

ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ И НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

А.Е. Бобров

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Психосоматические соотношения – одна из наиболее интригующих и сложных областей медицины. Рассмотрение медицинских аспектов психосоматической проблемы невозможно без критического анализа методологии современной психиатрии. Отсутствие существенного прогресса в этой области в большой степени обусловлено недостаточностью традиционного психопатологического подхода к анализу роли психики в возникновении, формировании и поддержании соматических нарушений.

Для понимания этих ограничений необходимо обратиться к истории психосоматики. Большинство специалистов разделяется мнение о том, что корни этого направления лежат в сформулированных З.Фрейдом взглядах на конверсионную истерию. Он, в частности, пришел к заключению, что неприемлемые или непереносимые для субъекта эмоциональные состояния вытесняются из сознания и вместо естественного телесного выражения начинают проявляться в символической форме через нарушение соматических функций, то есть – через конверсию. При этом соматические симптомы во многом рассматривались как невербальный по форме и архаичный по сути призыв о помощи.

В начале XX века эти идеи подверглись существенному пересмотру. Оказалось, что рассматривать большинство соматических заболеваний как результат вытесняемых побуждений и переживаний было бы чрезмерным упрощением, которое мало что дает клинической практике. Кроме того, было установлено, что собственно конверсионная симптоматика реализуется только через неврологические системы, которые находятся под контролем сознания (скелетная мускулатура, органы чувств). С учетом этого в русле психоаналитического подхода получило распространение понятие соматизации. Первоначально соматизация понималась как механизм защиты Эго. Однако с течением времени это понятие начало использоваться как теоретический конструкт для описания психогенеза соматических

расстройств. В его основу был положен постулат о том, что генез соматических нарушений связан с канализацией психического напряжения в соматическую сферу – через вегетативную, нервную и эндокринную системы. Однако какие конкретные психобиологические процессы при этом происходят, оставалось загадкой.

Тем временем клиническая практика давала все больше эмпирических оснований, подтверждающих взаимосвязь соматических заболеваний с психическими нарушениями. Эти находки нуждались в теоретическом обобщении. Наибольшую известность в этом русле приобрели работы F.Dunbar и ее сотрудников, которые выявили ассоциацию ряда соматических заболеваний с особенностями личности и даже личностными типами [23]. В частности, было показано, что у пациентов с повторными травмами в анамнезе нередко выявляются импульсивность, агрессия, протест и более низкий образовательный уровень. В противоположность этому при сердечно-сосудистых заболеваниях имеет место упорство, честолюбие и недовольство своим социальным положением.

Однако, как оказалось, сводить психосоматические соотношения к различным личностным типам – неверно. Такой подход опровергался многочисленными клиническими фактами несоответствия личностных особенностей с соматическим диагнозом. В связи с этим в рамках психодинамического подхода, была выдвинута гипотеза о том, что психофизиологическая специфика психосоматических соотношений определяется не столько личностью, сколько своеобразием сочетания трех основных факторов: базовых интрапсихических конфликтов, характером психотравмирующей ситуации, которая реактивирует эти конфликты, и наследственной или приобретенной соматической предрасположенностью [1].

Кроме того, F.G.Alexander и его сотрудниками на примере ряда психосоматических заболеваний

была осуществлена попытка установить взаимосвязи между тремя факторами, составляющими соответствующую для каждого из этих заболеваний констелляцию, и доказать на практике валидность предложенной ими концепции [14]. Ее новизна состояла в том, что впервые было сделано допущение о важнейшей роли взаимодействия биологической предрасположенности к соматическим заболеваниям и хронических психотравмирующих воздействий, специфичных по своему психологическому содержанию.

Так, при гипертонической болезни хронически повышенное артериальное давление поддерживается влиянием невыражаемых эмоций обиды и негодования, связанных с фрустрацией инфантильной потребности в любви. В результате стойкая гипертония развивается как трансформированное «замещение» этих эмоций в провоцирующих их ситуациях. Пациенты с нейродермитом обнаруживают стремление к физическому контакту, который не был удовлетворен в детстве сдержанными родителями. Соответственно, манифестации нейродермита способствуют, помимо биологической предрасположенности, ситуации, сопряженные с блокадой физической близости.

У больных с тиреотоксикозом на первое место выходит страх, обусловленный ранними утратами опеки и любви. В результате характерный для них психологический конфликт выражается в попытках преодолеть стремление к психологической зависимости через заботу о других.

Однако концепция F.G.Alexander, также, как и концепция личностных типов F.Dunbar, получила лишь частичное подтверждение, что обусловлено не только психопатологической, но и патофизиологической многовариантностью процессов, лежащих в основе патогенеза соматических заболеваний. В связи с этим в науке сложилось представление о том, что психологические и психопатологические факторы оказывают существенное влияние на протекание только некоторых – психосоматических – подтипов органических заболеваний.

Так, широкую известность приобрело описание поведенческого стиля типа А, характеризующегося агрессивностью, повышенными амбициями, склонностью к конкуренции и нетерпением. Указанный стиль поведения, как было показано в популяционных исследованиях, ассоциирован с двукратным повышением частоты ишемии миокарда у пожилых мужчин [29]. Примечательно, что психологическое консультирование, направленное на уменьшение выраженности этого стиля поведения, приводит к существенной редукции повторных инфарктов миокарда.

Что касается других психосоматических заболеваний, то существенных корреляций между нозологической формой и дезадаптивными стилями поведения выявить не удалось. Таким образом, стало

очевидным, что фронтальный поиск взаимосвязей между психическими и соматическими нарушениями малоперспективен.

Вместе с этим работы, выполненные в середине прошлого века, подтвердили наличие связи между психопатологией и соматическими заболеваниями. Прежде всего, оказалось, что целый ряд тревожно-депрессивных расстройств может проявляться разнообразными соматическими симптомами. В результате появилось представление о замаскированных депрессиях и депрессивных эквивалентах [27]. Согласно этой концепции ряд психосоматических расстройств и неврозов имеет эндотимическую основу нейродинамической природы, что, однако, не отрицает значимости реактивных психологических структур. Этим объясняется факт патогенетической близости между психовегетативными, соматосенсорными и аффективными нарушениями, а также высокая эффективность в таких случаях антидепрессантов.

К замаскированным депрессиям J.J.Lopez Ibor относил боли и парестезии, агорафобию и тимопатическое головокружение, психосоматические нарушения, нервную анорексию и истерию [27]. Критериями для их выделения являлись: отсутствие органической причины для соматических симптомов, тенденция к фазному протеканию, наличие субдепрессивного состояния с эндотимическими чертами. Признаками замаскированных депрессий являются – возникновение в прошлом малых депрессий или депрессивных эквивалентов; отсутствие эффекта от обычной соматической терапии; сочетание соматической симптоматики с отчетливой депрессивной картиной. Их важнейшим критерием является также положительный эффект от тимолептиков.

Аналогичные воззрения развивались и в нашей стране [3, 9,10]. При этом замаскированные психические расстройства рассматривались как «незавершенные» психопатологические формы, во многом тождественные циркулярному психозу и шизофрении. Считалось, что важнейшей особенностью этих расстройств является преобладание в клинической картине нарушений телесной чувствительности, таких как сенестопатии, телесные галлюцинации и нарушения восприятия схемы тела. Кроме того, к этой категории клинических проявлений относились сенесталгии, синестезии, гиперпатии, анестезии, фантомные боли и телесные фантазии [11, 13]. Особенно большое значение придавалось сенестопатиям, которые одно время расценивались как симптомы-предшественники шизофрении [25].

Несмотря на то, что концепция замаскированных депрессий и депрессивных эквивалентов чрезмерно расширяет проблему аффективных расстройств, что, в свою очередь, способствует упрощенной интерпретации психосоматических соотношений, указанная концепция сыграла чрезвычайно важную роль в понимании соматизации. Это явление стали рассматривать не столько как психодинамический меха-

низм, сколько как психопатологический феномен, обусловленный разными психофизиологическими процессами. Его сущность заключается в том, что у некоторых больных возникает склонность субъективно переживать и привлекать внимание окружающих к имеющимся у них психологическим и межличностным проблемам не прямо, а через соматические страдания или необъяснимые соматические жалобы [26].

Данный подход заложил основу для выделения в последующем обширной группы соматоформных расстройств. Впервые эта рубрика появилась в американской классификации психических расстройств – DSM-III. В нее включались – расстройство соматизации, конверсионное расстройство, психогенное болевое расстройство, ипохондрия и атипичное соматоформное расстройство. При последующих пересмотрах DSM в данный раздел было включено неспецифическое соматоформное расстройство и дисморфофобическое телесное расстройство. Кроме того, было дано уточнение, что соматоформные расстройства могут сопутствовать шизофрении, тревожным и аффективным расстройствам в случаях, когда имеющаяся симптоматика не может быть объяснена наличием указанных состояний [16].

В настоящее время под соматоформными расстройствами понимаются психические расстройства, клинические проявления которых определяются соматическими симптомами. Это патологические телесные ощущения, вегетативные дисфункции и поведение, отражающее повышенную озабоченность больных состоянием своего соматического здоровья.

Не менее чем в 50% случаев эти расстройства сочетаются с другими психопатологическими состояниями, в первую очередь с депрессией, патологической тревогой и шизофренией. Они могут сопровождаться зависимостью от лекарственных препаратов и стрессовыми расстройствами, а также быть тесно связанными с аномалиями личности и темперамента [20].

Основополагающим признаком соматоформных расстройств по МКБ-10 является повторяющееся предъявление соматических симптомов, которое сочетается с настойчивыми требованиями о проведении медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные результаты таких обследований и заверения врачей об отсутствии физической основы для предъявляемых жалоб и симптоматики. В тех же случаях, когда имеются какие-либо соматические заболевания, они не могут объяснить природу и выраженность предъявляемых симптомов, а также тяжесть переживаний и озабоченность пациента [7].

Соматоформные расстройства неоднородны по происхождению. Их объединение в единую группу обусловлено клинической целесообразностью. При этом в МКБ-10 выделяется несколько основных видов соматоформных расстройств: расстройство соматизации, недифференцированное соматоформное расстройство, ипохондрическое расстройство, сома-

тоформная вегетативная дисфункция, хроническое соматоформное болевое расстройство, другие соматоформные расстройства, соматоформное расстройство, неуточненное.

В DSM-5 принципы классификации соматоформных расстройств еще более усложнились, а сама категория получила название «Расстройство соматических симптомов и близкие расстройства» [17]. Выделение этой категории основано на преобладании в клинической картине соматических симптомов, сочетающихся со значительными психическими страданиями и нарушениями. При этом определяющее значение имеют не столько сами соматические симптомы, сколько характер их проявления и интерпретации пациентом. Важным отличием DSM-5 явилось включение в диагностические критерии расстройств соматических симптомов аффективных, когнитивных и поведенческих компонентов. Кроме того, в новой американской классификации специально подчеркивается, что эти психические расстройства нередко отмечаются у больных с соматическими заболеваниями, в том числе в первичной медицинской практике. Обращается также внимание на то, что другие формы психических расстройств (аффективные, тревожные) могут манифестировать в виде расстройства соматических симптомов и близких к нему расстройств либо сочетаться с ними. При постановке данного диагноза следует учитывать культурные и этнические факторы, наследственную биологическую уязвимость (например, чувствительность к боли), перенесенный травматический опыт (жестокое обращение, депривацию), а также процессы научения (например, подкрепление вследствие повышенного внимания медиков).

DSM-5 включает следующие основные формы указанных расстройств: расстройство соматических симптомов, расстройство тревоги по поводу возможных заболеваний, конверсионное расстройство, психологические факторы, влияющие на другие общемедицинские состояния, симулятивное расстройство, другие формы расстройства соматических симптомов и близких расстройств, а также неспецифическое расстройство соматических и близких расстройств.

Концепция соматоформных расстройств не лишена внутренних противоречий. Важнейшим из них является определение этих расстройств через отсутствие органической почвы для регистрируемых соматических симптомов. Самостоятельность категории соматоформных расстройств вызывает сомнение также вследствие их частого сочетания с аффективными и тревожными расстройствами [24].

Все это заставляет задуматься о том, насколько современная медицина может довольствоваться рассмотрением проблемы психосоматических соотношений исключительно с позиций клинко-описательного подхода, по-существу исключив представления о причинности и механизмах взаимодействия

психических и соматических компонентов заболеваний. А именно такой подход положен в основу современных международных классификаций психических расстройств.

Действительно, клинические факты свидетельствуют о целесообразности более глубокого понимания взаимосвязи между сферами психического и соматического здоровья. Так, при многих хронических соматических расстройствах отмечается повышенная частота патологической тревоги и депрессии. Как минимум у половины пациентов с функциональными гастроэнтерологическими расстройствами и 15–30% больных со структурными изменениями в желудочно-кишечном тракте обнаруживаются тревожные, аффективные и связанные с ними психические нарушения [19].

Бронхиальная астма также часто сочетается с психическими расстройствами, среди которых биполярное, генерализованное тревожное и посттравматическое стрессовое расстройство, а также расстройства приема пищи. Причем особенно сильная взаимосвязь между бронхиальной астмой и психическими расстройствами имеет место в случаях раннего (до 21 года) возникновения последних [15].

При многих заболеваниях кожи отмечается психопатологическая отягощенность. Так, по данным опроса турецких дерматологов наиболее часто психиатрические консультации оказываются востребованными при угревой сыпи (49,1%), псориазе (42,6%), гнездом облысении (38,2%) и кожном зуде (27,8%) [28]. При активном психиатрическом обследовании психические расстройства у дерматологических больных выявляются еще чаще. Например, при хронической крапивнице частота тревожных расстройств достигает 70%, причем отмечается существенная корреляция этих расстройств с повышением уровня интерлейкина-2 [18].

Аналогичные данные имеются и по другим группам заболеваний – эндокринных, онкологических, ревматических, гинекологических, при поражениях опорно-двигательного аппарата и др.

Преобладающая интерпретация этих фактов в настоящее время сводится к выделению группы психовегетативных нарушений, возникающих в результате стрессовых нагрузок, которым подвергается больной организм. Кроме того, повышенная уязвимость вегетативной и нейроэндокринной регуляции, в свою очередь, может являться фактором, предрасполагающим к возникновению соматической патологии. При этом именно вегетативные нарушения рассматриваются как центральное патогенетическое звено в появлении как соматических, так и психических (главным образом, тревожно-депрессивных) симптомов.

Указанный подход сформировался в нашей стране в ходе изучения астенических состояний у больных соматическими заболеваниями, а затем перенесен на изучение так называемых невротозов органов. При

этом повышенная психофизиологическая уязвимость рассматривалась как ключевой фактор в их возникновении. В результате в отечественной науке сложилось понимание психовегетативных нарушений как кортико-висцеральной патологии, опосредованной условно-рефлекторными механизмами [5]. Развитие и преодоление представлений, отождествлявшихся с «павловской» физиологией, с течением времени закономерно привели к неврологическому изучению психовегетативного синдрома.

На основе воззрений ряда немецких исследователей [22] отечественными авторами была сформировано психофизиологическое направление в изучении неврологических, соматических и пограничных психических расстройств [6, 8]. Это направление связано с междисциплинарным клинико-экспериментальным исследованием личностных особенностей, эмоциональных состояний, психофизиологических и нейрхимических параметров в ситуациях стресса, а также при соматических и психических заболеваниях.

Выход проблемы психосоматических расстройств на междисциплинарный уровень создал предпосылки для ее переформулирования в русле интегративной медицины. В частности, – на основе учения о функциональных системах [2], и далее, в современных условиях, – в категориях информационной парадигмы [4]. При таком подходе аномалии поведения рассматриваются не просто как результат нарушений в деятельности мозга, а как «экстракорпоральный» компонент функциональных систем, вовлеченных в патологические и самогенетические процессы. Понимание психических расстройств как продолжения и попытки компенсации организмических дисбалансов указывает направление поиска их взаимосвязей с соматической патологией и в то же время объясняет неоднозначность отмеченных взаимосвязей.

Основная проблема такой интерпретации психосоматических соотношений в ключе интегративной медицины состоит в несоответствии понятийного аппарата, используемого для решения медико-биологических и психосоциальных задач. Сегодня становится все более понятным, что так называемая психосоматическая проблема в значительной степени порождена различием категориальных систем психопатологии и биологической медицины, которое, в свою очередь, имеет глубокие философские и мировоззренческие корни.

С учетом этого встает проблема обновления теоретического аппарата медицины, что позволило бы достичь понимания и описания болезней как психосоматических процессов, составляющих единый континуум механизмов совладания с дезадаптирующей реальностью. Такое интегративное понимание потребует теоретических разработок, выходящих за пределы традиционной интерпретации патофизиологических и психопатологических явлений. Подобные попытки уже предпринимаются, что видно на

примере RDoC, а также некоторых разделов DSM-5 и проекта МКБ-11. Об их успешности говорить еще рано, однако можно проследить основные векторы развития теоретической мысли.

Во-первых, это включение в систему клинической квалификации психопатологических состояний психометрических оценок, позволяющих охарактеризовать выраженность того или иного психопатологического конструкта, либо его ключевых компонентов. Указанный подход, с одной стороны, позволяет дать разностороннюю и количественную характеристику наблюдаемым явлениям (т.н. дименсионный подход), а с другой стороны, соотносит их с объективированными поведенческими и/или физиологическими параметрами. Такое включение в квалификацию психопатологических состояний психометрических оценок реализовано в DSM-5 [17]. В результате были получены несомненно интересные, хотя и небесспорные критерии для квалификации расстройств личности, а также расстройств соматических симптомов. Тем не менее, вопрос о принципах классификации психических нарушений при соматических заболеваниях во многом остается открытым.

Второй вектор развития сопряжен с непосредственным использованием понятий, заимствованных из психофизиологии. При этом «несводимость» понятий общей психопатологии к физиологическим терминам так же, как и при первом подходе, отчасти компенсируется многомерным шкалированием оценок по предварительно выделенным доменам. Он ярко представлен в RDoC [21]. Несмотря на выраженную академическую направленность и перспективность данного подхода, нельзя не заметить того, что он напоминает бытовавшие в нашей стране в 50-х годах прошлого века попытки свести сложнейшие психопатологические процессы к смене фаз возбуждения и торможения нервной системы. Кроме того, с учетом наблюдающегося сегодня доминирования в медицине генетических исследований, тенденция рассмотрения психопатологических расстройств как проявления эндофенотипов может в рамках RDoC

стать ведущей, что может свести научную психопатологию к перечню «учетных признаков».

Третье направление заключается в интеграции психиатрических и медико-биологических диагнозов в единых нозографических группах (расстройства сна-пробуждения, расстройства пищевого поведения, расстройства физиологических отравлений, психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, выделяемые в других рубриках) [12]. Перспектива данного направления также представляется неоднозначной, поскольку различие профессиональных трактовок одних и тех же терминов может порождать серьезные практические затруднения.

Наконец, наблюдается еще одна, пока слабо выраженная тенденция. Она состоит во включении психопатологических критериев в описание отдельных форм соматической патологии. По существу, эта тенденция является отражением и продолжением предыдущего подхода со всеми его достоинствами и ограничениями.

Во всех указанных выше случаях ожидается, что на основе вычленения взаимосвязей между эмпирически выделенными кластерами признаков, характеризующих поведение и познавательные процессы, с медико-биологическими доменами удастся сформировать новые понятия более высокого уровня. Эти понятия дадут возможность описать характер психосоматических взаимосвязей с необходимой полнотой и таким образом заложить основы новой персонализированной интегративной медицины.

При всем этом, говоря о перспективах интегративной медицины, нельзя отвергать и другой – альтернативный подход, при котором ее принципы будут опираться не столько на представления об эндофенотипах, нейрохимических и физиологических механизмах деятельности мозга, сколько на психосоциальные детерминанты жизнедеятельности человеческого организма. Поиск и описание этих детерминант, по всей видимости, и составит содержание клинической психологии и психопатологии в ближайшее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. 336 с.
2. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. 196. 547 с.
3. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии (сообщения 1,2,3) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1978. № 6, 8, 9. Т. 78. С. 857–862, 1202–1208, 1342–1347.
4. Бобров А.Е. Куда ведет когнитивный подход в психопатологии. В кн.: XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23–26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / Под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 503–504.
5. Быков К.М. и Курцин И.Т. Кортико-висцеральная теория в патогенезе язвенной болезни. Академия наук СССР, 1952. 271 с.
6. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. М.: МЕДпресс-информ, 2010. 3-е изд. 112 с.
7. ВОЗ МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские критерии. СПб., 1995. 208 с.
8. Гращенко Н.И., Березин Ф.Б. и Соловьева А.Д. Гипоталамус и его роль в патогенезе неврозов // Материалы конференции «Неврозы и соматические расстройства». - Л., 1966. С. 56.
9. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия (обзор литературы) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. С. 760–771.
10. Невзорова Т.А. и Дробижев Ю.З. Соматический эквивалент циркулярного психоза и циклотимии // Советская медицина. 1962. № 12. С. 45–49.
11. Снежневский А.В. Симптоматология психических болезней // Психиатрия / Под ред. О.В.Кербикова, М.В.Коркиной, Р.А.Наджарова, А.В.Снежневского. М., 1968. С. 29–112.
12. Ферст М. Процесс разработки главы МКБ-11. Психические и поведенческие расстройства. 2015. - <http://psychiatr.ru/news/474>.
13. Эглитис И.П. Сенестопатии. Рига: «Зинатис», 1977. С. 184.
14. Alexander F.G. & Selesnick S.T. The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to the present. N.Y. : Signet, Signet Classic, Mentor, Plume and Meridian Books, 1968. 573 p.

15. Alonso J. et al. Association between mental disorders and subsequent adult onset asthma // J. Psychiatr. Res. 2014. Vol. 59. P. 179–188.
16. APA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision) // Amer. Psychiatric Pub., 2000. 943 p.
17. APA Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
18. Bobrov A.E. & Guseva T.P. Psychiatric aspects of idiopathic urticaria: a pilot study // J. Psychosom. Res. 2006. Vol. 60. P. 657.
19. Creed F. & Olden K.W. Gastrointestinal disorders [Раздел книги] // The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine / J.L. Levenson (Ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., 2005.
20. Cuijpers P. Smit F., Penninx B.W., de Graaf R., ten Have M., Beekman A.T. Economic costs of neuroticism: a population-based study // Arch. Gen. Psychiatry. 2010. Vol. 67, N 10. P. 1086–1093.
21. Cuthbert B.N. & Insel T.R. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC [Журнал] // BMC Medicine. 2013. Vol. 126, N 11. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/126>.
22. Delius L. & Fahrenberg J. Psychovegetative Syndrome. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1966. 290 p.
23. Dunbar F. Emotions and bodily changes; A report of some recent psychosomatic studies // Ann. Intern. Med. 1940. Vol. 14, N 5. P. 839–853.
24. Hanel G. et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study // J. Psychosom. Res. 2009. Vol. 67, N 3. P. 189–197.
25. Huber G. Prodromal symptoms in schizophrenia. Abstract // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1995. Vol. 63, N 4. S. 131–138.
26. Lipowski Z.J. Somatization: The Concept and Its Clinical Application // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145. P. 1358–1368.
27. Lopez Ibor J.J. Masked Depressions. The Forty-fifth Maudsley Lecture, delivered before the Royal Medico-Psychological Association, 20 November 1970 // Brit. J. Psychiatr. 1972. Vol. 120. P. 245–258.
28. Ocek T. et al. Psychodermatology: Knowledge, Awareness, Practicing Patterns, and Attitudes of Dermatologists in Turkey // Prim. Care Companion CNS Disord. 2015. Vol. 17, N 2. Published online 2015 Apr 30. doi: 10.4088/PCC.14m01628. - <http://dx.doi.org/10.4088%2FPCC.14m01628>.
29. Rosenman R.H. et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years // JAMA. 1975. Vol. 233, N 8. P. 872–877.
30. Voigt K. et al. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification // J. Psychosom. Res. 2010. Vol. 68, N 5. P. 403–414.

ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ И НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

А.Е. Бобров

Отсутствие существенного прогресса в области изучения психосоматических соотношений обусловлено недостаточностью традиционного психопатологического подхода к анализу роли психики в генезе и динамике соматических заболеваний. С учетом этого анализируются основные этапы развития психопатологических воззрений на психосматику. Среди них – ранний психоаналитический этап, концепция личностных типов и теория психосоматической специфичности. Обсуждается также проблема соматизации, концепция замаскированных депрессий, а также совре-

менные представления о соматоформных расстройствах, представленные в МКБ и DSM. Подчеркивается необходимость разработки междисциплинарного подхода к проблеме психосоматических соотношений. При этом обращается внимание на важность совершенствования методологии психопатологических исследований, а также анализируются предпосылки, имеющиеся на сегодняшний день в этой области.

Ключевые слова: психосоматика, психопатология, соматоформные расстройства, соматизация.

PROBLEM OF PSYCHOSOMATIC INTERRELATIONS AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOPATHOLOGY

A.E. Bobrov

Lack of significant progress in our knowledge about psychosomatic interrelations has to do with inadequacy of traditional psychopathological approach to analysis of the role of psyche in origin and development of physical diseases. In this article, the author analyzes the principal stages in development of psychopathological views on psychosomatics. The author distinguishes the early psychoanalytical stage, the personality types concept and the theory of psychosomatic specificity. Besides he discusses somatization

and masked depression concepts as well as modern ideas about somatoform disorders presented in ICD and DSM. The author emphasizes the importance of interdisciplinary approach to the subject of psychosomatic interrelations and further development of methodology of psychopathological investigations. The prerequisites for the latter are also covered in this article.

Key words: psychosomatics, psychopathology, somatoform disorders, somatization

Бобров Алексей Евгеньевич – руководитель отдела консультативной и дистанционной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

Журнал зарегистрирован в Государственном Комитете СССР по печати.
Свидетельство № 1582 от 25 февраля 1991 г.

Сдано в набор 05.01.2017. Подписано в печать 08.02.2017. Формат 60х90/8. Гарнитура Таймс. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Уч.-изд. л. 15. Усл. печ. л. 15. Тираж 3000 экз. Заказ 2222.

Издательский Дом «МЕДПРАКТИКА-М»
111141, Москва, 3-й проезд Перова поля, д. 8, стр. 11
Тел. (985)413-23- 38, E-mail: id@medpraktika.ru, <http://www.medpraktika.ru>

Отпечатано в типографии «ТДДС-Столица- 8»
111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, дом 11А, корп. 1
Тел.: (495) 363-48- 84
<http://www.capitalpress.ru>

© «Социальная и клиническая психиатрия»