабуть, не погіршуються з часом (хоча для них і характерний досить значний когнітивний дефіцит порівняно зі здоровими людьми).

Крепелін виділяв такі форми шизофренії: кататонічну, гебефренну, просту і параноїдну форму, виділену пізніше за інших. Надалі він також розглядав циркулярну, іпохондричну, неврозоподібну та

інші форми. Вчений вважав, що деякі з них відрізняються чітким прогресивним типом перебігу, зокрема — циркулярна, депресивно-параноїдна, ажитована періодична і захворювання з систематизованим маренням із групи парафренного. Пізніше науковець переглянув свої погляди на час початку захворювання, припускаючи розвиток маячних психозів у більш пізньому віці з їх поділом на більш тяжкі, прогресуючі з наявністю несистематизованого марення і кататонії та більш легкі, що посідають місце між тяжкими формами і парафренними. Класифікація форм шизофренії, прийнята Крепеліном, знайшла істотне відображення в деяких сучасних класифікаторах, наприклад МКХ-10, а в США була виключена остаточно лише з 5-ї редакції DSM (2013 р.).

У 1912 році дослідник частково переглянув концепцію параноїдної шизофренії. Він виділив окрему групу парафренії, розділивши її, своєю чергою, на систематичну, експансивну, конфабуючу і фантастичну. Така класифікація була симптоматичною, тому її активно критикували як прихильники вченого, так і його супротивники. З одного боку, Крепелін, згідно з власним принципом, розділив хворобу на більш дрібні групи. З іншого, це змусило переглянути нозологічну систему класифікації, шукати нові критерії для неї та стало поворотним моментом у теоретичній психіатрії.

Майже від самого початку досліджень науковець не заперечив того, що раннє слабоумство може бути в істинному, буквальному розумінні не просто нозологічною одиницею, а скоріше збірною групою, до якої, крім кататонії, гебефренії і параноїдного недоумства, входять й інші хворобливі процеси, розмежування яких буде можливе з часом.

У 1913 році Крепелін включив до раннього слабоумства афективно-маячні приступоподібні форми, що, на відміну від маніакально-депресивного психозу, призводять до дефекту особистості. У сучасній класифікації їх визначають як шизоафективні розлади. У тому ж році як окрему форму шизофренії він виділив шизофазію, тепер визнану окремим симптомом.

Етіологією раннього слабоумства дослідник вважав ендокринні та обмінні порушення, а саме — автоінтоксикації субстанціями статевого походження. Він присвятив багато уваги симптоматології шизофренії, також описав симптом, названий ним словесним “салатом”. Крім того, вчений ще в 1906 році в науковій роботі “Про розлади мови під час сну” систематизував інші розлади мови, подібні, на його думку, до аналогічних при шизофренії.

Серед можливих варіантів психодекретних станів Крепелін розглядав 8 типів із переважанням позитивних або негативних симптомів: просте, галюциаторне, параноїдне слабоумство, недоумство з “розірваністю плин думок”, тупе, придуркувате, манірне і негативістичне недоумство. Тривалий час на цих принципах створювалися інші класифікації. Водночас, починаючи з 1970-х років, ліпшою моделлю для вивчення є дефект із переважанням негативних розладів.

Серед особливих форм хвороби науковець досліджував шизофренію, яка виникає на тлі розумової відсталості у дітей. Одним з її типів він вважав хворобу Геллера (лат. *dementia infantilis*), яку тепер прийнято вважати одним з розладів аутистичного спектра. Дослідник активно дискутував з Вейгандтом, який вважав, що цей розлад викликано органічним ураженням мозку.

Поняття “параноя” на початку наукової діяльності Крепеліна було вкрай широким, і тенденція до розширення тривала і надалі. З доповіді Крамера, яку він зробив у 1893 році: “Параноя є простим функціональним психозом, який характеризується захворюванням пізнавальної здатності, тоді як афект відіграє тут другорядну роль”.

Це визначення дозволяло включити до складу параної багато симптомів і синдромів, зокрема й делірій. Отже, в епоху симптоматологічно-дескриптивної, донозологічної психіатрії параної відводилося ключове місце в психіатричній класифікації. Однак цей підхід не узгоджувався з концепцією Крепеліна, оскільки суперечив практичному емпіризму: одна і та ж сама хвороба мала відмінні прояви й абсолютно різний результат. Спочатку вчений включив параною до складу *dementia praecox*. При подальшому розвитку своєї класифікації в 1912 році він виділив параною окремо, класифікуючи такі монотематичні систематизовані види марення при цій хворобі: переслідування, ревнощів, винаходів, походження, релігійне та еротичне. Від групи параної дослідник відділив кверулянтне марення, зарахувавши його до психогенних розладів, а саме — “випадкових” (реактивних) психозів. Він означив параною як первинний розлад інтелекту, характерними особливостями якого є, незважаючи на тривалий перебіг, відсутність галюцинацій, стійкість і незмінність системи марень, достатнє збереження емоцій. Відсутність заключного недоумства є однією з головних відмінностей. У результаті з’ясувалося, що параноя є досить рідкісним захворюванням і, за даними самого Крепеліна, становить близько 1% від усіх психічних розладів. Етіологічним фактором у розвитку цього порушення він вважав спадковість, психічні травми й особливості особистості хворого. Решта розладів, близькі до параної, були залишені в

групі раннього недоумства (його параноїдної форми) або парафренії. У МКХ-10 параною і деякі інші близькі до неї хвороби також прийнято розглядати окремо від шизофренії — як хронічні маячні розлади.

2.3. Концепція маніакально-депресивного психозу

Групу афективних розладів Крепелін почав вивчати в кінці XIX століття. Тоді точилася дискусія про те, чи є повторні маніакальні або депресивні епізоди розладу його рецидивами або ж періодичними загостреннями. Окремо розглядали манію і меланхолію, у проміжку між нападами яких пацієнт нібито абсолютно здоровий, а також періодичні психози, при яких у стані ремісії можна виявити деякі неврологічні і психопатологічні симптоми легкого ступеня. Періодичні психози, згідно з цією гіпотезою, можуть бути центрального (ендогенного) і периферичного походження (внаслідок неврологічного, соматичного захворювання або психічної травми при схильності до таких реакцій). Докладно розглянув цю концепцію в монографії “Періодичні психози” в 1878 році Л. Кірн. Представники німецької школи психіатрії, зокрема Г. Шюле, диференціювали епізодичні і рекурентні (періодичні і циркулярні) афективні психози, допускаючи існування проміжних форм. Водночас французькі психіатри, наприклад В. Маньян, схилилися до думки, що існують тільки періодичні афективні психози, що перебігають за типом рецидивів, у проміжках між якими мозок людини здоровий, і що визнання німецькою школою рекурентних форм пояснюється присутністю серед обстежених великої кількості “дегенератів” з вродженими психічними розладами.

У 4-му виданні свого “Підручника психіатрії” Крепелін розглядав циркулярний психоз з точки зору, прийнятої в німецькій школі психіатрії, підтримуючи гіпотезу Шюле і вчення Кірна. Він стверджував, що періодичні психози є єдиним станом з періодичними проміжками, а не рецидивами хвороби, і що в періоди ремісії завжди можна знайти елементи психопатології. Вчений підтримував поділ афективних психозів на центральні та периферичні.

У 5-му виданні дослідник висунув власну гіпотезу циркулярного психозу. Він переглянув діагностичні критерії манії. З 1000 хворих, оглянутих лікарем, тільки в одного вона проявилася лише один раз, у решти ж була початком періодичної хвороби, тому він вважав недоцільним виділяти її як окремий розлад. Завдяки Крепеліну медики відмовилися від застарілих ідей про меланхолію: “Стара клінічна картина меланхолії, безсумнівно, одна з найстаріших у всій психіатрії, мабуть, абсолютно зникне як форма хвороби” (передмова Крепеліна до монографії Дрейфуса).

Її почали діагностувати як окрему хворобу тільки при інволюційній депресії. Було зроблено висновок, що в молодості меланхолія — не окрема нозологічна одиниця, а передвісниця або один з етапів циркулярного психозу. Окремо дослідник розглядав випадки продромального періоду *dementia praecox*, які він вважав станом, подібним до меланхолії, але не тотожним їй. Науковець розділив всі періодичні психози на маніакальні, депресивні і циркулярні. При цьому він став сумніватися в існуванні циркулярної манії й депресії як окремих хвороб, вважаючи їх формами одного циркулярного психозу. Крім того, він створив теоретичний прообраз станів, які в сучасній психопатології вважаються атиповими формами манії і депресії.

У 6-му виданні “Підручника психіатрії” (1899 р.) Крепелін остаточно відмовився від уявлень про окрему циркулярну манію й окрему депресію, а циркулярний психоз, межі якого були розширені за рахунок включення цих станів, назвав маніакально-депресивним. Вчений вважав, на відміну від перших дослідників цього стану Ж.-П. Фальре, Ж. Баярже, а також Л. Кірна, що регулярність періодичних нападів не принципова (вони можуть повторюватися як безпосередньо один після другого, так і через 10 і більше років). Єдиною нозологічною одиницею маніакально-депресивний психоз Крепелін вважав у зв'язку з спільністю спадковості і фазно-періодичного перебігу афективних розладів. Також у процесі дослідження останніх у 1899 році науковець виділив циклотимію, як окрему нозологічну форму непсихотичного рівня.

Еміля Крепеліна підтримали німецькі психіатри Вейгандт, Нісль, Гаупп, Фурман і Ешле, у Великобританії — Петон, у Російській імперії — Бехтерев, Бернштейн і Суханов. Серед нечисленних послідовників Крепеліна у Франції були Дені і Камю. Його концепція маніакально-депресивного психозу в остаточному вигляді (1926 р.) і досі є основою для сучасних критеріїв діагностики цього захворювання.

2.4. Органічні психічні розлади (епілепсія, деменція) і розумова відсталість

Психіатри, зокрема й німецькі, до початку досліджень Крепеліна накопичили великий матеріал про психічні розлади при епілепсії. Найповніший опис психічних еквівалентів цього розладу до того часу зробив П. Замт, узагальнивши їх у своїй праці “Форми епілептичного божевілля”. Згідно з його вченням, епілептичні психози є своєрідним еквівалентом судомного нападу, для їх діагностики наявність в анамнезі судом не є обов'язкова. Спираючись на дані попередників і власні спостереження, Крепелін

зробив у дослідження епілепсії істотний внесок. Докладно описавши зміни особистості таких хворих, вчений розглядав їх як первинні симптоми, які можуть проявлятися до початку судомних нападів, і вважав їх присутність обов'язковим для діагностики хвороби. Також науковець досліджував хронічні епілептичні психози з галюцинаторно-параноїдною і кататонічною симптоматикою. Крепелін підтримував ідею Замта про те, що так звана *mania transitoria* (лат. — скороминуша манія), що виявляється лабільністю емоцій, сутінковими порушеннями свідомості, делірієм, афектами страху і гніву зі схильністю до актів руйнування, насправді є психопатологічним еквівалентом судомних нападів. Розширивши визначення епілептичного психозу, школа Крепеліна включила в нього майже всі випадки дипсоманії, скороминушу депресію, кверулянтні спалахи і невмотивовану агресію. Однак розпливчастість таких критеріїв з часом змусила дослідника переглянути свої позиції.

У 1907 один із співробітників Крепеліна, А. Альцгаймер, описав специфічну хворобу головного мозку, яка починається в передстаречому віці з тотальної деменції і супроводжується явищами афазії, апраксії і агнозії. Він виділив її характерні нейроморфологічні ознаки у вигляді скупчень амілоїдних бляшок і нейрофібрилярних клубків. Спочатку Альцгаймер вважав, що це захворювання відрізняється від сенільної деменції. Підтримуючи його точку зору, Крепелін у 8-му виданні свого “Керівництва з психіатрії” запропонував назву “хвороба Альцгаймера” і виділив розлад в окрему нозологічну одиницю. Слід зазначити, що в 1911 році сам Альцгаймер спростував свою колишню точку зору, ідеї Крепеліна та інших авторів, вважаючи цей розлад атиповою формою сенільної деменції. На сьогодні питання нозологічної самостійності цієї хвороби остаточно не вирішене.

Еміль Крепелін також зробив величезний внесок у розуміння вродженого слабоумства з точки зору його етіології, анатомії та фізіології. У своїй класифікації психічних хвороб він першим виділив групу розладів “Загальна затримка психічного розвитку”. Вона, однак, була дуже різноманітна і включала не лише сучасні класифікаційні одиниці розумової відсталості, а й причини, що до неї призводять (наприклад, монголізм). Крім того, дослідник першим увів термін “олігофренія”.

2.5. Наркологія

Істотний внесок дослідник зробив у вивчення залежностей, насамперед алкоголізму. Будучи переконаним непитушим, він написав 19 праць про цей стан. Зокрема, вивчаючи алкоголізм у жінок, Крепелін вважав, що при його поширенні “нашим нащадкам буде загрожувати повна загибель”, і цього не сталося лише тому що, за його спостереженням, жінки “майже не причетні до алкоголю”. У пацієнтів, які страждають на морфінізм, він одним з перших встановив наявність порушень невротичного регістру у вигляді астеничного синдрому, який проявляється погіршенням пам'яті, стомлюваністю, нездатністю до цілеспрямованої діяльності й невисокою продуктивністю розумової праці, особливо творчої, яку, проте, певний час може підтримувати саме вживання морфіну. Описуючи абстинентний синдром при залежності від морфію, науковець зазначав, що наявність у таких хворих судом або психотичних явищ свідчить про попереднє зловживання алкоголем, що узгоджується з сучасними дослідженнями. У працях Крепеліна відзначена швидша психічна деградація хворих, залежних від кокаїну, порівняно з морфіністами й алкоголіками.

2.6. Культурна, судова та соціальна психіатрія. Історія психіатрії

Дата публікації вченим у 1904 році праці “Психіатрія Яви” (нім. “*Psychiatrisches aus Java*”) вважається днем народження транскультурної психіатрії (етнопсихіатрії). Під час поїздки на острів Яву дослідник вивчав психічні хвороби в аборигенів. Він встановив, що при розвитку у представників місцевого населення *dementia praecox* афективні, кататонічні симптоми і слухові галюцинації трапляються рідше, а сплутаність свідомості і “балакуче слабоумство” — частіше, ніж у хворих з Європи.

Крепелін також вивчав судову психіатрію. Ще в молодості (1880 р.) він написав працю “Про скасування заздалегідь встановлених термінів покарання”. У 1906 році вчений завершив свою відому роботу “Злочин як соціальна хвороба”. Цими творами він зробив величезний вплив не тільки на німецьку, а потім і світову судову психіатрію, а й на юриспруденцію, зокрема, завдяки ідеї про умовне засудження малолітніх злочинців. Завершив розробку проекту Крепеліна про судову медицину його учень Г. Ашафенбург. У статті “Психіатричні завдання держави” він торкнувся питань суспільної психіатрії. Серед праць Крепеліна з історії психіатрії варто назвати книгу “Сто років психіатрії”. У ній він описав прогрес у цій науці за останнє століття та накреслив плани на її майбутнє.

2.7. Організація охорони здоров'я, соціальна гігієна і євгеніка

Дослідник відіграв велику роль у русі психіатрів за необмеження душевнохворих у Німеччині. Після реформ Пінеля, Коноллі та інших психіатрів-гуманістів того часу стало очевидним обов'язкове створення належних умов для утримання та лікування таких пацієнтів. Відповідно, у другій половині XIX століття почалося будівництво психіатричних лікарень згідно з науковими поглядами того часу.

Крепелін взяв активну участь у розробці рекомендацій щодо їх створення та запровадження своїх ідей у практику. При будівництві психіатричного госпіталю більш придатною він вважав павільйонну (децентралізовану) систему розміщення будівель із загальною організацією за типом лікарні загального профілю. Крім того, вчений вважав за необхідне спорудження на їх території житла для лікарів і молодшого медичного персоналу. Він виступав проти створення “лікарень-мамонтів” потужністю понад 2000 ліжок, вважаючи, що ними важко керувати і в них незручно здійснювати спостереження за хворими. Водночас створення лікарні маленького розміру сприятиме наближенню медичної допомоги до житла пацієнта і його родичів. У його клініці в Гейдельберзі, по-перше, відмінили механічне обмеження пацієнтів, а по-друге — скасували ізолятори. Школа Крепеліна підтримувала постільний режим для всіх хворих, у тому числі з психомоторним збудженням. Науковець активно розвивав вчення про гарячі водні ванни з метою заспокоєння пацієнтів. Також він був прихильником жіночого догляду за хворими.

У пізні роки своєї діяльності вчений займався питаннями соціальної гігієни, організації охорони здоров'я та еugenіки. Його підтримку “теорії дегенерації” і політичні погляди критикували як такі, що мали “відтінок протофашизму”. Дискусія з цього приводу була предметом окремих праць і полемік. Будучи переконаним соціал-дарвіністом, Крепелін став палким прихильником утримання від алкоголю й активно заохочував дослідницькі програми з еugenіки та расової гігієни. Він був дуже занепокоєний впливом міського життя на психічне здоров'я і вважав, що такі інститути, як держава загального добробуту і система освіти, — оскільки вони, як правило, порушували процеси природного відбору, — підірвали в німців біологічну “боротьбу за виживання”. Дослідник вважав, що психіатрична наука допоможе пом'якшити згубні наслідки сучасної цивілізації.

К. Дьорнер зазначав, що крепелінівська психіатрія була вибором на користь природничо-наукової позиції при ігноруванні гуманітарної точки зору; таке спрощення і гіпотеза про невиліковність психічних розладів, мабуть, забезпечили природно-наукове виправдання соціал-дарвіністських цілей під час існування Третього Райху, тому психіатри, які організували і проводили стерилізацію й евтаназію, вірили в свою правоту, відчуючи себе під захистом наукової істини.

2.8. Психофармакологічні праці

3 новаторських праць Крепеліна з фармакології психічних розладів можна назвати його спостереження, опубліковані в роботі “Про вплив деяких ліків на ординарні психічні процеси” (1892 р.). Ця монографія підсумовує психофармакологічні дослідження науковця в Лейпцигу і Гейдельберзі, де вивчали вплив на людину алкоголю, бромиду, морфію, паральдегіду і хлоралгідрату. Це перша монографія про психофармакологію людини у світовій літературі.

2.9. Інші досягнення

Ще на початку своєї кар'єри Крепелін ввів термін “парамнезія”. У 8-му виданні свого підручника (1910 р.) він почав широко використовувати введений в психіатрію Е. Морселлі термін “дисморфофобія”; у тому ж виданні застосував термін “хвороба Альцгеймера”. Науковець увів в обіг медичний термін “оніоманія” для означення патологічного потягу до покупок.

Також вчений розглядав проблеми істерії. Крепелін стверджував, що при цьому стані проявляються примітивні рудиментарні оборонні рухи. Так, учений на основі вчення Дарвіна заклав основи біологічної психіатрії.

Після нього залишилося багато епонімів:

1. Класифікація (система) Крепеліна — класифікація психічних захворювань відповідно до симптомів, етіології та перебігу. Виділяються дві основні групи розладів: маніакально-депресивного та шизофренічного спектра. Нині не використовується, проте відіграла важливу роль у розвитку МКХ і DSM.

2. Синдром (тривожний невроз) Крепеліна — застарілий, вже не використовуваний термін. Гострий психогенний розлад (травматична іпохондрія або невроз) — захворювання внаслідок масивного психосоціального стресу. Концепція була більш поширена у французькій школі психіатрії, ніж у німецькій.

3. Застарілі назви хвороб, які не входять у сучасні класифікації:

А. Хвороба Крепеліна I — систематизоване марення без деменції або галюцинацій. Вчений вважав його окремим розладом.

В. Хвороба Крепеліна II — понопатія. Невроз, наприклад неврастенія, викликаний напруженою діяльністю.

4. Хвороба Крепеліна — злякисна пресенільна меланхолія. За МКХ-10 — неуточнена деменція з іншими симптомами, переважно депресивними: F03.33.

3. ВИСНОВКИ

У другій половині 1900-х років Мюнхенська клініка під керівництвом Еміля Крепеліна стала всесвітньою відомою. Сюди з'їжджалися лікарі-психіатри як із Західної Європи, так і з Російської імперії і навіть Японії. Лекції на теми психіатрії, гістопатології мозку, цитоархітекτονіки кори, спадковості та евгеніки, психотерапії, серології, психічної хімії та неврології читав сам вчений, його знамениті співробітники та учні. Курси тривали 6 тижнів, після чого відбувалися поїздки в Габерзее й Ельфінг — зразкові психлікарні біля Мюнхена.

Еміль Крепелін неодноразово номінувався на Нобелівську премію з фізіології або медицини: в 1909 р. — Р. Гауппом, в 1911 р. — А. Майером, в 1917 р. і 1923 р. — Е. Блейлером, в 1923 р. — О. Бумке, в 1925 р. — Д. Мінгаззіні, в 1926 р. — В. Вейгандтом.

У 1998 році, в 100-й ювілей переломного 6-го видання його підручника, створено Міжнародне крепелінівське товариство, метою якого є дослідження та навчання експериментальних методик, теорій і діагностичних основ, розроблених цим науковцем.

Інститут психіатрії Макса Планка нагороджує за особливі заслуги в галузі психіатрії золотою медаллю імені вченого (Goldene Kraepelin-Medaille). Особливо відзначено його 100- і 150-річчя. Вулиця в Мюнхені, на якій сьогодні розміщений згаданий Інститут психіатрії Макса Планка, перейменована в Kraepelinstrasse.

Після смерті Крепеліна з'явилося багато критичних статей щодо його ролі у психіатрії. Найвідоміша з них ("Культура і виродження", 1922 р.) належить Освальду Бумке (1877–1950 рр.), німецькому психіатрові і неврологу, запрошеному на місце Крепеліна очолити кафедру психіатрії в Мюнхені. Певний час цей дослідник стверджував, що вся сучасна психіатрія стоїть на плечах Крепеліна, а його система психічних хвороб (нозологічна класифікація) пройшла тріумфальною ходою через весь світ. Згодом він же заявив, що школа Крепеліна досягла межі своїх можливостей і що з її догматиків не залишилося майже нікого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alexander F. The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice From Prehistoric Times to the Present. — Harper & Row, 1966. — 471 p.
2. Conti NA. Emil Kraepelin: the consolidation of mental diseases. Vertex. 2010 May-Jun;21(91):314-6.
3. Decker HS. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? — from Emil Kraepelin to DSM-III. Hist Psychiatry. 2007 Sep;18(71 Pt 3):337-60.
4. deVries MW, Müller N, Möller HJ, Saugstad LF. Emil Kraepelin's legacy: systematic clinical observation and the categorical classification of psychiatric diseases. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Jun;258 Suppl 2:1-2.
5. Hippus H, Müller N. The work of Emil Kraepelin and his research group in München. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008 Jun;258 Suppl 2:3-11.
6. Jablensky A. Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry. Hist Psychiatry. 2007 Sep;18(71 Pt 3):381-8.
7. Kendler KS, Jablensky A. Kraepelin's concept of psychiatric illness. Psychol Med. 2011 Jun;41(6):1119-26.
8. Machleidt W, Sieberer M. From Kraepelin to a modern and integrative scientific discipline: the development of transcultural psychiatry in Germany. Transcult Psychiatry. 2013 Dec;50(6):817-40.
9. Palm U, Möller HJ. Reception of Kraepelin's ideas 1900-1960. Psychiatry Clin Neurosci. 2011 Jun;65(4):318-25.
10. Pelizza L, Bonazzi F. Paraphrenia: the modernity of Emil Kraepelin's thinking. Riv Psichiatr. 2010 Mar-Apr;45(2):78-87.
11. Shorter E. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. — Wiley, 1998. — 448 p.
12. Steinberg H, Himmerich H. Emil Kraepelin's habilitation and his thesis: a pioneer work for modern systematic reviews, psychoimmunological research and categories of psychiatric diseases. World J Biol Psychiatry. 2013 May;14(4):248-57.
13. Trede K. 150 years of Freud-Kraepelin dualism. Psychiatr Q. 2007 Sep;78(3):237-40.
14. Zivanovic O, Nedic A. Kraepelin's concept of manic-depressive insanity: one hundred years later. J Affect Disord. 2012 Mar;137(1-3):15-24.