

СПОР «ПСИХИКОВ» И «СОМАТИКОВ». ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЯХ

Л.К. Хохлов

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ярославский государственный медицинский
университет» МЗ РФ*

Проблема психосоматических и соматопсихических отношений в современный период, несмотря на успехи нейронаук, биологической психиатрии в исследовании патогенеза, структурно-функциональных основ деятельности головного мозга при психических заболеваниях, остается весьма сложной и противоречивой. Подтверждается мультифакториальное происхождение психических расстройств, комплексность и отставленность причин, приводящих к болезни.

В наше время, как никогда изменяется характер общественного производства, условия жизни, повышаются требования к уровню социального функционирования. Все шире, интенсивнее в продуктивную деятельность человека вовлекается психика. Все труднее успевать за темпами изменений в окружающей среде, особенно при наличии социально-экономической нестабильности, при возникновении проблем со здоровьем. Это может быть источником психосоциального, психоэмоционального дистресса. Исследована обширная совокупность соматически больных различного профиля [25]: в 59,1% в течение последних 5 лет определяются психогении – острые в 25,7%, пролонгированные в 33,4%, в том числе в ответ на соматическое неблагополучие в 29,5% случаев. Под влиянием происходящих социально-культуральных перемен психопатология видоизменяется, становится иным ее содержание (социальный патоморфоз). Резкие перемены в клинике психических расстройств возникают под влиянием современных методов ведения, терапии больных (терапевтический, лекарственный патоморфоз): возрастает доля непсихотических, субклинических, атипичных картин; при лечении современными психотропными средствами, особенно длительном, может формироваться терапевтическая эквививальность, функциональные заболевания могут получать черты органических. И в этих условиях свойственные психическим болезням клинический полиморфизм

и континуум становятся более выраженными. Переплетение, многообразие внешних и внутренних патогенных факторов создает трудности в изучении нозологии, границ заболеваний (одна болезнь, группа болезней), их этиологии, патогенеза, разногласия в оценке результатов исследования клиники, биологических показателей: общее – отдельное, *posos* и *pathos* [28]. При современном уровне развития медицины установление прямой связи между развитием психических расстройств и выявляемой патологией мозга или внутренних органов остается сложной дифференциально-диагностической проблемой [25].

Обозначенная основополагающая проблема обсуждается давно, особенно со времени, когда причины психических болезней начинают подразделяться на экзогенные и эндогенные. Большое влияние на понимание этой дилеммы оказало противостояние психической и соматической школ в Германии (спор «психиков» и «соматиков»), продолжавшийся в течение трех десятилетий (начало-середина XIX века). Принято считать: благодаря роли соматика В.Гризгингера [8] дискуссия завершилась полной победой соматической школы [13]. Однако история психиатрии демонстрирует примеры того, как в различные времена обозначаются одинаковые идеи [18, 44]. По мнению Я.Вирша [45], спор психиков и соматиков нашел отражение во все последующие периоды развития психиатрии, так как и теперь перед нами стоят те же вопросы, которые волновали и разделяли психиков и соматиков.

Ведущее положение «психической» («романтической») школы XIX века: психическая болезнь возникает внутренним, психическим путем, причина ее – некая вина, страсти, пороки человека. То есть речь велась о своего рода психогенезе. Психологические факторы представлялись более понятными в этиологии не только в отношении психопатологии, но и применительно к соматическим заболеваниям. Ведущий представитель «психической» школы,

автор термина «психосоматика» J.Ch.Heinrot (1818) утверждал [цит. по 13]: «Если бы органы брюшной полости могли рассказать историю своих страданий, то мы с удивлением узнали бы с какой силой душа может разрушать принадлежащее ей тело. В истории окончательно разрушенного пищеварения, пораженной в своих тканях печени или селезенки, в истории заболеваний воротной вены или болезней матки с ее яичниками, – мы могли бы найти свидетельства долгой порочной жизни, врезавшей все свои преступления как бы неизгладимыми буквами в строение важнейших органов, необходимых для человека». Подобные представления находили отражение в практике, в лечении больных (мучительная «механотерапия» как средство воздействия на душу). Ю.В.Каннабих пишет: «В медицине, разумеется, признавали различного рода грубые внешние причины... но во всем остальном обвиняли, главным образом, какие-то внутренние несовершенства... Это было время господства эндогенной этиологии» [13].

И в дальнейшем аналогичные, конечно модернизированные взгляды тоже сказываются на понимании клинического метода (доминирование «чистого психологизма» в диагностике), природы психических и соматических болезней, психофизических отношений, получают отражение в широте диагностики эндогенной психопатологии, в ведении, терапии больных. Появляются воззрения: психозы – это своего рода заострение конституциональных особенностей, конституциональная реакция. По А.Гохе [37], внешние и внутренние причины – это лишь толчки, приводящие в действие преформированные механизмы, заложенные в дегенеративной и, возможно, в каждой нормальной психике. В различной мере изложенная точка зрения находит отражение во взглядах ряда видных психиатров. По Э.Крепелину [39], многочисленные проявления психического расстройства зависят от раз и навсегда предусмотренных механизмов, поэтому они возникают одинаково и повсюду, если для этого существуют необходимые предпосылки. Вспомним, далее, популярную до настоящего времени концепцию К.Бонгеффера [34, 35] об экзогенных типах реакций: расстройства одинаковы при самой различной экзогенной этиологии, клиническая специфика в большей степени зависит от внутренних факторов, конституции, а не от внешних воздействий. К.Ясперсом формулируется понятие о феноменологии – «субъективном явлении больной душевной жизни» [33]. И это послужило поводом некоторым последователям данного направления для попытки создания «чистой психиатрии». Даже в адрес Э.Крепелина, мечтавшего о биологическом обосновании психических заболеваний, раздавались обвинения в «чистой психиатрии», «психиатрии без мозга» – за слишком большое внимание к клинике, к собственно психопатологии.

Обращение к общему (к нозологии, к болезни) показывало, что этого недостаточно, что большое

значение имеет индивидуально-психологическое. И позиция «старых» психиков («романтиков»), большое внимание к «истории внутренней жизни», биографии больного особенно масштабное развитие получает в трудах З.Фрейда [36], его последователей, глубинной психологии, других психологических представлений: таким образом, линию психиков «продолжает современная глубинная психология» [18]. Акцент начинает делаться не на тщательном исследовании симптомов болезни, а на выявлении характера и причин скрываемых за жалобами пациентов глубинных конфликтов, в которых проявляются вытесненные в подсознание, осуждаемые моралью и требованиями общества переживания (панпсихологическая этиология по некоторым определениям). Изучается психологический смысл психопатологических симптомов. Еще К.Г.Юнг [38], осуществляя вместе с Э.Блейлером с позиций теории З.Фрейда изучение содержания психоза при Demencia praesens, приходит к выводу: все симптомы болезни строго детерминированы преморбидными переживаниями пациентов; удается отыскать смысл там, где, казалось бы, его нет, все бессвязно. Соответственно проводится психологическое лечение – психоанализ.

Эти теории получают применение не только в психиатрии, но и в соматической медицине. Возникает психосоматическое направление, психосоматика (с разделами), многообразные теории психосоматической медицины. Формулируется понятие психосоматического расстройства, различное в разные периоды у разных исследователей. По определению А.Б.Смулевича: «Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, формирующихся либо путем соматизации патохарактерологических и психопатологических симптомокомплексов, либо – интеракции или амальгирования личностных и психических расстройств с соматическими» [27]. Здесь имеются различные точки зрения. Принимаются во внимание принцип мультифакториальности, психофизиологические корреляты. Общая позиция – большое внимание к психогенезу соматических болезней, к внутреннему миру, особенностям личности, дистрессу. Ведущая роль отводится если не специфическому, то типичному личностному конфликту, трактуемому с позиций психодинамической концепции конверсии З.Фрейда. А.Б.Смулевич подчеркивает: «...В свете классической психоаналитической трактовки психогенеза ряда заболеваний указывается на разрушительные тенденции психики, как на один из доминирующих подсознательных факторов, повышающих вирулентность инфекционных и других вредоносных агентов, определяющих симптоматику «органических» заболеваний. «Подсознательное чувство вины является достаточной мотивацией для формирования (соматической – А.С.) болезни» [27]. В связи с изложенным актуален вопрос, насколько специфичность психосоматического заболевания находится в связи со

структурой и поведением личности. И описываются модели личностной специфичности, персональные профили или конstellации личности [36], соматические или соматоперцептивные психопатии, акцентуации, конституции [40]. Не все далее получает подтверждение.

Важнейшее следствие психологического направления, без которого немислима современная психиатрия – это успехи в развитии психотерапии. Вспомним в связи с этим мечты Рейля (его можно отнести к психикам-романтикам) превратить дома умалишенных в «госпитали для психической терапии». Изложенные выше психологические представления, как и в XIX столетии, находят отражение в соответствующей диагностике. Например, при психиатрическом исследовании различных контингентов соматически больных относительно часто, по сравнению с соматогенными, органическими психическими расстройствами, диагностируется патология личности, эндогенные психические заболевания.

Так, при изучении представительной группы соматически больных (в онкологии, кардиологии, дерматологии – 1 546 пациентов) устанавливаются следующие факторы риска психических расстройств [25]: семейная отягощенность по психическим расстройствам – 33,5%, расстройства личности – 53,6%, соматоперцептивные психопатии (конституционально обусловленные нарушения, отражающие аномалии соматической сферы) – 78,5%, реакции на проявления данного соматического заболевания – 65,5%, реакции на соматическое заболевание другого профиля – 20,1%, другие психогении – 66,2%. В 40,5% (без нозогений) диагностируются такие формы психопатологии: психические расстройства депрессивного спектра – 9,8%, соматизированные психические расстройства – 7,8%, психические расстройства органического спектра – 6,0%, соматогении – 4,8%; психические расстройства шизофренического спектра – 4,7%, психические расстройства тревожного спектра – 4,4%, невращения – 1,6%, обсессивно-компульсивное расстройство личности – 1,4%. Объясняется своеобразие приведенных показателей тем, что большинство больных с сочетанной психической и соматической патологией накапливается в медицинских учреждениях общесоматического профиля: «гипотеза аффинитета, предполагающая накопление различных спектров психических расстройств в соответствии с профилем соматической патологии» [3].

Положение о решающей роли эндогенного в происхождении болезней в свое время отстаивал видный советский патолог И.В.Давыдовский [11]. По мнению И.В.Давыдовского, источник болезней во многом внутренний, таится в самой природе человека, заболевание исторически и экологически обусловлено. Эта точка зрения разделяется не всеми. А.Д.Адо [1] возражает когда речь ведется об единстве организма (его реактивности) и среды – это все правильно, но

это существо учения о патогенезе, а не о причинности; И.В.Давыдовский же переносит процессы патогенеза в этиологию. О.В.Кербиков, дискутируя с И.В.Давыдовским в 1963 году, пишет: «В конце XIX столетия, когда очевидней стала несостоятельность наивного каузализма, в качестве реакции на него возникла гиперболизация внутренних факторов в медицине. Она в значительной мере питалась идеями аутогенеза, получившими распространение в биологии. Согласно аутогенетическим взглядам, болезнь не возникает как нечто новое, она предшествует в организме и лишь разворачивается под влиянием внешнего фактора» [14].

Концепция соматической школы («соматиков») особенно четко формулируется в работах В.Гризингера [8]: психические процессы – совокупность рефлексов головного мозга; психотические состояния – не болезни сами по себе, а лишь симптомы церебрального поражения; психические нарушения отражают глубину и своеобразие церебральных процессов. В.Гризингером вводится понятие «диффузного мозгового процесса», «очагового мозгового процесса». Понимание психопатологии должно базироваться на анатомо-физиологических проявлениях. Вместе с тем, В.Гризингер признает: рассмотрение психоза как выражения мозговой патологии пока не может быть подтверждено данными патологической анатомии, но это положение несомненно, если учесть физиологические данные.

Представления об анатомо-физиологических основах психической деятельности получают дальнейшее развитие в трудах И.М.Сеченова, И.П.Павлова. И.М.Сеченов проводит физиологический анализ психического и приходит к выводу: «Все акты сознательной и бессознательной жизни по способу происхождения суть рефлексы» [24]. И.М.Сеченовым предпринимается попытка физиологической трактовки «горячего бреда» (судя по описанию, профессионального делирия). И.П.Павловым [20] обосновываются принципы рефлекторной теории, лежащие в основе нейродинамических представлений о локализации церебральных функций: детерминизма; анализа и синтеза; структурности и системности (приурочения динамики к структуре).

Первостепенное значение в изучении патоморфологии головного мозга имеют исследования побороников неврологического (анатомического, психоморфологического, церебрально-патологического) направления в психиатрии. Выделяют три этапа в поисках клинко-анатомических корреляций [23]. Первый этап – сопоставление симптомов болезни с грубыми видимыми повреждениями анатомических областей головного мозга, второй этап – сопоставление с микроскопической картиной. При этом устанавливаются церебральные центры, ответственные за определенные неврологические и психопатологические симптомы; нейродинамика

практически во внимание не принимается. Результаты подобных локализационных подходов остаются важными и в настоящее время – и не только для неврологии, но и для психиатрии, и, наконец, для психохирургии. Широкое употребление имеет соответствующая терминология: например, лобный синдром (несколько вариантов), синдром височной, лимбической эпилепсии и т.д.

В адрес изложенного понимания структуры и симптоматики (обсуждение психической жизни в анатомических терминах) высказываются критические замечания, порой категорические. Так, К.Ясперс утверждает: «Но все эти анатомические построения (и в частности, известные концепции Мейнерта и Вернике) совершенно фантастические; их вполне заслуженно называют «мозговой мифологией». В них связывается между собой вещи, в действительности никак не связанные; например, корковые клетки связываются с функцией памяти, а нервные волокна с ассоциацией идей. Соматические построения такого рода в действительности ни на чем не основаны. Не существует никаких данных о наличии параллелизма между каким-либо конкретным мозговым процессом и столь же конкретным мозговым феноменом. Локализация сенсорных областей в коре головного мозга или, скажем, локализация афазии в левом полушарии означают лишь, что эти участки должны быть целы, чтобы то или иное событие психической жизни могло иметь место» [33]. Между тем, со времени В.Гризингера до настоящей поры раздаются голоса о необходимости сближения неврологии и психиатрии, возвращении принципа неразрывной связи этих двух дисциплин – к их новой конвергентной эволюции, к эффективности унитарного подхода [16]. Нужно новое рождение, на основе современных данных, междисциплинарного научного направления, которое В.М.Бехтерев [4] в начале XX столетия обозначает как психоневрологию.

Новый (третий) этап в распознавании психоморфологических отношений начинается с 50-х годов прошлого столетия, когда технически становится возможным изучение нейрональных связей, тончайших деталей синапсов, церебрального метаболизма, исследование изменений на молекулярном, клеточном, системном уровнях. Это период развития фундаментальных исследований, биологической психиатрии, нейронаук, молекулярной биологии, биохимии, психогенетики, экогенетики, период успехов в изучении структурно-функциональных основ деятельности головного мозга, особенно дифференцированных нейрохимических систем. Появляются новые возможности прижизненной нейровизуализации мозговой патологии, исследование уровня функционирования нейрохимических систем. И возникают нейротрансмиттерные (синаптические) модели психических заболеваний. Соответствующие отклонения связываются с поражением

определенных структур, отделов мозга – в результате сопоставления нейробиологических показателей с психопатологией. С учетом данных нейронаук разрабатываются многообразные психофармакологические средства, получившие широкое применение в клинике. Ведутся попытки и предпринимаются шаги по применению в диагностике биологических маркеров психических болезней [5, 19]. На основе этих данных, отражающих этиологию и патогенез, делаются попытки построения систематики психических заболеваний: Домен научных исследований психических расстройств – RDoC, предложенный национальным институтом психического здоровья США. И следующим образом уточняется положение В.Гризингера, что психическое расстройство – болезнь мозга: это нарушение функционирования нейрональных сетей. Современные методы нейровизуализации у больных с психическими нарушениями, казалось бы, неорганического («функционального») плана позволяют выявить в ряде случаев органические изменения в зонах головного мозга, поражение которых может быть причиной данной психопатологии; определяется при этом нейрокогнитивный дефицит (т.е. нарушения, особенно характерные для органических психических расстройств). И возникают дискуссии по поводу «панорганичности» психопатологии; высказывается мнение о кризисе понятия органически обусловленного психического расстройства [6]. Приобретает популярность точка зрения: при современном уровне естествознания утрачивается грань между структурным и функциональным [2]. И снова поднимается вопрос о роли клинко-психопатологического метода в диагностике.

По К.Ясперсу, неверно, что психическая болезнь «перестанет представлять психологический интерес, как только будет обнаружено лежащее в её основе соматическое заболевание» [33]. Приведем, далее, мнение А.В.Снежневского по поводу соотношения клинических и биологических методов исследования в психиатрии: «Путь к созданию функционально-субстратного метода психиатрического исследования лежит в дальнейшем развитии клиники психозов. Только на этой основе находят и войдут в психиатрию применение в пределах возможного все экспериментальные инструментальные методики» [29]. По А.С.Тиганову, Т.П.Клюшник [30]: только использование комбинации ряда биологических маркеров, при дополнении тщательным клиническим обследованием пациента, может способствовать совершенствованию диагностики психических расстройств – с учетом требований точной медицины. Высказывается и такая точка зрения: своеобразия церебрального поражения не всегда находят отражение в конкретных проявлениях психопатологии [41].

Вместе с тем, несмотря на успехи биологической психиатрии, обнаруживается неполная удовлетворённость полученными данными для понимания

психопатологии, особенно для понимания вопросов локализации. Трудности возникают в связи с тем, что головной мозг и в норме характеризуется большим биологическим, системно-структурно-функциональным, многоуровневым многообразием, выступающим в контексте биологического и социального функционирования. При патологии это многообразие, изменяясь, может нарастать.

При изложении концепции «старой» соматической школы выше мы обращались в основном к представлениям В.Гризингера о психической болезни как патологии головного мозга. Другими его современниками подчеркивается также положение: психическое расстройство может быть изменчивым проявлением экстрацеребрального соматического неблагополучия. Психические расстройства, обусловленные соматической патологией («соматически обусловленные психозы» по К.Шнайдеру), далее привлекают внимание многих исследователей. В диагностике их большую популярность приобретают следующие критерии, сформулированные К.Шнайдером [42, 43]: во-первых, выраженная соматическая патология; во-вторых, совпадение во времени соматической болезни и психического расстройства; в-третьих, соматопсихический параллелизм; в-четвертых, типичная органическая психопатологическая симптоматика. Неоднократно в разное время различными исследователями поднимается вопрос, что есть органическая психопатология. А.В.Снежневский подчеркивает: клиническая картина болезни складывается из последовательно развертывающихся, выступающих в единстве позитивных и негативных нарушений: «Одинаковые синдромы (по их позитивным проявлениям) могут возникать при самых различных болезнях... Преимущественно негативные расстройства придают синдрому черты нозологической специфичности» [29]. При органических, соматогенных психических заболеваниях негативное расстройство – это, по общему признанию, психоорганический синдром разной степени выраженности, первые проявления которого могут выявляться уже на начальных этапах органического процесса, когда еще на первый план в картине болезни выступают те или иные позитивные симптомокомплексы [32].

В.А.Гиляровский подчеркивает: «Мозг – часть целого организма с его сомой, и все, что действует неблагоприятно, не проходит бесследно для мозга» [7]. В.А.Гиляровский ставит вопрос о соматопсихиатрии как особом разделе: «Соматопсихика – это матрикс для развития болезненных процессов, возникающих под влиянием внешних воздействий. Понятие соматопсихики дает возможность ближе подойти к уяснению явлений, относящихся к области экзогении». «Сомато-психиатрический принцип в изучении психозов не может противопоставляться церебральнопатологическому, так как оба они дополняют и углубляют друг друга» [7].

Последователями соматического направления соматогенные, органические психические расстройства диагностируются более широко. Так, при обследовании 7 440 пациентов в учреждениях общесоматического профиля только психоорганический синдром выявляется со следующей частотой [22]: женщины с патологически протекающим климаксом – 58%, пациенты с хроническими кожными заболеваниями – 68%; в санатории-профилактории все отдыхающие – 4%, с патологией сердечно-сосудистой системы – 9,6%, в областной многопрофильной больнице – 17,7%; в районной сельской больнице все больные – 37%, с последствиями черепно-мозговых травм – 96%, в районной сельской поликлинике – 37%. Б.С.Положим [21] проводится клинко-эпидемиологическое исследование работников мономерного завода (около 4 000 чел.). Нервно-психическая болезненность составляет 188,3 на 1 000 работающих: 35,1% выявленной психопатологии – это невротические расстройства, 33,0% экзогенно-органические непсихотические расстройства, 9,6% непсихотические соматогении, 6,3% экзогенно-органические психотические расстройства, 7,5% шизофрения; доля каждого из других заболеваний (эпилепсия, умственная отсталость, реактивная депрессия, инволюционный паранойд, аффективные расстройства) невелики и колеблется в пределах 0,8–3,8%.

В адрес увлечения диагностикой органических психических расстройств звучат обвинения в панорганичности, в сверхдетерминированности, в атеоретичности, неконцептуальности подхода, в возвращении к наивному каузализму, в прямолинейном, механистическом каузализме. Напоминают о возможном провоцирующем действии органических факторов, об их патопластическом влиянии на эндогенный процесс, о реакциях соматически, органически измененной почвы [9, 10], об амплификации [27], о «независимой» коморбидности, недоказуемости взаимовлияния различной патологии [15]. Указывается также на преувеличение диагностического значения патологически нейтральных субклинических проявлений, «находок» при невровизуализации и других биологических исследованиях – диагностика «по анамнезу», «по находкам», «по жалобам» [6]. К.Ясперс [33] считает: любая известная причина по своей сути механистична; нет ни чисто эндогенных, ни чисто экзогенных феноменов; любые экзогении реализуются внутри организма, болезнь – это конституциональная реакция на внешнее воздействие; при рассмотрении причинно-следственных соотношений следует установить совершенно иной контекст – биологический.

В заключение необходимо подчеркнуть: проблема соматопсихических, психосоматических отношений сложная, трудная по своей сущности. В настоящем изложении в какой-то степени заострены противоречия между психологической и соматической школами. С той и другой стороны множество нюан-

сов во взглядах, которые здесь не затронуты. Расхождения касаются в меньшей степени общего, в большей степени частного, при интерпретации конкретных наблюдений, результатов конкретных исследований. «Чистых психиков» и «чистых соматиков» не существует. Яркий представитель психологического направления в психиатрии З.Фрейд в 1930 году писал: надежды будущего – в успехах органической химии, биохимии, эндокринологии. В современный период никто не сомневается, что психические расстройства – болезни головного мозга. Всеми признается значение в этиопатогенезе психических заболеваний и факторов внутренних, эндогенных, и факторов внешних (экзогенно-органических, соматогенных, социогенных, психогенных). Получили общее признание мультифакториальность, биопсихосоциальные модели психопатологии. Однако, очевидны расхождения в оценке степени значимости, вклада, роли конкретных патогенных агентов. Остаются большие расхождения в нозоло-

гической диагностике, несмотря на стремление к унификации, воспроизводимости оценок. Надежды на дальнейшие исследования – вероятно, другого уровня, чем те, какие были доступны до настоящего времени.

Иными словами, в настоящее время нет безапелляционной идеологии чистой психиатрии, но в нашей практической работе да и в некоторых научных исследованиях отзвуки психиатрии без мозга, без сомы нередко подспудно чувствуются. Хочется верить: со временем психиатры при диагностике, курации любых психических заболеваний (не только тех, которые в настоящее время обозначаются как органические) получат возможность, почувствуют необходимость более аргументированно обратиться к биологическим аспектам патологии, в том числе к психоморфологическим корреляциям. В этом процессе большое значение должно иметь изучение расстройств, традиционно именуемых как экзогенно-органические.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. Вопросы общей нозологии (Историко-методологические этюды). М.: Медицина, 1983. 329 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные (непсихотические) расстройства // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Ю.А.Александровского, Н.Г.Незванова. М., 2018. С.455–500.
3. Андрущенко А.В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2011. 48 с.
4. Бехтерев В.М. Избранные произведения (статьи и доклады). М.: Медгиз, 1954. 527 с.
5. Бохан Н.А., Иванова С.А. (Ред.) Биологические маркеры шизофрении: поиск и клиническое применение. Новосибирск: Изд. Сибирского отд. РАН, 2017. 145 с.
6. Вандыш В.В. Диагностическая модель органического психического расстройства в судебной психиатрии // Сб. Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция. М., 2004. С. 15–22.
7. Гиляровский В.А. Старые и новые проблемы психиатрии. М.: Медгиз, 1954. 198 с.
8. Гринингер В. Душевные болезни. Для врачей и учащихся. Изд. 2-ое. СПб., 1881. 558 с.
9. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. Этиология. М.: Медгиз, 1962. 175 с.
10. Жислин С.Г. Роль возрастного и соматогенного факторов в возникновении и течении некоторых форм психозов. М., 1956. 210 с.
11. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.: Медицина, 1956. 320 с.
12. Иванов М.В., Незванов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 252 с.
13. Каннабих Ю.В. История психиатрии. Л.: Гос. мед.издательство, 1929. 520 с.
14. Кербинов О.В. Избранные труды. М.: Медицина. 1971. 312 с.
15. Краснов В.Н. Рекуррентное депрессивное расстройство // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Ю.А.Александровского, Н.Г.Незванова. М., ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 333–347.
16. Ликетсос К.Г., Рэбинс П.В., Липси Д.Р., Слэвни Ф.Р. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний. Подходы к ведению больных. М.: МЕДпресс-информ, 2017. 325 с.
17. Меннингер К. Война с самим собой. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 480 с.
18. Морозов В.М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М.: Медицина, 1961. 268 с.
19. Морозов П.В., Павличенко А.В., Точилев А.В. Классификация психических расстройств // Психиатрия / Под ред. Ю.А.Александровского, Н.Г.Незванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 210–240.
20. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М.: Медгиз, 1951. 505 с.
21. Положий Б.С. Эпидемиология, клиника и профилактика нервно-психических расстройств у работников промышленности: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1985. 36 с.
22. Приленский Ю.Ф., Приленский Б.Ю. и соавт. Распространенность и характер психических нарушений при органических поражениях головного мозга // Сб. Совр. аспекты эндогенной и экзогенно-органической патологии. Томск-Кемерово, 1995. С. 117–121.
23. Саркисов Д.С., Гельфанд В.Б., Туманов В.П. Теоретические и практические аспекты проблемы соотношения структуры и функции // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В.Морозова. М.: Медицина, 1988. С. 57–74.
24. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга (попытка ввести физиологические основы в психические процессы). М.: Изд. АМН СССР, 1952. 231 с.
25. Смулевич А.Б., Андрущенко А.В., Бескова Д.А. Клинико-эпидемиологическая программа «Синтез»: распространенность и структура психических расстройств в общей медицине (актуальные вопросы и перспективы) // В кн. Психические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б.Смулевича. М., 2011. С. 230–309.
26. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Львов А.Н. Дифференциальная диагностика. // Психические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б.Смулевича. М., 2011. С. 361–393.
27. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (психопатология и клиническая систематика) // Психические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б.Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2011. С. 13–99.
28. Снежневский А.В. (Ред.) Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. 300 с.
29. Снежневский А.В. Психиатрический диагноз // Справочник по психиатрии. М.: Медицина, 1974. С. 3–7.
30. Тиганов А.С., Ключник Т.П. Современные научные исследования в психиатрии // Психиатрия / Под ред. Ю.А.Александровского, Н.Г.Незванова. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2018. С. 44–50.
31. Фрейд З. Психология бессознательного. Сб. произведений. М.: Просвещение, 1989. 447 с.
32. Хохлов Л.К. Об особенностях течения и проявлений экзогенных и экзогенно-органических психозов с синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо // Журн. неврол. и псих. 1966. № 2. С. 433–440.
33. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1053 с.
34. Bonhoeffer K. Zurfrage der klassifikation der symptomatischenpsychosen // Berl. Klin. Wschr. 1908. Vol. 45. P. 2257–2260.
35. Bonhoeffer K. Die PsychosenimGefolge von akutenInfektionen. Allgemeinerkrankungen und inneren und innerenErkrankungen // Handbuch der Psychiatrie / G.Aschaffenburg (Hrsg.) // Spez.teil. III., I. Leipzig-Wein, 1941. S. 1–120.
36. Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. NY: Hoeber, 1948.
37. Hoche A. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie // Z. des Neurol. Psychiat., 1912. 514 p.

38. Jung C.G. Contributions to Analytical Psychology/ London, 1948.
39. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins // Zeitschr. Neurol. Psychiat. 1920. Bd. 62, S. 1–29.
40. Lemke R. Über die Bedeutung der Liebesgefühle in der psychiatrischen Diagnostik // Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 1951. N 3. P. 325–340.
41. Maj M. Keeping and open attitude towards the RDoC project // World Psychiatry. 2016. Vol. 13. P. 1–2.
42. Schneider K. Psychiatrie heute. Eine Rede mit einem Kung. Stuttgart, 1952. 37 c.
43. Schneider K. Klinische Psychopathologie, 5 Aufl. Stuttgart, 1959.
44. Spoerri T. Die historische Betrachtung als Methode für die Psychiatrie // Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie und Hirnanatomie. Basel-NY, 1957. S. 11–21.
45. Wyrsch J. Über Geschichte der Psychiatrie // Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie und Hirnanatomie. Basel-NY, 1957. S. 21–40.

СПОР «ПСИХИКОВ» И «СОМАТИКОВ». ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЯХ

Л.К. Хохлов

Прослеживается эволюция представлений о психосоматических и соматопсихических соотношениях с начала XIX века до настоящего времени; показывается, как это сказывается на конкретной клинической диагностике. Подчеркивается сложность, противоречивая незавершенность проблемы и в современный период, несмотря на успехи

биологической и клинической психиатрии.

Ключевые слова: психосоматические соотношения, соматопсихические соотношения, клиническая психиатрия, биологическая психиатрия.

DISPUTE OF "PSIHIKS AND SOMATIKS". THE EVOLUTION OF IDEAS ABOUT PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC RELATIONS

L.K. Hohlov

It can be traced the evolution of ideas about psychosomatic and somatopsychic relations from the beginning of the XIX century to the present time; it is shown how it affects on the specific clinical diagnosis. It is emphasizing the complexity and contradictory incompleteness of the

problem in the modern period, despite the successes of biological and clinical psychiatry.

Key words: psychosomatic relations, somatopsychic relations, clinical psychiatry, biological psychiatry.

Хохлов Леонид Константинович – профессор кафедры психиатрии Ярославского государственного медицинского университета;
e-mail: profhohlov@mail.ru