

**ВИТАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
(ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И СИСТЕМАТИКИ)**

**Владимир Иванович Крылов**

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8,  
e-mail: krylov2056@yandex.ru*

Реферат. Статья посвящена анализу клинико-психопатологических особенностей витальных аффективных синдромов, а также синдрома витальной деперсонализации. Рассматриваются общие и частные, облигатные и факультативные признаки витальных психопатологических синдромов эндогенной и соматогенной природы.

Ключевые слова: витальная депрессия, витальная астения, витальная тревога, витальная деперсонализация.

**VITAL PSYCHIC DISORDERS  
(PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND SYSTEMATICS)**

Vladimir I. Krylov

I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,  
197022, Russian Federation, Saint Petersburg, Lev Tolstoe str. 6-8,  
e-mail: krylov2056@yandex.ru

The article is devoted to the clinical-psychopathological peculiarities of the vital affective syndromes and syndrome of vital depersonalization. General and specific, obligatory and facultative signs of the vital psychopathological syndromes endogenic and somatogenic nature were discussed.

Key words: vital depression, vital asthenia, vital anxiety, vital depersonalization.

**П**онятие витальности традиционно рассматривается в качестве одного из основных и значимых для диагностики признаков группы эндогенных психических расстройств. Витальные переживания затрагивают наиболее глубокие основы психической деятельности. «Витальный сдвиг» или «протопатическое изменение актуального поля переживания» отражает регресс к архаичному в филогенетическом и онтогенетическом отношении уровню реагирования [19].

Витальные нарушения с позиции концепции протопатической и эпикритической чувствительности [21]. Протопатические ощущения являются перцептивным фоном, отражающим постоянство и стабильность внутренней среды организма. Телесные ощущения обусловлены интероцепцией, идущей из внутренних органов. На основе протопатических ощущений в сознании формируется образ телесного или соматопсихического «Я». В структуре протопатического переживания сенсорный и эмоциональный компоненты слиты воедино, ощущения и эмоции не разделаны. Эмоциональная составляющая проприоцептивного переживания — таламическая эмоция. Анатомо-физиологическим субстратом проприоцептивных эмоций являются подкорковые таламические структуры.

Эмоциональный компонент проприоцептивных переживаний определяет общий чувственный тон телесного «Я». Таламические подкорковые эмоции выполняют, в первую

очередь, сигнальную гомеостатическую функцию. Изменение чувственного тона свидетельствует о наличии неблагоприятных изменений гомеостаза. Нарушение гомеостаза отражается на функциональном состоянии подкорковых структур и находят выражение в виде таламических эмоций. Таламические эмоции возникают спонтанно, без внешней провокации, сигнализируя о наличии психической или соматической патологии. В литературе подкорковые таламические эмоции определяются как «идущие изнутри» и «недо-ступные пониманию» [2, 7, 13]. Эмоциональные переживания подкоркового типа лишены конкретного, определенного содержания. Источник угрозы, как и причина возможного неблагоприятного развития событий, обычно не осознается. Таламические эмоции сопровождаются не только выраженными вегетативными сдвигами, но и телесными сенсациями особого типа — протопатическими ощущениями.

Основной признак, разграничивающий протопатические и эпикритические переживания, характеризует степень осознания личностью ощущений и эмоций. Эпикритические переживания всегда связаны со строго определенным внешним раздражителем, хорошо осознаваемы, четко дифференцированы по модальности. Эпикритические ощущения и эмоции всегда имеют определенную модальность, связанную с внешним раздражителем. Наличие в структуре эпикритических корковых эмоций гностического идеаторного компонента обуславливает четкую определенность содержания опасений, сомнений, представлений, воспоминаний.

Важно отметить, что категории витальные и протопатические нарушения являются близкими, но не синонимичными понятиями. По своей сути витальные нарушения представляют собой своеобразную «фенокопию» проприоцептивной чувствительности [16]. Категория витальных психических нарушений имеет отношение к понятийному аппарату клинической психопатологии, тогда как категория протопатической чувствительности к понятийному аппарату нейрофизиологии. Понятие витальные психические нарушения отражает клиническую сущность наблюдаемого расстройства, тогда как понятие протопатических нарушений механизм развития расстройства.

Основными клиническими проявлениями витализации состояния являются физическое переживание доминирующего аффекта, появление чувства общей телесной измененности, угнетение влечений. Наряду с этим к признакам витализации относят выраженность сомато-вегетативных нарушений и явления гипореактивности [9]. Первостепенное значение для клинической диагностики имеет «особое качество аффекта, не сопоставимое с прежним эмоциональным опытом» [9]. Подавляющее большинство больных подчеркивают отличие своего эмоционального состояния от наблюдав-

шихся ранее периодов сниженного настроения, вызванных жизненными неурядицами. Наряду с этим, несмотря на физически переживаемое изменение настроения, больные четко отграничивают появившиеся болезненные ощущения от проявлений телесного дискомфорта, вызванного заболеваниями внутренних органов.

Специального обсуждения заслуживает вопрос о модальности витальных ощущений. Качественное изменение модальности телесных ощущений важнейший признак витализации. Традиционно считается что, «родственный боли характер переживаний» угнетенного настроения является основным диагностическим признаком витализации аффекта. В то же время в классической работе М.И. Аствацатурова подчеркивается наличие различия между болевыми и протопатическими витальными ощущениями. «Койнестопатия или расстройство общего чувства состоит в необычных, неприятных ощущениях и представляет собой не чувство боли, а переживание, существенный элемент которого составляет чувство беспокойства или страха, являющиеся следствием мучительной необъяснимости испытываемых необычных ощущений» [2].

Одной из проблем является квалификация протопатических ощущений в традиционных психопатологических терминах. Для обозначения витальных ощущений в литературе используются близкие, но не идентичные по значению термины – ценестезии, койнестопатии, коэнестезопатии, сенестезии, сенсопатии [2, 10, 14, 16]. Использование различной терминологии при психопатологической квалификации телесных сенсаций создает проблемы при синдромальной и нозологической оценке состояния, выборе оптимального метода лечения, делает результаты научных исследований несопоставимыми.

Преобладание протопатической чувствительности определяет появление нарушений телесной перцепции диффузного либо локального характера. Нарушение общего чувства тела в виде «ослабления переживания телесного, физического благополучия» [15] является следствием суммации всей гаммы интероцептивных ощущений. Общее переживание недомогания носит диффузный характер, не имеет четкой локализации. Нарушение общего чувства тела рассматривается в качестве общего клинического признака, присущего различным вариантам эндогенных психических расстройств [1].

Локальные витальные ощущения имеют характер психалгий, элементарных либо эссенциальных сенестопатий [7, 10, 17]. В основе патологических ощущений лежит дисцепция – искаженное восприятие интероцептивных импульсов с нарушением основной качественной характеристики ощущений – модальности. При элементарных сенестопатиях или сенестоалгиях, в отличие от боли ощущения приобретают термический (жжение, холод, жар), барический (давление, сжатие), кинестетический (вибрация, пульсация) оттенок.

Основанием для психопатологической квалификации витальных ощущений в качестве эссенциальных сенестопатий является наличие следующих признаков – сенсорной недифференцированности, субъективной новизны, чувственной насыщенности [10]. Неразделенность сенсорного и эмоционального компонентов протопатической чувствительности определяет тягостный, мучительный характер ощущений. Трудности вербализации связаны с отсутствием ранее в переживаниях больного чего-либо похожего на испытываемые ощущения. Использование больными метафор – клинический признак, который может указывать на глубинный,

протопатический характер нарушений. Под метафорой (греч. *metaphora* – перенос) понимают оборот речи, использующий употребление слов и выражений на основе признаков сходства и сравнения. Метафора при сенестопатиях по сути дела единственный способ их выражения. Содержание сравнений постоянно, устойчиво, не зависит от ситуационных влияний.

При реактивных и личностных расстройствах «склонность к художественной метафоризации» связана с преморбидными особенностями больных. Тенденция к использованию метафор присуща лицам с богатым воображением нарцисстического и шизоидного склада. В этих случаях описания больных изменчивы, зависят от ситуационных факторов. Образные сравнения используются в расчете сочувствие, сострадание окружающих.

Термин психалгия в современной психиатрической литературе используется в различных значениях. Первое толкование термина предполагает отнесение психалгий к гомономным телесным сенсациям [3, 14]. Гомономные телесные сенсации по основной качественной характеристике ощущений – модальности неотличимы от ощущений, вызванных соматической патологией. Различия между ощущениями, связанными с заболеваниями внутренних органов, и ощущениями, являющимися следствием психического расстройства, связаны с количественными характеристиками – интенсивностью и продолжительностью боли. Другое толкование термина предполагает отнесение к психалгиям протопатических ощущений неопределенного характера в виде «душевной боли», приобретающей не свойственный органам болям оттенок [3, 6, 7]. Психалгия в виде «душевной боли» может рассматриваться в качестве особой разновидности сенестопатии [10].

С доминированием в сознании протопатических переживаний связывают развитие достаточно широкого круга психических расстройств. «Прорыв» в сознание протопатических ощущений определяет возникновение нарушений телесной перцепции в виде сенестопатий. Доминирование протопатической аффективности лежит в основе дисфорических состояний при экзогенно-органических поражениях головного мозга. Преобладание подкорковой протопатической чувствительности играет значимую роль при кататоническом и галлюцинозном механизмах бредаобразования. Актуализация патологического влечения при наиболее тяжелых вариантах химических и поведенческих аддикций сопровождается преобладанием в сознании больного протопатических эмоций и ощущений.

Особую роль протопатические ощущения и эмоции играют в развитии аффективных расстройств – витальной депрессии и витальной тревоги. Иерархическая модель витальных аффективных синдромов основывается на положении о первичности протопатических эмоций, являющихся непосредственным выражением церебрального патологического процесса. Иначе говоря, витальные аффективные нарушения по существу рассматриваются в качестве так называемого «основного расстройства». Другие психопатологические компоненты синдрома трактуются в качестве вторичных симптомов, представляющих собой аффективную и когнитивную переработку первичных болезненных переживаний. Наиболее удачным представляется определение витальной составляющей аффективных синдромов, предложенное А.К. Ануфриевым. «Соматопсихический комплекс с первичным нарушением общего чувства и вторичным аффективно-психологическим отражением» [1].

*Витальная депрессия.* Выявление витального симптомокомплекса имеет существенное значение при отграничении

депрессивных состояний от психологических реакций горя, дифференциации аутохтонных и экзогенных реактивных депрессий. Особое значение наличие витального симптомо-комплекса имеет при диагностике скрытых маскированных депрессий. Термин витальная депрессия используется в психиатрической литературе в различных значениях. Первая трактовка термина ставит знак равенства между понятиями эндогенная и витальная депрессия [3, 5]. В наиболее выраженной и характерной форме витальные нарушения наблюдаются при эндогенных меланхолических депрессиях.

Витальная тоска наряду с первичным чувством вины и суточными колебаниями настроения традиционно рассматриваются в качестве классических признаков меланхолической депрессии. Витальная тоска при меланхолии расценивается в качестве проявления депрессивной гиперестезии, имеющей особый протопатический характер. С.С. Корсаков обозначал витальные ощущения, сопровождающие сниженное настроение, термином психическая гипералгезия [8].

Переживание витальной тоски неотделимо от сопровождающих ее телесных ощущений. Тоскливый аффект, как правило, сопровождается ощущениями барического характера тяжести, давления, сжатия, окаменения. Витальные ощущения имеют достаточно четкую локализацию в прекардиальной либо эпигастральной области, реже ощущения локализируются в конечностях, голове, шеи, гениталиях.

Несмотря на отчетливую телесную проекцию, субъективно тягостные, мучительные ощущения расцениваются больными в качестве проявления душевного, психического расстройства. Витальная тоска переживается больными в качестве «душевного страдания», «душевной боли». Как правило, больные ограничивают витальную тоску от имевших место в прошлом переживаний, вызванных реальными неприятностями потерями, бедами.

Во второй половине дня настроение может улучшаться, снижается интенсивность и тягостность телесных ощущений. Тенденция к уменьшению выраженности суточных колебаний настроения и самочувствия отмечается при нарастании степени тяжести депрессии. При тяжелых депрессиях психотического уровня выраженность снижения настроения не меняется в течение дня. При депрессиях циклотимического уровня суточные колебания настроения выражены наиболее отчетливо.

Другое толкование термина витальная депрессия предполагает отнесение к ним депрессивных состояний различной нозологической принадлежности [1, 9]. Согласно данной точке зрения, витализация клинической картины не является специфическим диагностическим признаком, определяющим нозологическую принадлежность депрессии. Витализация клинической картины может наблюдаться при различных вариантах депрессивных состояний различной этиологии.

Отсутствует единое мнение и по вопросу о значении витальных нарушений для уровневой оценки депрессивного состояния. Одни авторы, по сути, отождествляют понятия психотическая и витальная депрессия [3, 5, 11]. Наличие витального радикала является для них значимым показателем тяжести состояния – психотического уровня депрессии. Высказывается мнение о том, что принципиальное отличие состояний психотического уровня заключается в особом «витальном изменении всей психической деятельности». На уровне феноменологического описания обнаруживается «качественное различие психотического и не психотического синдромов» [12].

Сторонники противоположной точки зрения допускают возможность витализации клинической картины как при депрессиях психотического, так и при депрессиях невротического уровня [1, 14, 20]. В.Н. Краснов разделяет витальный и психотический уровни развития депрессивного состояния. Отличительными признаками депрессивных состояний психотического уровня автор справедливо считает наличие депрессивных идей бредового характера и появление псевдокататонической симптоматики, то есть крайней степени выраженности идеаторного и моторного торможения [9].

Витализацию клинической картины дистимии – депрессии непсихотического уровня описывал в своих работах А.К. Ануфриев. Автор связывал витализацию депрессии с «оживлением протопатической чувствительности» [1]. К. Шнайдер наблюдал витализацию клинической картины при депрессиях непсихотического уровня со «стертыми проявлениями меланхолии, пессимизмом, унынием». При этом витализация переживаний отмечалась «периодически на протяжении дня, в виде кратковременных эпизодов» [20].

В диагностических указаниях к МКБ-10 клинические признаки витализации аффекта выделены в отдельную подгруппу соматических или биологических симптомов, имеющих «специальное диагностическое значение». В эту группу включены признаки характеризующие нарушение влечений, витальных функций, суточную ритмику состояния. К сожалению, в диагностический перечень соматических симптомов включены не только признаки, свидетельствующие о витализации клинической картины, но и общие симптомы депрессии («утрата эмоциональной реактивности», «снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности обычно приятной для больного»). Для диагностики «депрессии с соматическими симптомами» необходимо наличие как минимум четырех признаков. При этом не один из признаков, включенных в данную группу, не рассматривается в качестве обязательного условия для диагностики данной разновидности депрессии.

*Витальная астения или нарушение самосознания активности* [14, 15, 18]. В клинической картине витальной астении на первый план выступает резкое, беспричинное снижение физических и интеллектуальных возможностей. Развитие астении носит аутохтонный характер, не связано с действием какого-либо провоцирующего либо причинного фактора. Привычные действия требуют дополнительных, чрезмерных усилий. Отсутствует побуждение к любому виду деятельности. Мыслительная деятельность нарушена из-за затруднения образования ассоциаций, нарушений произвольного внимания.

Астеническая симптоматика носит стойкий персистирующий характер. Важно отметить, что признаки истинной истощаемости, связанные с физической либо эмоциональной нагрузкой отсутствуют. Нарушения не исчезают даже после продолжительного отдыха. Физическая усталость возникает при малейшем умственном напряжении или при незначительном волнении. Обращает на себя внимание явное несоответствие причины и следствия. Умственная деятельность вызывает ощущение крайнего физического истощения. «Примечательно, что усталость тягостна физически», а вызывается умственной интеллектуальной нагрузкой или волнением [1]. Более того, у части больных имеет место парадоксальная реакция на нагрузку – непродолжительное улучшение интеллектуальных возможностей после выполнения физической нагрузки.

Нарушение общего телесного чувства представлены особыми ощущениями утраты мышечного тонуса, «мышечной пустоты», «ватности тела», так называемый «миастенический оттенок восприятия» [1]. У части больных телесные ощущения приобретают локальный характер – ощущение «пустоты в спине», «особой тяжести в позвоночнике». Как правило, отчетливо прослеживается суточная ритмика состояния. Во второй половине дня чувство утомления, разбитости уменьшается или совсем проходит.

Особая разновидность витальной астении – синдром интеллектуальной юношеской несостоятельности. В этом случае на первый план в клинической картине выступает интолерантность к интеллектуальным умственным нагрузкам при удовлетворительной и даже хорошей переносимости физических нагрузок. Интеллектуальная несостоятельность больных с данной разновидностью синдрома витальной астении в значительной степени связана с продуктивной психопатологической симптоматикой в виде малых идеаторных автоматизмов (ментизма, шперунгов).

Определенный интерес представляет точка зрения В.А. Жмурова [6]. По мнению автора, витальность общий признак астении вне зависимости от нозологической принадлежности состояния, отличающий истинную астению от так называемой физиологической усталости. Подобная позиция, на наш взгляд, по своей сути представляет отказ от нозологического подхода к диагностике.

При нозологической квалификации состояния случаи витальной астении относят к расстройствам аффективного либо шизофренического спектра. В первом случае при так называемой циркулярной астении имеет место фазное течение заболевания с интермиссиями. Правомерность отнесения витальной астении к аффективному спектру обосновывается следующими соображениями. Клиническую картину болезни определяют протопатические нарушения ощущений и эмоций. Кроме того, отчетливо прослеживается аутохтонность возникновения и динамики состояния, с устойчивостью к внешним экзогенным влияниям. Психотический уровень дезорганизации психической деятельности маскируется особым, видоизмененным вариантом астенического синдрома.

В этом контексте представляет интерес трактовка взаимосвязи и взаимообусловленности астении, ангедонии и гипотимии [17]. В качестве основного симптомообразующего элемента депрессии С.Ю. Циркин рассматривает ангедонию – утрату способности испытывать положительные эмоции, потерю удовольствия от следования возникшему побуждению. В структуре депрессивного синдрома выделяется негативный (ангедонию) и позитивный компоненты (реакцию на ангедонию в виде тоски, апатии и астении). Астения, по мнению автора, является эмоциональной реакцией на «неудовлетворенность жизненным тонусом». Симптоматика витальной астении может наблюдаться как при малопрогрессирующих формах болезни, так и при ядерных процессуальных формах. Кроме того, витальная астения может определять клиническую картину исходного состояния – шизофренического дефекта.

*Витальная тревога.* Доминирование тревожного аффекта определяет переживание внутреннего напряжения, «взвинченности», «заведенности». Характерной является преимущественная направленность переживаний в будущее, переживание надвигающейся беды, катастрофы, угрозы благополучию. Идеаторный компонент витальной тревоги не имеет определенного конкретного содержания. В отличие от тоскливого аффекта, характеризующегося однозначностью и

определенностью, тревожному аффекту присуща известная вариабельность и неопределенность возможных негативных последствий. Изменение общего эмоционально тона восприятия проявляется в особом настороженном отношении к окружающему. Внешние объекты воспринимаются какими-то необычными, измененными.

Для витальной тревоги характерны телесные сенсации алгического («дергания», «царапанья»), термического («горения», «жжения») либо кинестетического («кручение», «клокотание») характера в различных частях тела со склонностью к миграции. Для больных с витальной тревогой типичной является вариабельность суточной ритмики состояния. Нарастание интенсивности тревоги и субъективной тягостности телесных сенсаций может наблюдаться как в первой, так и во второй половине дня.

Несомненный интерес представляет попытка выделения критериев синдрома витальной тревоги с использованием иерархического принципа [12]. При этом, однако, в число критериев витальности оказались включены общие признаки, отражающие психотический уровень либо тенденцию к генерализации нарушений. В частности, «наличие ригидного монотонного фона» настроения, препятствующего «формированию каких либо определенных переживаний» является по своей сути следствием закрытости тревожного синдрома психотического уровня для внешних влияний. Появление симптоматики «более глубоких регистров» поражения психической деятельности свидетельствует в первую очередь о генерализации патологического процесса.

В ином значении термин витальная тревога используется при описании психических нарушений при заболеваниях внутренних органов. Синдром витальной тревоги может наблюдаться не только при эндогенных психических заболеваниях, но и при тяжелых заболеваниях внутренних органов, представляющих непосредственную угрозу жизни. Витальная тревога наиболее характерна для острых жизнеугрожающих состояний, таких как приступы нестабильной стенокардии, бронхиальной астмы пароксизмальные нарушения сердечного ритма.

Витальный характер аффекта проявляется тревожными опасениями («неминуемой смерти», «близкой гибели»), отражающими непосредственную угрозу физическому существованию. Тревожность больных приобретает мало дифференцированный характер. Резкое усиление тревоги происходит при действии любого внешнего фактора, ранее провоцировавшего приступ. Предметная фабулированная тревога (страх повторения приступа) сменяется витальной тревогой со страхом внезапной смерти. Тревога оказывает дезорганизующее воздействие на поведение больного. На высоте тревоги наблюдается психомоторное возбуждение либо, напротив, моторная заторможенность с принятием вынужденной «защитной» позы.

Усиление тревоги у значительной части больных сопровождается различного рода телесными сенсациями мигрирующего характера «жжения», «горения», «пульсации». Как правило, больные отличают телесные сенсации, связанные с тревогой, от ощущений, вызванных соматическим заболеванием.

*Витальная деперсонализация или нарушение самосознания витальности* [14, 15, 18]. Особым вариантом нарушения самосознания, тесно связанным с аффективными нарушениями, является витальная деперсонализация. Витальная деперсонализация представляет собой одну из разновидностей соматопсихической деперсонализации. Проявлением деперсонализации является «нарушение само-

ощущения телесной жизнедеятельности» с ослаблением или потерей удовольствия от удовлетворения витальных потребностей. Инициальным проявлением деперсонализации является особое переживание «внутреннего разлада», «неясной измененности» общего жизненного тонуса, утрата телесного комфорта. Появляются ощущения изменившейся мимики, походки, голос утрачивает прежние акустические характеристики. Больные с начальными проявлениями витальной деперсонализации испытывают наибольшие затруднения при вербализации своих переживаний. По мере утяжеления деперсонализационных расстройств происходит дальнейшее видоизменение самоощущения телесных физиологических переживаний. Больные перестают ощущать собственные сердцебиения, движения грудной клетки при дыхании, исчезает принадлежность телесному «Я» пережевывания и проглатывания пищи. Переживание измененности затрагивает физиологические отправления. Многие больные не испытывают чувства облегчения от освобождения кишечника и мочевого пузыря. Утрачиваются тактильные, в том числе болевые ощущения. Ощущение измененности затрагивает вкусовые ощущения. Еда кажется безвкусной пресной. Исчезают запахи. Многие больные утверждают, что «не спят сутками», «полностью утратили сон». Утрачивается чувство реальности, истинности своего существования. Возникают сомнения в «реальности своего бытия». Развернутые, манифестные проявления витальной деперсонализации являются основой для формирования бредовых идей нигилистического содержания.

На основе феноменологического анализа могут быть выделены два клинических варианта витальной деперсонализации. При деперсонализации измененности сохраняется переживание принадлежности телесных ощущений и функций «Я» больного («измененное, не такое как раньше, но мое»). В случае деперсонализации отчуждения принадлежность телесных ощущений и функций «Я» больного утрачивается («измененное, не такое как раньше и не мое»).

Онтогенетический аспект развития витальной деперсонализации рассматривается в работах Е.Б. Беззубовой [4]. По данным автора, витальная деперсонализация является наиболее ранним вариантом нарушения самосознания, наблюдаемым в детском и раннем подростковом возрасте. Соматопсихическая деперсонализация наблюдается с возраста 12-13 лет, когда завершается формирования самосознания телесного «Я». Развитие аутопсихической деперсонализации наблюдается позднее в старшем подростковом возрасте.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А.К. Избранные труды по психиатрии. М., 2013. 352 с.
2. Аствацатуров М.И. Сборник избранных трудов. Л., 1939.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995. 640 с.
4. Беззубова Е.Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993, №4. С.40–44.
5. Гиндинкин В.Я. Лексикон малой психиатрии. М., 1997. 576 с.
6. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд. М., 2012. 864 с.
7. Ковалев Ю.В. Психопатология эмоций. Ижевск, 2008. 126 с.
8. Корсаков С.С. Курс психиатрии. 3-е изд. М. 1913.

9. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011. 431 с.
10. Крылов В.И. Психопатология нарушений телесной перцепции // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. №2. С. 15–20.
11. Остроглазов В.Г. О депрессиях в общемедицинской практике (клиника, психопатология, диагностика) // Независимый психиатрический журнал. 2009. №3. С.68–72.
12. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М., 2013. 448 с.
13. Сеченов И.И. Избранные произведения. М., 1933. 335 с.
14. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003. 432 с.
15. Снежневский А.В. Общая психопатология (курс лекций). 2-е изд. М., 2004. 208 с.
16. Собынников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014. 304 с.
17. Циркин Ю.С. Аналитическая психопатология. 3-е изд. М., 2012. 287 с.
18. Ясперс К. общая психопатология. М., 1997. 1056 с.
19. Conrad K. Problem der nosologischen Einheit in der Psychiatrie. Nervenarzt, 1959. Bd 30. P. 488.
20. Schneider K. Klinische Psychopathologie, 12 Auflage, Stuttgart, 1980. 174 p.
21. Head H., Rivers W. An human experiment in nerve division // Brain. 1908. 29 p.

#### REFERENCES

1. Anufriev A.K. *Izbrannyye trudy po psikiatrii*. Moscow, 2013. 352 p. (in Russian)
2. Astvatsaturov M.I. *Sbornik izbrannykh trudov*. Leningrad, 1939. (in Russian)
3. Bleikher V.M., Kruk I.V. *Tolkovyy slovar' psikiatricheskikh terminov*. Voronezh, 1995. 640 p. (in Russian)
4. Bezzubova E.B. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 1993, №4. pp. 40–44. (in Russian)
5. Gindinkin V.Ya. *Leksikon maloi psikiatrii*. Moscow, 1997. 576 p. (in Russian)
6. Zhmurov V.A. *Bol'shaya entsiklopediya po psikiatrii*. 2-e izd. Moscow, 2012. 864 p. (in Russian)
7. Kovalev Yu.V. *Psikhopatologiya emotsii*. Izhevsk, 2008. 126 p. (in Russian)
8. Korsakov S.S. *Kurs psikiatrii*. 3-e izd. Moscow, 1913. (in Russian)
9. Krasnov V.N. *Rasstroistva affektivnogo spektra*. Moscow, 2011. 431 p. (in Russian)
10. Krylov V.I. *Psikiatriya i psikhofarmakoteriya*. 2006. №2. pp.15–20. (in Russian)
11. Ostroglazov V.G. *Nezavisimyy psikiatricheskii zhurnal*. 2009. №3. pp. 68–72. (in Russian)
12. Savenko Yu.S. *Vvedenie v psikiatriyu. Kriticheskaya psikhopatologiya*. Moscow, 2013. 448 p. (in Russian)
13. Sechenov I.I. *Izbrannyye proizvedeniya*. Moscow, 1933. 335 p. (in Russian)
14. Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh*. Moscow, 2003. 432 p. (in Russian)
15. Snezhnevskii A.V. *Obshchaya psikhopatologiya (kurs lektii)*. 2-e izd. Moscow, 2004. 208 p. (in Russian)
16. Sobyannikov V.S. *Somatizatsiya i somatoformnye rasstroistva*. Irkutsk, 2014. 304 p. (in Russian)
17. Tsirkin Yu.S. *Analiticheskaya psikhopatologiya*. 3-e izd. Moscow, 2012. 287 p. (in Russian)
18. Yaspers K. *Obshchaya psikhopatologiya*. Moscow, 1997. 1056 p. (in Russian)

Поступила 18.05.17.