

Концепция клинической антропологии в медицине

Корнетов Н.А.

Conception of clinical anthropology in medicine

Kornetov N.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Корнетов Н.А.

Изложена историческая ретроспектива развития целостного подхода в медицине. Подведен некоторый итог и систематизация многолетних исследований по проблеме «конституция и болезни». Представлены новые данные об отсутствии тропизма шизофрении, язвенной болезни, цереброваскулярных заболеваний к определенному конституциональному типу. В связи с этим сформулированы современные представления о конституции человека. Рассмотрены теоретические основы становления интегративной антропологии в отечественной медицине и психологии, выделены ее разделы. Даны определения, принципы и методы клинической антропологии и рассмотрено ее значение для медицины, включая медицинское образование.

Ключевые слова: интегративная антропология, клиническая антропология, клиническая антропометрия, учение о конституции, морфо-фенотип, морфологические дисплазии, диатез, соматические болезни, психические расстройства, образование.

Historic retrospective of development of integral approach to medicine has been stated. Some result and systematization of multiple investigations on the problem «constitution and illness» has been summarized. New data has been introduced about absence of tropism of schizophrenia, peptic ulcer, cerebrovascular diseases to definite constitution type. In this association contemporary images about human constitution have been formulated. Theoretic bases of coming-to-be of integrative anthropology have been considered in native medicine and psychology; its sections have been distinguished. Definitions, principles and methods of clinical anthropology have been given and its value for medicine has been considered including medical education.

Key words: integrative anthropology, clinical anthropology, clinical anthropometry, constitution doctrine, body build, minor physical anomalies, diathesis, somatic diseases, mental disorders, education.

УДК 616.8-054:572

Введение

Во все эпохи развития медицины и искусства врачевания, практически в каждом поколении у специалистов различных разделов медицины по мере накопления клинического опыта традиционно возникал вопрос о необходимости пересмотра позиции «лечение болезни» на «лечение больного». Эта идея, по нашему мнению, определяется следующими обстоятельствами. Познание причин заболеваний и особенностей их клинических проявлений в становлении врача как специалиста эволюционирует от первоначальных относительно линейных причинно-следственных представлений о связях в области болезней человека. По мере углубления знаний, навыков и опыта врачебной деятельности клиническая практика заставляет прийти к убеждению, что причинность болезней носит многофакторный характер. Что касается клинических проявлений болезней, то их разнообразие, смешения, сочетаемость и индивидуальные проявления настолько велики, что часто не укладываются в

прокрустово ложе самых разработанных и утонченных классификаций болезней и расстройств. Возникающий у опытных клиницистов многомерный уровень врачебного мышления и научное познание с их систематической доказательной методической базой являются постоянным катализатором морально-нравственного и этического прогресса в медицине.

Врачебная теория целостного подхода: истоки и развитие

Дискуссия между глубокой дифференциацией в знаниях о различных болезненных состояниях, их лечении, профилактике и целостным видением общих закономерностей болезней, преломленных через индивидуальные особенности больного, зародилась на заре становления медицины. Старейшая Книдская медицинская школа, сложившаяся еще в VI в. до н. э., под влиянием восточной медицины продолжала традиции вавилонских и египетских врачей. Ее принципы были на-

целены на детальное описание отдельных комплексов болезненных симптомов и требовали разработки для каждой болезни особой терапии. Косская школа (V—IV вв. до н. э.) в лице основателя клинической медицины Гиппократ и его последователей, напротив, выступала критически в отношении множественного дробления болезней, подчеркивая важность индивидуальных особенностей и общего состояния больного [101]. Книдская школа, акцентирующая необходимость поиска конкретных признаков заболевания, может быть охарактеризована как направление медицины в области частной патологии. Она ориентировала на поиск проявлений болезненных процессов в системах и органах, что подразумевало дифференциацию человеческих свойств и качеств. Косская школа заложила основы клинической медицины, в центре которой стоит целостный подход к заболевшему с внимательным и бережным отношением к нему как индивиду.

Таким образом, наследие Гиппократ, его учеников и последователей до настоящего времени в преломлении к вопросу о причинной связи между личностью и болезнью с особенностями ее возникновения, проявления и течения кратко выражается в следующем приписываемом ему высказывании: «Важнее знать, какого рода человек имеет заболевание, чем какого рода заболевание имеет человек» (IV в. до н. э.) [113]. Данная формулировка ярко отражает универсальный, закреплённый в ходе развития медицинских наук антропологически ориентированный клинический подход.

С VII по X вв. н. э. центр культуры перемещается на средневековый мусульманский Восток. Арабские энциклопедисты уложили знания о природе и обществе в логические систематические рациональные системы. Данное утверждение хорошо иллюстрируется на примере обоснования Авиценной в IX в. разделов медицины, которую он разделил на ее теоретические основы и практическое использование. С учетом этой основы были построены и изложены принципы медицинских знаний, где человек рассматривался как часть природы; высказана необходимость для врача специальной терминологии, а образование врача предполагало основательное знание в области конституции человека, его онтогенеза, биоритмологии, экологии, психологии [45, 46]. Все эти взгляды в общей совокупности создали антропологический образ медицины Востока с холистической направленностью.

В теологической европейской антропологии со времен св. Августина (IV—V вв. н. э.), основоположника христи-

анской антропологии [87], доказательства в пользу автономии и божественного происхождения души как единого целого личности с большей или меньшей силой убежденности преобладали над представлениями о связи ее с телесностью вплоть до эпохи Просвещения. Ф. Петрарка, один из первых гуманистов этого периода, в афористической форме сформулировал «биопсихоантропоцентрический» девиз, отражающий понимание соотношения человека с миром: «Ego sum unus utinamque integrer» (Я сам для себя являюсь миром Вселенной, но, к сожалению, несовершенен) [59]. Затем французские философы Ламетри, Дидро, Гельвеций, Гольбах с монистической позиции, а также в рамках деистской формы материалистической философии Вольтер и Руссо утверждали положение о материальном единстве человека, теснейшей зависимости «способностей души», всех психических процессов, начиная с ощущения и кончая мышлением, от нервной системы и мозга, от состояний «телесной субстанции» [102].

Новый опыт и понимание в соотношении медицины и антропологии начинается с основ анатомии А. Везалия. По существу, именно анатомическое мышление, определяя морфологическую часть человека, стало идейной крестницей исходных представлений о традиционной антропологии, а сам термин «антропология» впервые в этом смысле употребил М. Хундт в 1501 г. Уже к концу XVI в. в труде О. Касмана о психологической антропологии строение человеческого тела сознательно противопоставляется науке о человеческой душе с тем, чтобы прийти к идее их единства [68]. Эта парадигма определяет антропологию как учение человека о его природе. Нельзя не упомянуть в этом контексте и о противоположной тенденции — психосоматическом дуализме Р. Декарта, который с XVII в. и до современности влияет на многие подходы, касающиеся разделения животной, механической телесности и нежного психического жизненного духа, по терминологии физиологов того времени. Думается, что в резком разделении психической и соматической медицины современности не последнее слово принадлежит этому философу.

Врач, с точки зрения И. Канта [117], должен приобретать свои правила поведения не из внешнего окружающего мира и не из божественного откровения, а только из самой природы вещей. Из этой эволюции вытекает и та антропология в широком смысле, как ее хотел понять Р. Вирхов [126]. Он представлял эту синтетическую антропологию как целостное знание, тесно объединенное и общей теорией развития природы, и социальным движением, которые базиру-

ются прежде всего на врачебной деятельности, и является точной наукой. Философия по Вирхову в качестве специальной или обобщающей науки должна пойти по пути естествознания и опытным путем искать предмет своего исследования и познания. Преломление данного понимания антропологии может быть выражено в следующем высказывании Р. Вирхова: «Пусть ни физиолог, ни практический врач не забывают, что медицина объединяет в себе все знания о законах, которые могут определить тело и дух» [127]. Взгляды Р. Вирхова как крупного авторитетного ученого в биомедицинских науках определили систему мировоззрения, в центре которой находится антропологически понята природа, проанализированная различными научными методами. Из них исторически, поэтапно выстраивается общая структура, конструкция целостного человека, его иерархическая системность.

По мнению Х. Шиппергеса [122], внутри многих синтетических представлений о человеке и в различных вариантах смешанных взглядов формально можно выделить три обособленных друг от друга и сохраняющихся по настоящее время антропологических направления. Во-первых, это компенсирующая антропология, которая осуществляет попытки заполнить пробелы медицинской теории через углубленную биологию, психологию и социологию. Во-вторых, онтологически и догматически ориентированную антропологию, которая претендует стать основой медицинского учения и заменить искаженные системы биологической медицины. И, наконец, эмпирически-аналитическую антропологию, которая внутри различных медицинских дисциплин ориентирована на теорию терапии.

В конце XIX — начале XX вв. в медицине в противовес как всем идеалистическим, так и материалистическим образам человека возникло поле сомнений, что обусловило предпосылки для новых концепций человека. Ими явились философия жизни Ницше и Дильтея; глубинная психология Фрейда, Юнга и Адлера; философская антропология Шеллера; экзистенциальная философия Гуссерля и Хайдеггера, феноменология Ясперса и основы медицинской антропологии Креля и Вайцзеккера [59]. Эти новые антропологические тенденции вторглись и существенно обогатили медицинские науки, способствуя расширению социокультурного и психологического контекста комплекса наук о человеке, включая и общую медицинскую теорию и практику.

Биомедицинское направление в этот же период обогащалось эволюционным учением Дарвина; теорией «дегенерации» — упадка наследственности в нисходящем поколении Мореля; новым открытием законов Г. Менделя де Фри-

зом, К. Корренсом и Э. Чермаком; хромосомной теорией наследственности А. Вейсмана, Т. Моргана, У. Бэтсона, В. Иогансена и др. [64, 98]. Фенотип больного с его изменчивостью был поставлен медициной в центр внимания на фоне происходящего отступления монокаузализма с постепенной сменой его кондиционализмом [28].

Представления о проявлениях патологического в индивидуальном и развитие учения о конституциях стали особенно продуктивными в медицине начала XX в. Четыре основных направления сформировали определенную систему взглядов в области конституциологии. Французская школа Г. Ростана, в дальнейшем С. Сиго, А. Шайю и Л. Мак-Олифа заложила основы трехмерной конституциональной схемы, выделив дигестивный, мускулярный и респираторно-церебральный типы телосложения. Англо-американская школа в лице Гальтона и Пирсона, а затем Шелдона, основываясь на биометрии, подвергала критике широко распространенную теорию типа, заменяющую систему нормального распределения черт. Итальянская школа, представленная А. Джiovани, Г. Виола и Н. Пенде, ввела идею об измерении размеров тела и статистическом анализе [46, 85]. Немецкая школа, в противоположность этому, начиная с Ф. Бенеке [110] и Б. Штиллера [124], придавала большее значение связи телосложения с определенным кругом заболеваний, чем подчеркивалась идея о предрасположении некоторых болезней к одному из конституциональных типов. Э. Кречмер [66] расценивал астеническое и пикническое телосложение как конституциональную основу соответственно шизофрении-шизоидности и маниакально-депрессивного психоза-циклоидности. Что же касается его основных достижений, то им как первым медицинским антропологом-психиатром с особой убедительностью выделены психофизические основы разных типов конституций [119].

В отечественной медицине учение о конституциях, созданное в начале XX в., является предтечей современной биомедицинской и клинической антропологии. Среди видных ученых, создавших российскую конституциональную школу, были патологоанатом В.П. Крылов, анатомы П.Ф. Лесгафт, В.Н. Шевкуненко и Ф.Г. Штефко, патофизиолог А.А. Богомолец, педиатр М.С. Маслов, терапевт М.В. Черноруцкий, психиатры Т.И. Юдин, П.Б. Ганнушкин и М.П. Андреев, антропологи В.В. Бунак и Я.Я. Рогинский, педолог М.Я. Брейтман и др. [18, 19, 58, 83, 84]. Благодаря их блестящим работам практически был подведен такой фундамент, благодаря которому учение о конституции стало приобретать статус общей научно обоснованной врачебной методологии. Можно утверждать, что данная методология позволяла не декларативно,

а на практике внедрить классическое правило медицины о лечении больного, а не болезни.

В конце 1920-х гг. один из лидеров этой общей теории медицины проф. М.В. Черноруцкий [57] писал, что учение о конституции уже делает свое полезное дело. Только пока еще следы его надо искать не в практической деятельности врача, а в плоскости врачебного мышления и врачебной идеологии вообще. Здесь, по его мнению, тихо и незаметно подготавливается крупный переворот. Однако, к сожалению, этому концептуальному повороту в мышлении врача не было суждено состояться. Идеологизация различных отраслей знания о человеке в духе социального детерминизма, лысенковской биологии, искажение и вульгаризация учения И.П. Павлова на долгие годы предопределили жестко акцентированные политические установки формирования «нового» социалистического человека, социалистического типа личности [94]. Как справедливо отметила Г.И. Акинщикова [3], учение о конституциях длительное время переживало кризис и на 50 лет было вытеснено с магистральных путей развития биомедицинских наук на обочину научно-исследовательской мысли.

Предпосылки антропологического ренессанса в медицине

Потребности к интеграции в биомедицинских дисциплинах, в том числе и с сопредельными науками, были явно обозначены с конца 60-х и начала 70-х годов прошлого века. Этому в немалой степени способствовали обсуждения проблем причинности в медицине, выдвинутые И.В. Давыдовским [31]; концепция В.П. Эфроимсона о генетико-эволюционной «родословной» альтруизма [105]; теория П.К. Анохина о функциональных системах [12, 13]; информационная теория П.В. Симонова [93] и др. Именно этим наряду с реабилитацией генетики в отечественной науке были заложены основы междисциплинарного анализа проблем биологического и социального в человеке. Большое значение для развития данной дискуссии также имела накопленная неудовлетворенность от преобладающих в те годы представлений о примате функции над структурой, физиологии высшей нервной деятельности над мозговым субстратом.

Первоначально проявилась тенденция к обсуждению мультифакториальности неинфекционной патологии, а затем и междисциплинарному синтезу в науках о человеке. Постепенно точки зрения смещались в плоскость обсуждения различных теорий медицины, среди которых целостная

концепция человека стала занимать видное место. Следует подчеркнуть, что в этом обсуждении речь не шла о создании некоей совершенно новой биомедицинской парадигмы, которая стала бы доктриной, перекрывающей известные теории и концепции. Скорее, возникла потребность в определенном синтезе накопленных фактов в монодисциплинарных исследованиях, концептуальном повороте, выводящем проблему человека на стыки наук и их интеграцию. Важно отметить, что наиболее близко к этим вопросам подошел В.Ф. Сержантов [92]. В его интерпретации конкретизация обсуждения в построении общей теории медицины выглядела следующим образом. Во-первых, это не должна быть особая теория, которая стояла бы над общими биологическими теориями. Во-вторых, она не должна строиться на рефлексивно-философских взглядах на природу человека. В-третьих, такая теория не должна выглядеть в форме противопоставления другим, поскольку тогда она бы изначально несла в себе заряд насильственного внедрения. Теоретический синтез, претендующий быть научной теорией медицины, должен охватывать и биологию человека, и культурно-исторические аспекты [91]. Из этого момента вытекала невозможность обозначить такую теорию биологией человека. Сформированный к тому времени прорыв в области методологии и понимании новых задач в биомедицинских, биопсихологических и биосоциальных исследованиях последовательно реализовался в конкретных научных направлениях в области генетики, конституциологии, этологии, экологии и ритмологии психических и поведенческих расстройств [21—23, 27, 45—48, 52—54], которые обусловили ренессанс антропологических исследований и идей. Новые данные наряду с другими исследованиями были методологически разработаны, дополнены и обобщены в работах Б.А. Никитюка — первого президента Международной академии интегративной антропологии [67, 69, 79, 80].

Основные разделы интегративной антропологии

В термине «антропология» заключается исторически сложившаяся цель этой науки: изучение физической и социокультурной изменчивости народов, населяющих нашу планету. Определение «интегративная» было предложено нами в 1992 г. в ходе обсуждения антропологических подходов в медицине, психологии, педагогике, спортивной практике [43]. Это понятие фиксирует междисциплинарное рассмотрение всего многообразия фенотипических характеристик челове-

ка и личности на разных иерархических уровнях его организации при постоянном сохранении понимания единства его психофизической структуры и изменчивости, обусловленной всем ходом экологической адаптации в процессе эволюции человечества [79, 82]. Как вытекает из общего смысла данного определения, интегративная антропология в определенной мере восполняет существующую разобщенность медицины с биологией человека, биологии с психологией, педагогикой и социологией.

Помимо синтетических функций, предполагающих методологические основания для сближения комплекса наук о человеке в перспективе, современной целью интегративной антропологии является обеспечение психобиологическим знанием (разрядка наша. — Н. К.) специалистов, работающих в области не только патологии, но и развития человека, а также его воспитания, образования, социальной поддержки и криминальных аспектов поведения. Такое знание складывается из изучения межличностных различий в конституции человека [51, 76]; понимания знаковой системы его основных форм невербального поведения [27, 48]; четких представлений о значении генетических факторов, лежащих в основе формирования темпераментных свойств, индивидуальных способностей и наклонностей, адаптивно-приспособительных качеств и креативности, соматических, психических и поведенческих расстройств, патологических изменений и состояний [20, 89, 111, 120, 121]. Не меньшее значение имеют систематизированные знания об онтогенетических фазах развития человека, включающих представления о темпах его роста и созревания, сенситивных периодах в развитии; относительных синхронизаций-десинхронизаций в становлении различных соматических и психических отклонений, особенностях семейного воспитания, условиях жизни и профессии, месте

обитания, этнической принадлежности и социокультурном окружении в целом [26, 71, 109]. Как недавно уточнялось, современная антропология России наряду с морфологией изучает изменчивость физиологических, серологических, дерматоглифических и других свойств организма [81]. Интегративная антропология добавляет к этому рассмотрение соматопсихического единства человека, изменчивости его индивидуальных (соматических) свойств, а также поведенческих, личностных (психических) свойств и качеств в их взаимосвязи с соматотипическими характеристиками, с одной стороны, и социокультурными — с другой [69].

В кратком виде основные положения теории интегративной антропологии (ИА) представлены на рис. 1. Три основных направления в антропологии входят в ИА: общая, или классическая, антропология (ОА) и биомедицинская антропология (неоантропология), которую можно разделить на валеологическую антропологию (ВА), или антропологию здоровья, и клиническую антропологию (КА), или антропологию клинической медицины.

Общая антропология возникла на стыке естествознания и истории. Под общей антропологией мы понимаем традиционную антропологию при ее включении в состав интегративной антропологии, что принимается далеко не всеми специалистами. Эта классическая антропология в России была определена в начале XX в. Д.Н. Анучиным [14] как наука об изменяющемся во времени и пространстве человеке при подразделении ее на морфологию, антропогенез, учение о расах. Общая антропология — наука о формах и факторах морфофункциональной изменчивости человека. При массовых обследованиях населения, практикуемых этой наукой, состояние здоровья человека, как правило, не оценивается. Используется понятие «практического» здоровья, что имеет достаточно обобщенный, лишенный конкретности смысл.

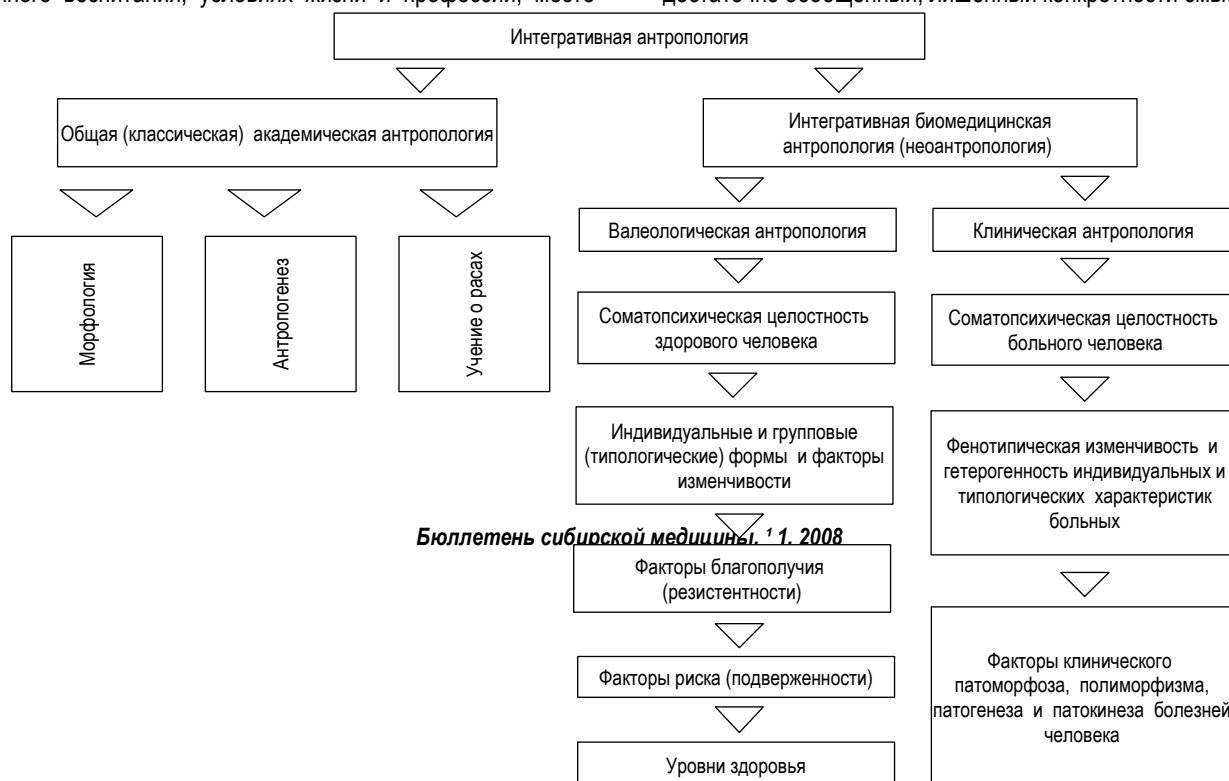


Рис. 1. Основные положения интегративной антропологии

ВА вытекает из синтеза общей антропологии и профилактической медицины, КА образуется на стыке биомедицинской антропологии и клинической медицины. Стратегическими установками этих наук могут быть признаны следующие: ОА — основа человековедения, включающая морфологию, антропогенез и учение о расах; ВА — основа профилактической медицины, которая ориентирована на исследования соматопсихической целостности здорового человека в его межличностной (групповой) изменчивости с ориентацией на факторы, влияющие на эту изменчивость, выделением факторов благополучия и уровня здоровья; КА — основа клинической медицины, в задачи которой входит изучение соматопсихической целостности больного человека, клинико-конституциональный полиморфизм болезней человека, а также индивидуально-типологическая, половая, возрастная, психобиологическая этнотерриториальная, профессиональная изменчивость патологических процессов, болезней и состояний.

Общим теоретическим основанием объединения этих трех направлений является тенденция рассматривать человека в его соматопсихической целостности на разных иерархических уровнях организации под углом зрения о формах и факторах изменчивости, составляющих его признаков. Тактические установки этих наук заключаются в том, что ОА исследует изменчивость организма во времени и пространстве, ВА изучает соматопсихическое единство человека, факторы его благополучия и риска, а КА изучает изменчивость патогенеза и патокинеза заболеваний в связи с различиями онтогенеза, метаболизма, реактивности организма и психобиологии личности.

Ведущими уровнями познания этих антропологических наук, объединенных в ИА, является для ОА популяционный (внутри- и межгрупповой), для ВА и КА — внутривнутрипопуляционный (индивидуальный). Идея изменчивости в связи с возрастной, половой, конституциональной, этнотерриториальной, профессиональной принадлежностью человека являет-

ся стержневой для всех антропологических наук. Этим определяются основные приоритеты научной проблематики: ОА — вопросы антропогенетики и антропоэкологии, ВА — вопросы соматопсихической целостности, конституции и изменчивости уровней здоровья, КА — вопросы конституции и болезни во взаимосвязи с темпами роста и созревания (биохронологический фактор) и корреляциями соматотипических особенностей больных с биологическими подсистемами организма и психотипологией личности.

При этом имеются различия подходов в трех основных разделах ИА: ОА — изучение изменчивости признаков на уровне соматотипа, ВА — изучения соотношений различных форм частной конституции, локальных конституций с общей конституцией, КА — значение роли конституционального фактора в патологии [78].

Таким образом, для ОА ведущим в изучении проблемы конституции служит «горизонтальный срез» при межличностном сопоставлении различных соматотипов или коррелирующей функционирования систем организма внутри соматотипов. Для биомедицинской и клинической антропологии основное значение имеет «вертикальный срез» при внутрииндивидуальном и внутривнутриличностном сопоставлении типовых особенностей по каждому иерархическому уровню соматопсихической целостности человека (рис. 2). Наиболее системно эти уровни были разработаны В.С. Мерлиным [75] и В.М. Русаловым [88]. Этими исследователями были заложены основы психологической антропологии, которые требуют своего дальнейшего развития, особенно в рамках современного становления клинической психологии в России [60, 63].

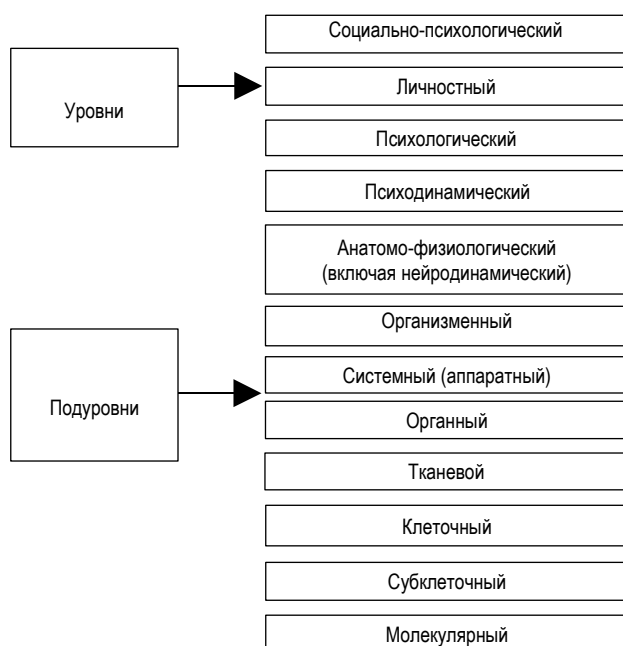


Рис. 2. Иерархические уровни интегральной индивидуальности по В.С. Мерлину в модификации и дополнении Б.А. Никитюка, Н.А. Корнетова [82]

Интегративную антропологию можно рассматривать в качестве новой синтетической пограничной науки, выделение которой обусловлено эволюцией развития биологии и медицины, где монокаузализм сменяется кондиционализмом, линейный лапласовский детерминизм — вероятностно-стохастической оценкой причинности, системным анализом, а частнопредметность знаний о человеке — стремлением к всесторонности его познания. Наиболее концептуально и методически разработанным к настоящему времени представляется раздел биомедицинской и клинической антропологии в рамках интегративной антропологии [2, 6—9, 16, 41, 62, 67, 77]. В этом отношении можно считать, что идеи известного отечественного патолога И.В. Давыдовского [32] о методологических вопросах патологии имеют преимущество в части теоретического синтеза биологии и медицины.

Клиническая антропология: методы и принципы

Медицинский, или лечебный, раздел интегративной биомедицинской антропологии называют клинической антропологией. В широком смысле этот раздел комплекса наук о человеке призван выяснять многообразие соматопсихической изменчивости человека с учетом существующих дифференцирующих факторов для индивидуализации методов диагностики и лечения пациентов [58, 82, 84]. Необходимо

еще раз подчеркнуть, что принцип, где первичность определяется за больным, а вторичность — за болезнью, несмотря на его постоянное повторение, удивительным и таинственным образом каждый раз исчезал в последующих поколениях врачебного искусства. Теперь, в начале третьего тысячелетия, когда новым заклинанием стало: «медицина, основанная на доказательствах», настает момент для инновационных технологий и в области, которая традиционно определялась следующим сочетанием понятий: «конституция и болезнь». Как подчеркивали на Втором Международном конгрессе по интегративной антропологии В.М. Мороз и Б.А. Никитюк [74], исследования сибирской клинико-антропологической школы по конституциональному полиморфизму многих психических и соматических заболеваний делают реальным определенный прорыв в теории внутренних болезней и нозологии [34, 36, 39, 44, 52—56, 58, 59, 64, 83]. Методологический анализ и современная концептуализация многочисленных исследований в области изучения клинико-конституциональных закономерностей течения ряда заболеваний, которые проводились нами более 30 лет, позволяют сформулировать ряд основных положений по разделу «клиническая антропология» и относительно систематизировать базовые определения и принципы.

Клиническая антропология входит самостоятельным разделом в систему интегративно-антропологических наук, изучает индивидуально-типологическую изменчивость фенотипа и биопсихологические особенности личности пациента для оценки их клинико-патогенетического, прогностического и терапевтического значения. Из этого следует, что клинико-антропологический подход переносит акцент на изучение факторов и форм межличностной изменчивости морфофункционального, онтогенетического, полового, соматопсихического, этнического, экологического и социального характера. При такой ориентации клинический полиморфизм изучаемой патологии сопоставляется с гетерогенностью биологии человека и этносоциокультурной, экологической средой его обитания. Основная методологическая установка клинико-антропологической модели медицины заключается в одновременном и сопряженном анализе характеристик, репрезентирующих фенотип больного, и семиотической структуры болезни с ее анатомо-физиологическими особенностями, который проводится в концептуальной аналоговой системе фоновых-фигурных взаимоотношений. Фоном являются многочисленные характеристики больного, включая весь набор параклинических данных, рассматриваемых в контексте общего плана строения, функционирования организма и преморбидных биотипологических личностных основ инди-

вида, фигурой — клинические переменные. Согласно данной модели причинность болезненного состояния будет определяться самим фактом взаимодействия внутренних генетических и внешних средовых факторов со свойствами «реагирующего» субстрата на разных иерархических уровнях его организации, которые обобщаются на целостности, называемой конституцией человека.

Возникновение и обоснование любого нового направления, пограничной науки помимо определенной методологии, основных принципов и объекта исследования должны иметь свои зоны соприкосновения с другими сопредельными дисциплинами и также базироваться на своем основном методе исследования. В этом отношении клиническая антропология образуется на пересечении медицинских наук и антропологии с большинством специальных отраслей психологии личности (генетическая, возрастная, дифференциальная, медицинская, психофизиологическая, психодиагностика, психотерапия), этологией, социальной экологией и этнографией, а также с нондуалистическими синтетическими субдисциплинами и концепциями — психосоматикой, психонейроиммунологией, психонейроэндокринологией, неогиппократизмом, холизмом и др.

Клиническая антропометрия — основной метод клинической антропологии, позволяющий с помощью специальных инструментов и шкал определить количественные и качественные фенотипические характеристики пациента, особенности морфофенотипа конституции, его возрастную, половую, нормальную и патологическую изменчивость во взаимосвязи с клиническими проявлениями болезни. Известное выражение Э. Кречмера о том, что «сантиметр не видит ничего» [66], может быть отнесено лишь к зоркому взгляду клинического антрополога, который способен увидеть и определить сочетания локализованных в разных местах признаков в их морфогенетической взаимосвязи. Что же касается объективного выявления частных и общих закономерностей в телосложении и использования этих данных клиницистами самых различных специальностей, то следует в качестве антитезы сказать: «Сантиметр определяет все». Как и любые методы обследования человека, процедуры антропометрического обследования требуют определенных навыков и опыта. Измеримые признаки в своих сопоставлениях и корреляциях объективно воспроизводимы, а при современных статистических процедурах могут выявить такие связи, которые и очень чувствительным сенсорным системам человека недоступны.

Помимо антропометрии и антропоморфоскопии, все современные методы изучения структур и функций биологической организации человека, позволяющие оценить изменчивость строения во взаимосвязи с общей его соматотипической принадлежностью: рентгеноконтрастные, радиоизотопные, ультразвуковые, магнитно-резонансные, органо- и гистометрические, микроспектрофотометрические и другие, — также служат задачам клинической антропологии. Методы клинической визуализации, исследование конституциональных аспектов прижизненной интроскопической анатомии, разработка визуализационной семиотики патологических процессов при учете фоновых-фигурных соотношений являются одной из фундаментальных задач в развитии современной клинической антропологии. Перефразируя общие рекомендации М.П. Брейтмана [18], корреспондирующиеся в 20-х гг. прошлого века к специалистам по рентгенометрии, их можно расширить в отношении всех современных интроскопических визуализационных методов исследования. Сущность такого рода рекомендаций могла бы быть сведена к следующему. Все новейшие методы исследования различных отделов тела, применяемые с целью диагностики обычных терапевтических, неврологических, психиатрических, хирургических и других заболеваний, будут иметь значительно более высокую точность и разрешающую возможность при соблюдении дополнительных исследований. Во-первых, если эти методы не будут оставлять без внимания корреляции размеров исследуемой части тела, органа или ткани в их связи с частным проявлением конституции. Во-вторых, их следует соотносить с общим взаимоотношением пропорций всего тела и особенностью общего его строения. Изменчивость и размах вариабельности различных отделов тела, его органов и систем настолько велики, что требуется разработка генетической координированной антропометрии. В противном случае число диагностических клинических артефактов, когда фоновая характеристика нормальной изменчивости оценивается в качестве фигурной — патологической, будет постоянно велико, поскольку для всех технических и аппаратных средств диагностики за норму принимаются средние стандартные унифицированные характеристики, параметры и размеры. В связи с этим образование по врачебным дисциплинам в современный период, с нашей точки зрения, уже немислимо без субдисциплины по основам биомедицинской и клинической антропологии и морфометрии [1, 42, 80, 82]. Кроме того, в рамках каждой клинической специальности должны преподаваться особенности конститу-

циональной изменчивости того или иного органа (органов) и систем, частные конституции: краниологическая, одонтологическая, флебологическая и т.д. Что же касается специалистов, работающих в визуализационных системах диагностики, то для них знания по возрастной, половой, конституциональной, системоорганной, локальной, антропологической, морфологической изменчивости могут быть приобретены только при организации нового предмета. Следует подчеркнуть, что на очередной конференции по интегративной антропологии, которая состоялась в Новосибирске, была впервые организована секция антропологических проблем современных методов клинической визуализации [35]. На этой секции обсуждались проблемы нормы и региональных нормативов, конституциональные аспекты прижизненной интроскопической анатомии, использование индексов как метод антропометрических и фотометрических данных, антропологические аспекты реконструктивной и пластической хирургии при активном участии УЗИ-диагностов, рентгенологов, специалистов магнитно-резонансной томографии и др.

Учение о конституции — основа клиничко-антропологического подхода в медицине

Биомедицинская клиничко-антропологическая модель медицины базируется на учении о конституции. Важно выделять не конституцию вообще, а общую конституцию и ее частные подсистемы. Неотделимость биопсихотипологического ядра личности от особенностей структурно-функциональных множественных целостных взаимосвязей в соматической сфере индивида, их корреляций с психическими качествами, выраженных внешне и доступных для анализа и понимания через тип телосложения, собственно и составляет основной смысл и нерушимость учения о конституциях. Эта неотделимость также является теоретико-методологической основой преодоления психосоматического дуализма хотя бы на уровне общих представлений о психотипологии человека, признании значения генетики в ее развитии и поведении.

Подчеркнем некоторую условность разделения общей конституции. Как в области соматической своеобразное объединение в единую систему всех морфологических, физиологических и эволютивных особенностей организма является соматической конституцией данного индивидуума, так точно и в области психической объединение в общее целое всех особенностей, выявляющихся в восприятии, самоощущении и движении, влечениях, инстинктах, составляет его психическую конституцию.

В сущности, при выделении психической конституции мы искусственно выделяем некоторые признаки и свойства или даже отдельные стороны ряда особенностей индивидуальности из всей системы личности. Искусственность резкого отделения психических феноменов от соматических явлений выясняется тем больше, чем глубже мы изучаем этот вопрос. Конституцию раньше называли «соматическим „Я“ индивидуума» [76]. Это определение является удачным, если иметь в виду, что сюда входят и все нервно-психические механизмы и силы, которые объединяют соматические проявления в одно «Я», в одну замкнутую сложную систему, будучи сами тесно связаны со всеми другими соматическими особенностями и признаками, не отделимыми от них. Только исторический ход изучения человеческого организма, сложность психических явлений и неполное наше знание сложных механизмов нервной деятельности заставляют считать методологически полезным, а иногда и неизбежным рассмотрение психических явлений в известном отношении автономно. Но это отделение психических явлений имеет тот же смысл, что и отделение морфологических особенностей от физиологических или эволютивных — это только особая форма выявления энергии того же организма и особенностей его строения.

Одна из задач конституциологии заключается в анализе вариабельности организменных признаков, в процессе которого их необходимо связывать с соответствующей им относительной и (или) обобщенной целостностью. По мере того как были открыты реактивные и компенсаторные отношения между болезненными отклонениями и соматической субстанцией в целом, возрастало значение теории конституции. Особое значение конституциональная изменчивость реактивности — резистентности приобретает в анализе «патокинеза», по И.В. Давыдовскому [32], при так называемых мультифакториальных заболеваниях, при болезнях с неясным модусом наследования, психосоматических расстройствах и психических расстройствах.

В настоящее время насчитывается более ста различных определений конституции человека, детальный анализ которых является предметом отдельного исследования. Мы лишь отметим характеристики в определении конституции, которые наиболее часто повторяемы, поскольку это имеет не только этимологическое значение, но и включает исторический, научный и клинический опыт исследователей. К этим типичным характеристикам конституции относятся «индивидуальные физиологические и анатомические особенности»; «индивидуальное строение тела со специфической восприимчивостью»; «выражение количественной и качественной способности организма к физиологической реак-

ции»; «целостность унаследованных и приобретенных морфологических и функциональных признаков»; «определяемая организация человеческого организма с особенностями ЦНС и ее функциональными свойствами»; «целостная совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных свойств организма человека» и др. [24, 29, 41, 76, 85, 95, 99]. В зависимости от специальности и взглядов исследователей в понятие конституции включают с большим или меньшим акцентом физические и физиологические признаки, психические свойства личности, которым свойственна определенная реакция на внешние средовые воздействия, или подчеркивается влияние конституциональных особенностей на реактивность организма и его сопротивляемость болезнетворным факторам [70].

По мнению В.В. Кузина и Б.А. Никитюка [68], конституция является интегратором и координатором объединения свойств и качеств в составе соматопсихической целостности человека, и этим объясняется значение, придаваемое данному фактору в интегративной антропологии. Однако при существующих морфофизиологических подходах к феномену конституции психологические его аспекты часто «выводятся за скобки». Учение о конституции занимает центральное положение в биомедицинской и клинической антропологии. В биосоциальной антропологии [69], составной частью которой служит и психологическая подсистема, ведущие позиции занимает учение о личности человека. Возникает ситуация, при которой биологическая составляющая интегральной индивидуальности (конституция) плохо стыкуется с социальной (психологической) составляющей — личностью. Это приводит к депсихологизации взглядов на природу конституции (ее частичному «обезглавливанию») и дебиологизации представлений о личности.

Поскольку изучение конституции последние 10—15 лет объединяет усилия не только традиционных «классических» антропологов, но и тех представителей медицины, психологии, педагогики, теории и практики физической культуры, которые тесно сотрудничают в рамках интегративной антропологии, необходимо более строго определить современное понятие конституции человека. Мы отдаем себе отчет о возможной модификации этого представления о ней по мере уточнения самой теории учения о конституции и развития интегративной антропологии. На текущий момент научная ответственность дефиниции конституции нами определяется, во-первых, 35-летним опытом клинко-антропометрических исследований более 12 нозологических единиц или

определенных форм болезни с выявлением конституционально предпочтительных профилей их патокинеза. Во-вторых, пионерскими кооперативными исследованиями в области эволюционной биологии, конституциологии, экологии и ритмологии, этологии психических и поведенческих расстройств. В-третьих, разработкой образовательной концепции по клинической психологии и социальной работе в Сибирском государственном медицинском университете (г. Томск) на основе многолетней работы с пациентами и клиентами в рамках биопсихосоциального подхода. И, наконец, генетико-биологической школой классической психиатрии и длительной методологической и организационной совместной деятельностью с блестящими отечественными и зарубежными учеными и специалистами по созданию основных направлений работы Международной академии интегративной антропологии. Все эти моменты дают отнюдь не только теоретическую возможность попытаться предложить сравнительно универсальное определение общей конституции человека.

Итак, **общая конституция** является интегральной качественно взаимосвязанной совокупностью относительно стабильных в период жизни человека его соматических, биопсихологических характеристик и поведенческих паттернов, сложившихся в ходе антропогенеза, которые на уровне целостной индивидуальности обеспечивают генетически детерминированный способ реагирования в ответ на внешние и внутренние изменения и воздействия.

Поскольку смысл теории конституции генетико-биологический, то эволюционные представления являются стержневыми в его определении. Эволюционный подход к антропогенезу конституциональных типов, очевидно, должен базироваться на представлениях об образовании стойких генетических и функциональных связей при различных психофизических типах. Их вариабельность, в том числе и по биопсихологическим, поведенческим характеристикам, обеспечивает адаптивность человеческой популяции. Среда обитания и взаимодействие с ее биотическими факторами различных народов, климатогеографические условия проживания, способность к изменению уклада жизни накладывают неизгладимые устойчивые особенности на их психофизическую организацию [11]. Внутри каждой расы, как показал Ф. Вейденрейх [25], наряду с этим удивительно повторяются одни и те же конституциональные типы. Оригинальная палеоантропологическая реконструкция некоторых особенностей морфофункционального статуса ископаемых предшественников человека

показала существование морфологического полиморфизма и адаптивных черт в телосложении палеоантропов и ранних неоантропов [27]. Сравнительно-приматологические исследования также указывают на высокий морфологический полиморфизм у человекообразных обезьян [82]. Можно представить себе, что для процесса эволюции и адаптиогенеза необходимо было формирование определенного сбалансированного полиморфизма морфофункциональных типов, проявляющих в зависимости от различных влияний то одних, то других факторов окружающей среды определенный спектр селективных особенностей, который у разных представителей был далеко неравноценен в своей вариативности и обеспечивал эволюцию человеческой популяции.

Различая людей по длине и размерам тела, пропорциям их телосложения, частным конфигурациям мозгового и лицевого черепа, дистальным отделам конечностей, мы можем увидеть значительную вариабельность в их строении и в то же время характерную согласованность на уровне целостности общего строения типа, межиндивидуальную отличительность и типологическую повторяемость. Аналогичным образом, как было уже подчеркнуто, люди различаются по темпераментным характеристикам, по своим эмоциональным реакциям, скорости их протекания, психомоторной экспрессии, особенностям восприятия, мышления и т.п. Обе эти стороны выражения телесных и психических свойств и качеств человека находятся друг с другом в тесных биоэволютивных отношениях, определяющих соматопсихическую целостность человека, его конституцию. Таким образом, первым и основным отличительным положением нашей формулировки общей конституции является эволюционный принцип ее формирования.

Второе положение, которое отличает наше определение от предыдущих, заключается в том, что это не просто сложение морфологических и функциональных свойств и признаков, а интегральная качественно взаимосвязанная их совокупность, хотя это уже вытекает из эволюционного принципа. В дополнение к нему укажем на то, что целое не сводится к сумме частей и целое имеет новое качество. В конституциональной биологии целостность — общая конституция не только представляет собой некий высший, согласованный своим развитием уровень обобщения организменных кондиций, но и различные соматофункциональные характеристики на интегративном уровне имеют качественно иные взаимосвязи, чем если бы они рассматривались автономно при изучении определенной функции или строения тела. Любая направленная попытка их рассмотрения в межсистемной взаимосвязи или в сопряженности с другими структурами и функциями организма должна отвечать

основному методическому основанию теории конституции — соотношению их в рамках целостности.

Третье положение, на которое, прежде всего, обратит внимание физиолог, почему отсутствуют в определении функциональные свойства или признаки? Соматическая область, собственно, и представляет собой своеобразную единую систему всех морфологических, физиологических и эволютивных особенностей организма, являясь соматической конституцией данного индивидуума. Вторым аргументом против множественных перечислений функциональных системных признаков (например, биохимическая, биофизическая, эндокринологическая, иммунологическая конституции) заключается в том, что, определяя общую конституцию человека в ее совокупности, само собой разумеется включение функции в соматические характеристики, относящиеся к природе (*physis*) живого человека. Большая часть нейро- и психофизиологии также находит свое отражение в понятии биопсихологии личности и поведенческих паттернах.

Описываемая в определении общей конституции генетически заданная реакция в клинической медицине может иметь следующие характеристики: реактивность, резистентность; в психологии, например, экстра- и интравертированность; в педагогике — обучаемость, способность к познанию; в спортивной антропологии — выносливость. Они могут быть развиты научением, специальными обучающими и тренинговыми программами, но закономерно останутся в пределах определенной индивидуальной и (или) типологической генетической нормы реакции. Что касается характеристики ответа на внешние или внутренние изменения или воздействия, то их не стоит конкретизировать как болезнетворные, вирулентные и т.п. Научное право за учением о конституции закреплено медициной исторически и эмпирически, однако определение должно носить универсальный, а не специализированный характер. Теория конституции является для человечества универсальной. Вытекающие из этой теории фундаментальные положения проходят сквозь все системы представлений об отличительных особенностях людей, их индивидуальных различиях по многим аспектам природных качеств, наклонностей, поведения, деятельности и отношений.

Столь подробное описание обоснования понятия общей конституции сделано исключительно из-за множественности часто повторяемых устаревших определений и расхождения между теоретическим и клиническим пониманием этой проблемы ввиду уже отмеченного длительного кризиса в ее развитии. Совершенно не претендуя на финальность или какую-либо абсолютность данного определения, мы считаем,

что на его основании с помощью научной дискуссии можно создавать конвенциональную истину, что крайне важно для теоретического естествознания.

Что касается медицинских профессий, то учение о конституции является краеугольным камнем клинической антропологии, поскольку она прежде всего ориентирована на соматопсихическую целостность индивида, на внутреннюю межсистемную сопряженность структурно-функциональных элементов его организации. Из конституциональных представлений в медицине вырастает рассмотрение проявлений патологических процессов, болезней и реакций в их индивидуальном выражении у конкретных пациентов. Эта проблема имеет чрезвычайно большое значение для общей и частной медицины с точки зрения оценки родовых и видовых проявлений болезни. Род болезни, его нозология соотносится с ее видовым проявлением примерно так же, как философские категории «всеобщего» и «особенного». Метафорически болезнь можно представить себе как белый луч со скрытым, невидимым набором всех цветов радуги, а конституция является той «призмой», которая разлагает всю цветовую палитру на их особые сочетания. В основе индивидуально-психологических свойств этой призмы лежат свойства не той или иной отдельной, частной биологической подсистемы, а общая конституция человеческого организма, которая рассматривается как совокупность всех подсистем конституции, т.е. всех физических и физиологических свойств индивида, закрепленных в его наследственном аппарате [90]. По отношению к человеческой индивидуальности, в рамках специальной теории индивидуальности реализуется принцип, согласно которому происходит переход от низших уровней упорядоченности множества элементов (биологических свойств, свойств нервной системы) к высшим — формально-динамическим свойствам. В результате такого поступательного движения образуются новые структуры: темперамент, интеллект и характер [89]. Таким образом, морфогенетические силы, формирующие мозг и состав тела, его компоненты и в конечном счете общую конструкцию телосложения по принципу бинарной оппозиции, в первичных своих элементах являются общими. Исходя из этого, основной структурной компонентой конституции является морфофенотип.

Морфофенотип — главная подсистема общей конституции

Морфофенотип (синонимы: конституционально-морфологический тип, соматический тип, соматотип, тип телосложения) является макроморфологической подсистемой общей конституции. Соматотип не есть частная конституция, рядоположенная с биохимической, нейродинамической и другими функциональными компонентами конституции, как считают некоторые исследователи [88]. Роль соматотипа значимее уже потому, что он является, прежде всего, структурным, наиболее генетически детерминированным выражением конституции, образует ее облигатный признак, основу. Если первый фенотипический уровень выражения конституции представлен хромосомами, то высший уровень фенотипической организации человека выражается его типом телосложения. Он является внешней, наиболее доступной исследованию и измерению, относительно устойчивой в онтогенезе и наследственно обусловленной подсистемой общей конституции и в целом отражает основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общей реактивности организма и биопсихотипологии личности (темпераментные, энергодинамические, реактивные, витальные свойства). Из этого положения следует, что определение соматотипа — это лишь первая базисная основа для последующего анализа, поскольку он является схваченной на определенном отрезке онтогенеза застывшей формой определенной функции.

В соматотипе, во-первых, находят структурное закрепление те движущие силы, которые определяют особенности темпов роста и созревания, в том числе и системогенез мозга. Во-вторых, его обобщенная конструкция, компоновка всей постройки (пропорции телосложения), частности и детали сооружения (девиации строения тела) имеют большое значение для всей общей и частной медицины в плане индивидуализации анализа соматического и психического функционирования и их взаимосвязанных отношений. Иначе говоря, определенная персонификация телесно-организменных и психических отклонений мыслимы на уровне целостности только в связи с определенной соматической организацией, рассматриваемой одновременно как анатомически, так и функционально. Объединение в единую систему всех морфологических, физиологических, эволютивных особенностей организма наряду с психической составляющей конституции, выявляющейся в инстинктах, темпераменте, психомоторике, самоощущении, восприятии, является современным правилом биомедицинского клинко-антропологического подхода.

Если прочертить линию в изучении психической составляющей конституции от гуморальной концепции Гипократа, начальных психосоматических представлений Галена, «кровавой» теории Аристотеля, то по мере умножения знаний об организме на смену гуморальным (физиологическим) представлениям пришла солидарная (морфологическая) концепция. Для морфологического подхода определяющим моментом стала связь индивидуальных качеств человека и происхождение его болезней с разной плотностью и соотношением тканей, составляющих телесный образ. Именно отсюда возникли обоснованные представления о различии в строении тела человека с соответственно коррелирующими психическими качествами. Эти взгляды далеко выходили за рамки только темпераментных характеристик. Они обосновывали, что психическая конституция представляет собой структурную основу личности, ее природно-психические свойства и качества. В противоположность этому содержательная сторона личности не зависит от конституции человека, она многообразно детерминирована и является вторичным образованием в результате импрессиона по В.П. Эфроимсону [106], психодинамического развития личности, научения, приобретения различных навыков, воспитания и образования. Однако здесь необходимо отметить, что структуру личности и ее содержание не следует абсолютно противопоставлять, так как властная печать конституции лежит не только на общем габитусе человека, его индивидуальных особенностях, склонностях и манерах, но и на том, как формируется эта личностная содержательность, какими врожденными потенциями она питалась и, наконец, каким способом она выражается.

Первой принципиальной позицией в современном учении о конституциях является то, что морфофенотип фактически и исторически является основным доступным измерению интегральным проявлением конституции.

Вторая важная позиция заключается в определении, какой же признак следует считать конституциональным? Конституциональным можно считать тот признак, который имеет высокую генетическую детерминированность, высокую межиндивидуальную изменчивость, которая может выражать различия между индивидами, группами или субпопуляциями людей. При этом внутрииндивидуальная изменчивость должна быть в стабильную фазу онтогенеза относительно низкой. В связи с этим весь многолетний опыт наших антропометрических исследований показывает, что в клинической антропологии следует использовать антропометрическую технику, основанную на костных, остеометрических измерениях. Жировая и мышечная компоненты хотя и кор-

релируют с длинными и широкими размерами тела, но их внутрииндивидуальный размах варибельности достаточно высок в связи с питанием, образом жизни, профессией, физической культурой, болезнями и т.д. Поэтому их включение в определение типа телосложения менее обоснованно, хотя во многих конституциональных классификациях и схемах они используются [41, 76, 103, 104].

Остановимся на самом принципиальном вопросе в понимании конституционального типа. В медицине традиционным представлением и укоренившейся, трудно преодолимой точкой зрения является позиция о предрасположенности определенных конституциональных типов телосложения к тем или иным заболеваниям. Эти взгляды кратко можно определить следующим образом: конституция в таком понимании приравнивается к диатезу и отражает предрасположенность к болезням, а различия в типах телосложения при той или иной болезни доказывает тропизм определенных болезней к тому или иному типу телосложения. Уже более века считается, что «апоплектический» гиперстенический *habitus* предрасполагает к артериальной гипертензии и кровоизлиянию в мозг; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки преобладает у пациентов с астеническим типом телосложения; шизофрения проявляет тропизм к астенической конституции. Этот ряд можно продолжить, но здесь важно подчеркнуть, что речь идет о многофакторных заболеваниях, которые часто рассматриваются в рамках концепции диатез-стресса [116, 121].

Анализ истории данного вопроса показал, что российские медицинские школы формировались под значительным влиянием немецкой и французской клинической медицины, поскольку основная последипломная клиническая практика многих выдающихся отечественных врачей, создавших медицинские школы, в начале их профессионального становления проходила в виде стажировок преимущественно в Германии и Франции. Этот вопрос был подробно освещен Д.Д. Плетневым [86]. Как уже указывалось, в Германии школа конституциологии, а по существу — конституциональной патологии, формировалась под влиянием представлений об аномальной конституции или конституциональных представлениях. Позиция рассмотрения конституции как предрасположенности, диатеза к определенным заболеваниям длительно удерживалась и во многих дисциплинах осталась прежней. В зарубежных руководствах по психиатрии по-прежнему периодически приводится точка зрения Э. Кречмера о тропизме шизофрении к астеническому типу телосложения [112, 114]. Если эту позицию довести до логического конца, то в представлениях о полигенном наследовании шизофрении с определенного по-

рогового значения ряд шизоидных личностей заболевают шизофренией, а циклоидных — маниакально-депрессивным заболеванием. Таким образом, только шизоид с астеническим телосложением может заболеть шизофренией и циклоид с пикническим типом телосложения — циклофренией. Ясно, что психиатры-клиницисты не могли согласиться с возможностью разбавления этих тяжелых заболеваний до нормальных темпераментов. Было указано, что шизоид отстоит от шизофрении подобно тому, как алкоголизм от белой горячки [123], а К. Ясперс прямо указал, что Кречмер потерял «нить Ариадны» в вопросе резких различий между личностью и психозом [108].

Степень актуальности этой проблемы была настолько велика, что научная группа экспертов ВОЗ высказала рекомендацию о целесообразности проведения клинико-антропометрических исследований шизофрении в разных странах мира с целью уточнения связи шизофрении и астенического типа телосложения [15]. Приведем часть новых фактических данных, которые положили начало пересмотру некоторых основополагающих традиционных представлений о конституции человека и его болезней.

Предпочтительная систематика типов телосложения в клинической медицине в свете новых данных проблемы «конституция и болезни»

Объективно клинико-антропометрически были обследованы 840 больных шизофренией и 482 здоровых лица контрольной группы по методике В.В. Бунака, принятой в НИИ антропологии им. Д.Н. Анучина им. М.В. Ломоносова, принятым набором антропометрических инструментов. Техника клинико-антропометрического исследования, детальные данные представлены в специальных работах [52—54]. Все критерии репрезентативности для антропометрических и клинических исследований также подробно изложены ранее [46, 82].

В результате полученных принципиально новых данных (рис. 3) оказалось, что частота встречаемости основных типов телосложения: астенического, нормостенического, гиперстенического (пикнического) — в контрольной группе и среди больных шизофренией, диагностические научно-исследовательские критерии которых отвечали МКБ-10, статистически не различается ($p > 0,1$). Эти данные позволяют пересмотреть широко распространенный, как мы указывали, традиционный взгляд на генетическую связь шизофрении с

астенической конституцией. Шизофренией может заболеть человек как астенического (лептосомного), так и гиперстенического (пикнического) типа телосложения с равной вероятностью. Высказанная ранее гипотеза [96] о том, что астенический тип может входить в состав генного комплекса, обуславливающего развитие шизофрении, должна быть отвергнута, равно как и постулируемый последователями Кречмера тропизм шизофрении к астенической конституции.

Наряду с этим при анализе типов течения шизофрении, которые, как мы знаем, отражают конституциональную реактивность, были получены данные относительно их выраженных различий [54]. На рис. 4 представлено, каким образом в зависимости от конституциональных типов телосложения распределяются относительно благоприятные (эпизодическое ремитирующее с фактически полными ремиссиями, эпизодическое со стабильным дефектом без нарастания негативной симптоматики) и неблагоприятные (непрерывное, эпизодическое с прогрессивным развитием негативной симптоматики) типы течения.



Рис. 3. Частота встречаемости основных типов телосложения среди больных шизофренией и здоровых лиц

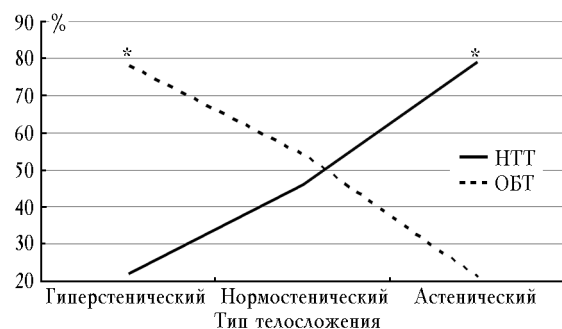


Рис. 4. Зависимость благоприятных и неблагоприятных типов течения шизофрении от типа телосложения: * — отклонение от равновероятного прогноза с достоверностью $p < 0,001$

Полигон вероятностного распределения показывает, что непрерывное течение с нарастанием негативной симпто-

матики с высокой вероятностью наблюдается при астеническом соматотипе, а приступообразное течение без выраженной негативной симптоматики преобладает при гиперстеническом типе телосложения. И тот, и другой варианты течения равновероятно встречаются у больных с нормостеническим соматотипом. Самым примечательным оказалось то, что прогрессирующие непрерывно, протекающие неблагоприятно типы течения и приступообразные, протекающие относительно благоприятно количественно сбалансированы полярными конституционально-морфологическими типами. То есть определенному числу благоприятно протекающей шизофрении на гиперстеническом полюсе соответствует примерно такое же число неблагоприятно протекающей шизофрении при астеническом типе телосложения.

Как показали многочисленные исследования этого направления, многие заболевания подчиняются тем же закономерностям в клинко-конституциональных взаимосвязях. Следовательно, конституционально обусловленный клинический полиморфизм носит универсальный характер и должен быть изучен при разнообразных патологических состояниях

Изучение язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в аналогичной клинко-антропометрической модели для изучения закономерностей динамики болезней, имеющих многофакторную детерминацию, также показало отсутствие тропизма этого заболевания к астенической конституции (рис. 5). Наряду с этим соматотипологической основой прогрессирующего течения ЯБЖ и ДПК с высоким уровнем вероятности (99,9%) оказался астенический тип телосложения [17].

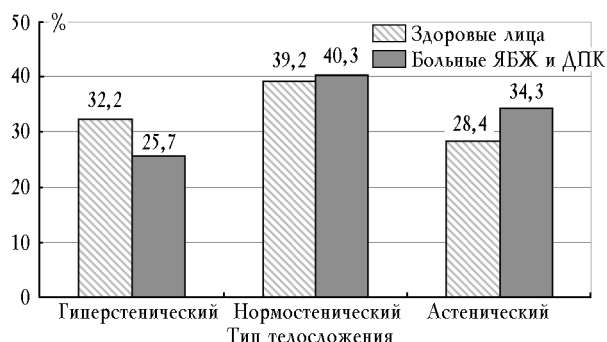


Рис. 5. Частота встречаемости основных типов телосложения среди больных ЯБЖ и ДПК

При соматотипировании группы больных, перенесших инсульт, обнаружилось следующее распределение: пикнический соматотип — 28,9%, нормостенический — 42,9%, астенический — 28,1%. Таким образом, вновь не подтвердились ранние представления о накоплении случаев инсульта при

гиперстенической (плеторической по Штиллеру) конституции. Средний возраст начала заболевания при гиперстеническом соматотипе составил $(56,0 \pm 1,5)$ года, при нормостеническом — $(55,5 \pm 1,4)$ года, астеническом — $(52,6 \pm 2,45)$ года ($p < 0,001$) [38].

На основе анализа результатов линейной регрессии разработан количественный подход к оценке зависимости возраста наступления инсульта от антропометрических показателей. Согласно предложенной модели исследования конституциональной дифференциации возрастной и половой изменчивости возраста ко времени возникновения инсульта получены значимые различия по возрасту возникновения инсульта в зависимости от соматотипических особенностей пациентов с одинаковой закономерностью для обоих полов ($p < 0,0001$). У пациентов астенического соматотипа инсульт возникает в более молодом возрасте, что определяет более неблагоприятное развитие церебрально-сосудистой патологии (таблица) [72].

Вероятностная модель конституциональной дифференциации изменчивости возраста ко времени возникновения инсульта

Тип телосложения	Пол	Коэффициент модели В
Гиперстенический	М	2,73
	Ж	1,47
Нормостенический	М	1,3
	Ж	1,73
Астенический	М	3,57
	Ж	3,4

Примечание. В — коэффициент линейной регрессионной модели; М — мужчины, Ж — женщины.

Выявление повторяющихся по общепатологической логике конституционально зависимых проявлений клиники и течения при различных заболеваниях могут быть расценены как обнаружение новой закономерности в учении о болезнях — **конституциональной детерминации клинического полиморфизма соматических, психических и поведенческих расстройств** (выделено нами. — Н. К.). Сущность этой закономерности заключается, во-первых, в том, что вся совокупность клинических проявлений болезни, включая формы, типы течения и другие ее основные характеристики, имеют качественные отличия в различных соматотипических группах больных; во-вторых, тенденции к относительно благоприятному или неблагоприятному течению патологии количественно сбалансированы полярными морфофенотипами конституции: астеническим и гиперстеническим.

Накопленный исследовательский и теоретический опыт доказал состоятельность выделение основных конституционально-морфологических типов в нашем подходе при клиническом анализе соматических и психических заболеваний. В

настоящее время наиболее биологически осмыслена трехмерная классификация конституциональных типов. Определение их проводится по объективным антропометрическим характеристикам.

В биологии человека и медицине конституциональные типы телосложения встречаются под разными названиями, но по основным показателям соответствуют друг другу. Значимыми конституциональными осями являются астенико-нормо-пикноморфная (гиперстеническая), андро-мезо-гинекоморфная, макро-мезо-микросомная. Первая отражает вариации размерности тела в длину и ширину и наиболее связана с биопсихотипологией индивида; вторая — степень соматической половой дифференциации (половой диморфизм) и наиболее коррелирует с гормональным профилем индивида; третья отражает степень грацилоидности-атлетоидности и наиболее ассоциирована с различиями динамики онтогенеза. В то же время данные конституциональные оси взаимно коррелируют в силу общности морфогенетического развития. Наиболее оптимально дискретность соматотипических групп в координате астено-нормо-гиперстении определять с точностью до 0,60—0,67 квадратичного отклонения, что в основном отвечает и соматоскопическим представлениям об этих типах, но антропометрические данные дают возможность к сопоставлению разных материалов [103].

Основной принцип конституционального подхода состоит не в поисках прямолинейной связи между определенным соматотипом и определенным заболеванием, а преследует цель выявить видовую трансформацию родовых свойств болезни на генетическом пересечении биологических основ конституциональных типов с факторами, обуславливающими возникновение болезни. Многочисленные исследования клинко-конституциональных закономерностей развития различных соматических и психических заболеваний и их отдельных форм доказывают, что в рамках каждого конституционального типа может быть определен характерный профиль патокинеза патологических процессов и состояний (свойства «реагирующего субстрата» по И.В. Давыдовскому [32]), имеющий значимое диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение [17, 34, 38, 39, 44, 46, 51, 72, 80].

Основное, как уже указывалось, методологическое искажение в учении о конституциях заключается в недостаточном различении нормальных конституциональных типов с патологическими, из-за чего крайние соматотипы рассматриваются как субпатологические, диатезные, предрасполагаю-

щие к определенному спектру расстройств и заболеваний. Поэтому представляется клинически обоснованным проводить разделение между нормальной конституциональной изменчивостью в выделяемых устойчивых типах и изменчивостью в типологических характеристиках диатеза или патологических конституций как определенного предрасположения или основы для патологии.

Эволюция представлений о диатезе и его определение в клинической антропологии

Классическое представление о диатезе как о предрасположении, склонности к чему-либо остается по-прежнему неизменным и определяется генетически недифференцированными, отклоняющимися от нормальной изменчивости биогенетическими факторами, имеющими определенное фенотипическое оформление. Вместе с тем предприняты попытки пересмотреть данное определение с различных позиций. В современной разработке проблемы диатеза можно выделить четыре направления: клинко-генетический иерархический подход к выделению «адаптивных фенотипов» человека; идентификация генетически недифференцированных дисплазий с генетическими синдромами и тенденция к выделению болезни соединительной ткани; концепция диатез-стресса при мультифакториальных заболеваниях; концепция соматопсихического дизонтогенеза.

Термин «адаптофенотип» был предложен для обозначения реальных эмпирически определяемых повторяющихся дискретных комплексов признаков на различных уровнях фенотипического полиморфизма [33]. При данном подходе предлагается выделять следующие фенотипические уровни организации: биохимический, качественный фенотипический и количественный фенотипический. Выделение адаптивных фенотипов человека, по мнению этих исследователей, позволит очертить наиболее сходных по фенотипу и «адаптивной норме реакции» индивидуумов. По- существу, речь идет о том, что многие фенотипические эмбриогенетические характеристики человека в их ассоциации с клиническим синдромом будут приобретать при углублении нашего познания определенную специфику. Данная гипотеза, несомненно, имеет определенный научный потенциал в отношении дальнейших выделений генетических синдромов, но вряд ли она может охватить те наследственные признаки, которые в фенотипическом выражении не имеют выраженной пенетрантности, но по своей совокупности определяют определенное предрасположение к неблагоприятному течению мультифакториаль-

ных заболеваний [44, 65] или повышенную подверженность к неблагоприятным факторам [5].

Второе направление связано с систематизацией соединительно-тканых дисплазий и выделением болезни соединительной ткани (СТ). Исторически этот подход восходит к конституциональной классификации А.А. Богомольца [19]. Врожденную патологию соединительной ткани, проявляющуюся снижением ее прочности, в настоящее время принято обозначать термином «дисплазия». Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) определяется как аномалия тканевой структуры, проявляющаяся в уменьшении содержания отдельных видов коллагена или нарушении их соотношения, что приводит к снижению прочности соединительной ткани многих органов и систем. Следствием этого является расстройство гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях, что сопровождается различными морфофункциональными нарушениями висцеральных и локомоторных систем с прогрессивным течением [107]. В других трактовках ДСТ определяется как генетически детерминированное заболевание, характеризующееся нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Сложности с оценкой дисплазии соединительной ткани возникают и при клинической классификации. Большинство авторов разделяют наследственные заболевания соединительной ткани на дифференцированные и недифференцированные. В отношении дифференцированных ДСТ никаких вопросов не возникает, поскольку речь идет о генетических синдромах и биохимических дефектах с отчетливой клинической картиной: синдром Марфана, различные типы синдрома Элерса—Данлоса, несовершенный остеогенез и синдром вялой кожи — *cutis laxa*. Эти заболевания относятся к группе наследственных заболеваний коллагена — коллагенопатиям. Они редко встречаются и свободно диагностируются клиническими генетиками.

Так называемые недифференцированные дисплазии соединительной ткани встречаются во много раз чаще, и общая тенденция их диагностики строится по подобию с дисплазиями, наблюдаемыми при соответствующих генетических синдромах или в случае частого их наблюдения в определенных органах и системах. В подобных случаях ряд авторов говорят о «марфаноподобной» или «элерсоподобной» дисплазии [37]. Широко используется в литературе акроним «MASS-фенотип» (по первым буквам наиболее частых фенотипических признаков — Mitral valve, Aorta, Sceleton, Skin), говорят также о дисфункции или слабости соединительной ткани, о мезенхимальной недостаточности или синдроме «малых» соединительно-тканых дисплазий [73].

Не останавливаясь подробно на анализе этого подхода, все же заметим, что основная ориентация в представлениях о соединительно-тканых дисплазиях носит типичные для медицины черты. Во-первых, выделить общую дисплазию СТ как единую системную болезнь; во-вторых, типизировать эти дисплазии, используя аналогами диспластический астенический тип телосложения в его экстремальных вариантах проявления при генетических синдромах; в-третьих, множество дисплазий, которые не являются гипопластическими, также рассматривать в системе фенокопий синдромов Марфана и Элерса.

Тем не менее биомедицинское значение этого направления трудно переоценить. С точки зрения клинической антропологии разработка проблемы недифференцированных соединительно-тканых дисплазий в их взаимосвязи с органическим и системным функционированием и общим влиянием на организм и личность имеет прямое отношение к развитию теории диатеза, патологических конституций. Следует подчеркнуть, что лица с выраженными проявлениями дисплазий соединительной ткани не следует относить к общей конституции человека. Мезенхима играет большую роль в конституции человека, однако свойства соединительной ткани не исчерпывают конституции организма в целом. Необходимо учитывать, что целое всегда больше своих частей, и конституциональные особенности организма определяют и особенности его мезенхимы.

Третий подход рассматриваемой проблемы был первоначально разработан в северо-американской психиатрии и получил название модели диатез-стресса [116, 121]. В настоящее время под диатезом понимается фактор уязвимости, основанный на генетически обусловленной предрасположенности. Терминологически используются также понятия «диспозиция», «уязвимость», «подверженность». Как и во многих других областях медицины, по мере развития этих представлений понятия диатеза, или подверженности, стали расширяться и охватывать внегенетические факторы [115]. Например, для объяснения депрессии в диатез стали включать невротизм и пессимистическое мышление. Рассмотрение этих эмоционально-когнитивных характеристик, как оказалось, имеет некоторое обоснование для включения их в наследственно-биологические диспозиции на том основании, что невротичность имеет генетическую детерминацию, а негативное мышление коррелирует с ней [111]. Однако рассмотрение в этом же контексте как разновидностей диатеза сиротства, плохого родительского ухода в качестве наследственно-биологических предиспозиций не оправдано, поскольку относятся к психосоциальным факторам, которые

могут быть и причинными, и пусковыми, и проявляющими (преципитирующими) при наличии определенной предрасположенности [109]. Результаты эмпирических работ, проведенных с целью проверки этих гипотез о взаимодействии, пока еще достаточно разнородны [118].

В целом модель диатез-стресса показывает практически одинаковые подходы к разным нозологическим психическим расстройствам. Но диатез по своей генетико-биологической основе неспецифичен в отношении различных заболеваний. Лица, восприимчивые к различным болезненным состояниям, имеют неспецифический дизонтогенез, формирующий низкую толерантность и высокую подверженность к разным заболеваниям. Было бы очень странно, что к десяткам тысяч болезней в каждом случае выделялся определенный специфический диатез, хотя попытки такого рода или выделения личностей по болезням на основе психофизиологических корреляций при некоторых психосоматических заболеваниях не так давно часто использовались: «артритический», «астматический», «язвенный» типы личности. Справедливости ради следует подчеркнуть, что и в этих случаях указывали на конституциональную уязвимость [10].

Концепция соматопсихического дизонтогенеза была предложена нами с момента описания и определения регионарных морфологических дисплазий (РМД). Этим обозначением подчеркивается локальность и структурность проявления дисплазии (*dis* — расстройство, *plasis* — формирование, образование). РМД включают как суб- и супранормальные девиации в строении тела, так и собственно малые аномалии развития. В единичном виде РМД являются вариантом морфологической изменчивости и особого клинического смысла не имеют. При их множественном накоплении они являются фенотипической маркерной системой пренатального дизонтогенеза [49, 50, 56]. Он обуславливает постнатальную ретардацию в соматической половой дифференциации и эволютивные симптомы и синдромы асинхронии развития различных соматических и психических функций. В этом случае врачи, несомненно, чаще сталкиваются с конституциональной патологией и нарушениями развития органов и систем.

Современные исследования подтвердили диагностическую ценность РМД при их накоплении относительно определения дизонтогенеза. Причиной дизэмбриогенеза является дисгармоничный генотип, поскольку большинство морфодисплазий имеют наследственную природу. Степень выраженности клинических проявлений соматопсихического ди-

зонтогенеза в постнатальный период значительно варьирует. Он может проявляться в задержке психического и физического развития, их искажении; в более легких случаях наблюдаются индивиды, имеющие ряд функциональных сдвигов и обладающие сниженными адаптационными возможностями. Наконец, лица, вполне приспособленные, с достаточно высоким уровнем компенсации, у которых клинически дизонтогенетические черты могут проявиться в сенситивные периоды онтогенеза, при болезнях в качестве модифицирующего фактора или остаться в скрытом виде. Онтогенез является чрезвычайно динамичным процессом, поэтому во многих случаях признаки искажения его нормального хода, связанные с недостаточностью центральных механизмов мозга, могут быть при благоприятных условиях развития индивида компенсированы и частично обратимы. Ф.А. Ата-Мурарова и О.К. Ботвиньев [5] показали ассоциированность слабого, или запоздалого, развития видовых рефлексов с генетически обусловленными дисплазиями: нарушение строения ушных раковин, готический свод, аномалии дерматоглифики, что образует единый паттерн дисгармоничных функций. В дальнейшем дестабилизированный генотип, обладая более низким порогом к влиянию экзогенных вредностей, включая и отрицательные социально-средовые, и психогенные воздействия, детерминирует более частую подверженность к нервно-психическим нарушениям и расстройствам, более высокую степень ее выраженности. На клиническом уровне у детей и подростков это проявляется широким спектром психических, эмоциональных, поведенческих, соматоневрологических, когнитивных нарушений и расстройств типа заикания, тиков, которые выступают факторами асинхронии в психическом развитии и онтогенетической эволюции нервной системы в постнатальном периоде. При неблагоприятных жизненных обстоятельствах лица, имеющие дизонтогенетические признаки, более склонны к дисфункциональным реакциям, аффективным, аномальным личностным реакциям и аддиктивному поведению. Такие индивиды рассматриваются как носители негармоничных фенотипов, стоящие на границе популяционной «нормы» [4]. Из этого следует, что часть из них может вполне приспособиться к определенным условиям жизни. Другая часть будет находиться в группе риска по подверженности к нервно-психической патологии, а в случае развития соматических, неврологических и психиатрических заболеваний, расстройств патологические процессы чаще протекают более неблагоприятно с непереносимостью некоторых препаратов, рези-

стентностью к терапии и высоким удельным весом побочных эффектов от применения фармакологических средств. Кроме клинико-антропологического значения РМД следует также учитывать их роль в формировании телесного образа личности, поскольку многие из них связаны с представлениями о внешнем эстетическом недочете или изъяне, косметическом дефекте, что порождает нежелательные дисморфобические переживания, которые могут стать основой психогенных реакций и развитий личности.

Итак, **диатез** как определенную клинически важную категорию наиболее целесообразно понимать как преимущественно наследственно обусловленное клинически выраженное дисфункциональными нарушениями отклонение от нормы и (или) болезненное состояние организма и личности, которое относится к патологическим конституциям. Диатез выявляется через признаки соматопсихического дизонтогенеза и (или) по качественно иной способности реагировать на те влияния эндогенной и экзогенной среды, которые для нормальных конституциональных типов являются достаточно переносимыми или безразличными.

Клиническая антропология в медицинском образовании

В соответствии с глубокой дифференциацией биомедицинских наук в современного студента вкладывается по каждой дисциплине определенная сумма, с точки зрения программы этого раздела, необходимых знаний. К моменту окончания медицинского университета он имеет в своем интеллектуальном багаже несколько десятков пройденных предметов, который скорее напоминает справочник с отдельными разделами, чем общее медицинское руководство со взаимосвязанными разделами изученных дисциплин. Как известно, общей концепции медицинского образования, объединяющей фундаментальные теоретические и клинические дисциплины, не существует. Может ли клиническая антропология по правилу «бритвы Оккама», не умножая сущностей сверх необходимости, создать интегрирующее начало во врачебной подготовке в целом? Мы полагаем, что университетский стиль образования обязательно должен включать в себя ориентацию на целостный подход в медицине [61].

Для того чтобы каким-то образом это осмыслить, представим себе, что студент медицинского университета или академии приходит на кафедру анатомии и антропологии, где, прежде всего, запечатлеет скульптуру греческого бога или богини. С этими образами у него навсегда свяжутся представления о гармонии, канонических пропорциях чело-

веческого тела с его золотым сечением, удивительных корреляциях между его сегментами. Прежде чем такой студент начнет изучать структуру отдельных костей и других тканей, его познакомят с элементами антропометрии, расовой и конституциональной изменчивостью в строении тела, с общими закономерностями физического развития. На кафедре гистологии он может получить знания о микроморфометрии, гистоморфологической основе нормальных патологических процессов в ассоциации с представлением об их различии в связи с органной и общеорганизменной изменчивостью [1]. На кафедре физиологии он узнает, что типы высшей нервной деятельности, составляющие физиологическую канву темпераментов, являются лишь частью характеристики конституционального типа и без связи с типом телосложения, с одной стороны, психотипологическими характеристиками — с другой, они недостаточны для целостной оценки личности больного, а следовательно, и для клинической практики. В дальнейшем наш студент на кафедре патофизиологии получит представления о патологических конституциях, диатезах и их отличии от нормальной изменчивости конституциональных типов. На терапевтических кафедрах он сможет в действительности убедиться, что строение органов и особенности функционирования различных систем организма существенно варьируют в зависимости от того, к какому конституциональному типу принадлежит больной. Он сможет понять, что низкий показатель нормы сахара или холестерина в крови у астеника и высокий показатель нормы этих веществ у гиперстеника являются их конституциональной особенностью, а не патологией или фактором риска. Он узнает, что, оказывается, язвенная болезнь, согласно современным исследованиям, встречается одинаково часто и у астеников, и у гиперстеников, но проявления болезни существенно различаются. В итоге суть не в частоте встречаемости болезни при определенном конституциональном типе, а в том, как те или иные заболевания проявляются у лиц с разной конституцией. На кафедре акушерства и гинекологии можно было бы увидеть, какие сложности в детородных функциях испытывают женщины с преобладанием астенического соматотипа и инфантильно-грацильных пропорций телосложения. Важно было бы изучить, как часто у них бывает инфантилизм, двурогость или ретродевиация матки и невынашиваемость плода. В курсе неонатологии необходимы данные о некоторых конституциональных различиях в биомеханике плода с учетом анатомической изменчивости и функционального состояния матки, а также детальное изучение диспластических признаков новорожденного как фенотипических маркеров дизонтогенеза. В педиатрическом курсе было

бы целесообразно использовать лучшие работы по педологии в качестве общей науки о детстве и развить учение профессора М.С. Маслова об аномалиях конституции и диатезах. В судебной медицине важным разделом были бы данные о теории и практике идентификации личности по его отдельным фенотипическим характеристикам и следам. При изучении неврологии большой интерес в контексте интегрирующих знаний представляли бы сведения о малых аномалиях развития и их клиническом значении. При знакомстве с медицинской и клинической генетикой было бы целесообразно развить концептуальное наследие профессора С.Н. Давиденкова об условном тропизме невротропных задатков [30]. Кафедра лечебной физкультуры и врачебного контроля может дать много важных представлений о спортивной антропологии. И, наконец, на кафедре психиатрии, медицинской психологии и психотерапии можно доказать, что соматическая и психическая конституция разделяются в значительной мере условно в силу расчленения медицины на соответствующие специальности, а по существу психическая и соматическая организация человека взаимосвязаны. Эта взаимосвязь обусловлена нормой реакции генотипа и движущими силами роста и развития организма в динамике онтогенеза. Что же касается научения, среды, то вся динамика становления индивида, личности, стиля жизнедеятельности опосредованы социумом через механизмы импринтинга-импринтинга, трансляцию социокультурных нормативов семьей в процессе воспитания, коммуникацию в горизонтальной плоскости со своими сверстниками и при получении знаний, умений и навыков во время обучения. Однако любая оценка, интерпретация психодинамики развития личности не может быть понята, если она не соотнесена с ее биотипологическим ядром, конституцией человеческой индивидуальности, общим планом его строения и функционирования.

Думается, что наш гипотетический студент существенно выиграл бы от такой организации медицинского образования, и к началу специализации в рамках определенной медицинской дисциплины целостный взгляд на пациента остался бы в структуре всего его клинического мышления независимо от того, будет ли он специалистом в области хирургии, психиатрии, ЛОР-болезней или ультразвуковой диагностики. Более того, из психологии эмоций известно, что стенические чувства связаны с удовольствием; они оживляют психофизиологическое функционирование организма, повышают общий витальный тонус и психическую активность, тогда как астенические проявления чувств угнетают

общее психоэмоциональное состояние, что значительно снижает когнитивные возможности восприятия. Образование, несомненно, должно возбуждать интерес и по возможности максимальное количество положительных, приносящих удовольствие чувств. В этом случае во много раз возрастает внимание. Что же может быть более увлекательным, чем познание человека в его целостности, отличительности и индивидуальности?

Возникает вопрос, насколько это реально и возможно. Здесь следует учесть два важных обстоятельства. Первое — наука является деятельностью до известной степени управляемой. Науковедение доказывает, что гипотезы и концепции, имеющие эмпирическое подкрепление, опытное и экспериментальное подтверждение, согласующиеся с другими законами и теориями общего порядка, вполне жизнеспособны. Они принимаются в качестве относительно нового методологического подхода к оценке уже известных фактов, закономерностей, позволяющего каким-то более продуктивным или быстрым способом их понять, решать и обогащать. Вторым моментом связан с историческими корнями. Жизнеспособно лишь то, что имеет преемственность, школы, выступающие в качестве носителей совокупности мировоззренческих предметно-логических общностей, теоретико-методологических посылок и морально-этических установок.

Заключение

Изложенная клиничко-антропологическая парадигма уже в той или иной степени существовала в медицине. Вне принципов историзма и преемственности не может быть истинного прогресса науки. Мировая мудрость, искусство врачевания и лечения, их связь с философией, моралью, эстетикой, личностная история развития конкретного человека всегда были в той или иной степени основной темой обсуждения в медицине наряду с физиологией и патологией, здоровьем и болезнью. Антропологический контекст этих вопросов в качестве целой системы взглядов очевиден, и такая антропология всегда являлась мерилем уровня клинического мышления у старого поколения врачей, даже если она преподносилась недостаточно рефлексивно, а отдельными фрагментами в виде передачи лучших образцов медицинских правил, постулатов, определений из прошлого, непрерывно накапливаемого опыта врачевания; всего того, что находится на зыбкой границе между точным научным знанием и искусством лечения. Поэтому, излагая ретроспективу на антропологические идеи в медицине, мы старались максимально

четко очертить, в каких областях этот подход получил современное развитие, в том числе с учетом собственных многолетних исследований и формулирования системы взглядов на клиническую антропологию соматических заболеваний и психических расстройств, ее методы и принципы.

В настоящее время будущие контуры клинической антропологии особенно выразительно выступают в качестве одной из основ обучения и расширения навыков, необходимых для поддержания ориентированного на пациента стиля медицинского обслуживания в биопсихосоциальной модели. Что касается фундаментальных основ медицины, в отношении терапии болезней основанной на научных доказательствах, то цель клинической антропологии заключается в разработке типологически более однородных по соматологии и психотипологии групп пациентов, подвергающихся современным технологиям изучения эффективности лекарственных средств, которые пока идентифицируются преимущественно по половозрастным критериям.

Основные положения, принципы и категориальные дефиниции клинко-антропологической модели медицины определяют ее антропоцентрическую ориентацию, индивидуализируют и гуманизируют подходы на определенной систематизированной методологической системе научных представлений. Данный подход в отличие от некоторых направлений философской антропологии с ее восходящей трансцендентностью постулирует в большей степени нисходящую трансцендентность, рассматривающую человека в свете природного единства, в котором сома и психика воссоединены через процессы, охватывающие все уровни структурно-функциональной организации от биомолекулярного до социокультурного. Человек, его индивидуальность предстает в данном случае как интегрированная целостность, где генотип и фенотип неразрывно связаны между собой, а в методологическом аспекте предпочтение отдается познанию интеграции над дифференциацией, многозначным нелинейным взаимосвязям в противовес однонаправленным линейным зависимостям, мультикаузальности против монокаузальности. Возможно, не будет большим преувеличением подчеркнуть, что большую гармонию составляет не разум, «дробящий» целостную картину мира, а разум, стремящийся к будущему космическому пониманию Земли как единого суперорганизма, в эволюционно-природный контекст которого вписан человек.

Новое — это всегда хорошо забытое старое. Доказательство этого мы находим у М.Я. Брейтмана [18], где он цитирует редакционную статью одного американского журнала: «... если повторение может быть ключом воспитания в новой об-

ласти, то мы должны повторить, что рассмотрение *типов* (выделено нами. — Н. К.) бросает луч света на медицинское образование в будущем, мы выражаем в своих словах веру, что повторение истины приведет к убеждению, за исключением, может быть, тех мест, где царит самое безнадежное невежество. Какая-нибудь медицинская школа первая введет лекции о типе в свою программу, а другие должны будут пойти за нею, когда уже для них будет поздно также идти во главе, и этим будет дано и студенту, и больному благодеяние новых знаний о типе — этого новейшего подспорья в медицинской науке и искусстве».

Прошло более 80 лет, и вновь эти слова также своевременны и современны, как и в 20-х гг. начала прошлого века. Вся история медицины показывает, что стремительный рост знаний в области общей медицинской теории, клинической медицины и частной патологии происходит после их антропологического орошения.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. М.: Медицина, 1990.
2. Акинщикова Г.И. Телосложение и реактивность организма. Л.: Изд-во ЛГУ, 1969.
3. Акинщикова Г.И. Соматическая и психофизиологическая организация человека. Л.: Изд-во ЛГУ, 1977.
4. Алтухов Ю.П., Ботвиньев О.К., Курбатова О.П. Популяционно-генетический подход к проблеме неспецифической биологической устойчивости человеческого организма // Генетика. 1979. Т. 15. № 2. С. 352—360.
5. Ата-Мурадова Ф.А., Ботвиньев О.К. Инвариантные функциональные системы новорожденных и их дестабилизация в современной популяции // Системогенез и проблемы генетики мозга. М.: Наука, 1983. С. 55—69.
6. Актуальные вопросы медицинской и клинической антропологии: Материалы межреспубл. науч. симп. / Под ред. Н.А. Корнетова. Томск: ТНЦ АМН, 1991. 92 с.
7. Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: Тез. докл. научн. конф. / Под ред. В.Г. Николаева. 1992. 68 с.
8. Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: Матер. междунар. конф. / Под ред. Н.А. Корнетова, В.Г. Николаева. Томск; Красноярск, 1996. 109 с.
9. Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: Материалы рос. конф. / Под ред. Н.А. Корнетова, В.Г. Николаева. Красноярск, 1997. 186 с.
10. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. Пер. с англ. М.: Прогресс-Культура; Изд-во Агент. «Яхтсмен», 1995.
11. Алексеева Т.И. Адаптивные процессы в популяциях человека. М.: Изд-во МГУ, 1986.
12. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Принципы организации функций. М.: Наука, 1972. С. 5—61.
13. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975.

14. Анучин Д.Н. Беглый взгляд на прошлое антропологии и на ее задачи в России // Рус. антропол. журн. 1900. № 1. С. 25—42.
15. Биологические исследования шизофрении // Серия техн. докл. ВОЗ. 1972. № 450.
16. Биомедицинские и биосоциальные проблемы интегративной антропологии / Под ред. Л.А. Алексиной, Г.С. Катинаса. СПб., 1996.
17. Белобородова Э.И., Корнетов Н.А., Загрова Т.А. Частота возникновения и особенности течения язвенной болезни у лиц с разным конституциональным морфофенотипом // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1995. № 1. С. 40—45.
18. Брейтман М.Я. Введение в учение о пропорциях и конституции человеческого тела. Л.: Госмедиздат, 1924.
19. Богомолец А.А. Введение в учение о конституциях и диатезах. М.: Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1926.
20. Вагин Ю.Р. Креативные и примитивные. Пермь: Перм. госмедакадемия, 1996.
21. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. Конституция и психозы. Телосложение и психозы (обзор литературы) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1973. Вып. 1. С. 140—148.
22. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. Конституция и психозы (психическая и психопатическая конституции и психозы) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1973. Вып. 5. С. 767—774.
23. Вайндрух Ф.А., Смирнова Н.С. Некоторые итоги изучения проблемы «телосложение и болезни» (обзор) // Вопр. антропологии. 1972. Вып. 42. С. 137—156.
24. Васильев С.В. Основы возрастной и конституциональной антропологии. М.: Изд-во РОУ, 1996.
25. Вейденрейх Ф. Раса и строение тела. М.: Госизд., 1929.
26. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003.
27. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии / Колпаков В.Г., Рлицнер М.С., Корнетов Н.А. и др. Новосибирск: Наука, 1985.
28. Глязер Г. Драматическая медицина. 2-е изд. Пер. с нем. / Предисл. и науч. ред. Б.Д. Петрова. М.: Молодая гвардия, 1965.
29. Горизонтов П.Д., Майзелс М.Я. Руководство по патологической физиологии. М.: Медицина, 1966. Т. 1.
30. Давиденков С.Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л.: ГИУВ, 1947.
31. Давыдовский И.В. Методологические основы патологии // Вопр. философии. 1968. № 5. С. 93—94.
32. Давыдовский И.В. Общая патология человека. 2-е изд. М.: Медицина, 1969.
33. Делоне Н.Л., Солониченко В.Г. Адаптивные фенотипы человека в физиологии и медицине // Успехи физиолог. наук. 1999. Т. 30. № 2. С. 50—62.
34. Десяткова Л.Ф., Корнетов Н.А., Балашева И.И. Конституциональный тип — предиктор клиники и течения острого лимфобластного лейкоза // Biomedical & Biosocial Anthropology. 2007. № 9. Р. 237—238.
35. Изранов В.А. Комплексный взгляд на проблему изучения человека // Акт. вопр. и достижения соврем. антропологии // Под ред. В.А. Изранова. Новосибирск: СибПринт, 2006. С. 3.
36. Инзель Т.Н., Корнетов Н.А. Диагностическое значение соматического типа и маркеров дисплазии соединительной ткани в клинической практике // Вісник Вінницького державного медичного університету. 1992. Т. 2. № 1. С. 114—115.
37. Кадурина Т.Н. Поражение сердечно-сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани // Вести аритмологии. 2000. № 18. С. 87—89.
38. Катаева Н.Г. Постинсультные расстройства (конституционально-биологический, клинический, реабилитационный аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иркутск, 2006.
39. Катаева Н.Г., Корнетов Н.А., Левина А.Ю. Клинические особенности проявления инсульта в зависимости от морфофенотипа конституции // Biomedical & Biosocial Anthropology. 2007. № 9. Р. 243—244.
40. Клиорин А.И. Учение о конституции и медицинская генетика // Вестн. АМН СССР. 1986. № 9. С. 66—71.
41. Клиорин А.И., Чтецов В.П. Биологические проблемы учения о конституциях человека. Л.: Наука, 1979.
42. Ковешников В.Г., Никитюк Б.А. Медицинская антропология. Киев: Здоровье, 1992.
43. Колесников Л.Л., Корнетов Н.А., Никитюк Б.А. Интеграция наук о человеке (интегративная антропология) и роль в ней антропологических подходов // Рос. морфолог. ведомости. 1993. № 2—4. С. 11—12.
44. Корнетова Е.Г., Корнетов Н.А. Клинико-антропометрическое исследование шизофрении с преобладанием негативной симптоматики на всем протяжении болезни // Biomedical & Biosocial Anthropology. 2007. № 9. Р. 252—253.
45. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Концепция Абу Али ибн Сины и современная психиатрия // II съезд историков медицины. Ташкент, 1980. Т. 2. С. 228—230.
46. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. Киев: Здоровье, 1984.
47. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. Киев: Здоровье, 1988.
48. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. Киев: Здоровье, 1990.
49. Корнетов Н.А. О регионарных морфологических дисплазиях при неблагоприятном течении параноидной шизофрении // Клиника и патогенез психических заболеваний. Кишинев, 1978. С. 60—65.
50. Корнетов Н.А. Регионарные морфологические дисплазии как проявления пренатального дизонтогенеза и «фенотипические маркеры» тяжести течения параноидной шизофрении // Всесоюз. конф. по организации невролог. и психиатрич. помощи детям. М., 1980. С. 130—131.
51. Корнетов Н.А. Учение о конституциях и клинико-антропологические исследования в психиатрии (Обзор литературы) // Мед. реф. журн. Разд. XIV. 1986. № 1. С. 1—8.
52. Корнетов Н.А. Соотношение некоторых клинических проявлений шизофрении с конституционально-морфологическим типом больных // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Вып. 8. С. 1234—1241.
53. Корнетов Н.А. Соматическая половая дифференциация больных шизофренией по некоторым антропометрическим показателям // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989. Вып. 5. С. 97—102.
54. Корнетов Н.А. Взаимоотношение основных форм течения шизофрении с морфофенотипом конституции больных (по данным клинико-антропометрических исследований) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991. Вып. 7.

- С. 104—108.
55. Корнетов Н.А. Психогенные депрессии (клиника, патогенез). Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993.
 56. Корнетов Н.А. Глоссарий стандартизованного описания регионарных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии (Методические рекомендации). Томск: НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 1996. 73 с.
 57. Корнетов Н.А. Интегративная антропология: от медицины к философии // Новые идеи в философии. 1997. Вып. 6. С. 32—41.
 58. Корнетов Н.А. Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции медицины (передовая статья) // Сиб. мед. журн. 1997. № 3—4. С. 5—13.
 59. Корнетов Н.А. Клиническая антропология в психиатрии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1998.
 60. Корнетов Н.А. Некоторые теоретические основания к открытию факультета клинической психологии и психотерапии в Сибирском государственном медицинском университете // Бюл. сиб. медицины. 2003. № 2. С. 19—24.
 61. Корнетов Н.А. Интегративная антропология как вероятное общее направление в комплексе наук о человеке для возрождения университетской формы и духа образовательной среды в России и в новых независимых государствах // Вестн. Том. гос. ун-та. Сер. Юридические науки. Экономические науки. 2004. № 283 (сентябрь). С. 196—204.
 62. Корнетов Н.А. Клиническая антропология — методологическая основа целостного подхода в медицине (Editorial) // Biomedical & Biosocial Anthropology. 2004. № 2. P. 101—105.
 63. Корнетов Н.А. Научная концепция и организация факультета клинической психологии и психотерапии в Сибирском государственном медицинском университете // Бюл. сиб. медицины. Томск, 2004. № 1. С. 70—82.
 64. Корнетов Н.А. Вклад невропсихиатрии в развитие общемедицинской клинической антропологии // Biomedical & Biosocial Anthropology. 2007. № 9. P. 221—227.
 65. Корнетов Н.А., Строевский В.А. Множественные морфодисплазии и диспластические типы при шизофрении // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических заболеваниях. Красноярск, 1990. Т. 1. С. 113—115.
 66. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Педагогика-Пресс. 1995. С. 331—598.
 67. Кузин В.В., Никитюк Б.А. Очерки теории и истории интегративной антропологии. М.: Физкультура, образование и наука, 1995.
 68. Кузин В.В., Никитюк Б.А. Интегративная педагогическая антропология. М.: Физкультура, образование и наука, 1996.
 69. Кузин В.В., Никитюк Б.А. Интегративная биосоциальная антропология. М.: «Физкультура, образование и наука», 1996.
 70. Лаврова В.С. Роль конституции в патологии // Патофизиология: Учебник для мед. вузов / Под ред. В.В. Новицкого и Е.Д. Гольдберга. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. С. 133—136.
 71. Лебединская К.С. Психические особенности детей с патологией темпа полового созревания. М.: Медицина, 1969.
 72. Левина А.Ю. Особенности клинических проявлений и течения инсульта и коморбидных депрессивных расстройств с учетом конституционально-биологических факторов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2005.
 73. Мартынов А.И., Стелура О.Б. Врожденные дисплазии соединительной ткани // Вести РАМН. 1998. № 2. С. 47—54.
 74. Мороз В.М., Никитюк Б.А. Интегративная медицинская антропология сегодня и перспективы развития ее в XXI веке // Вісник Вінницького державного медичного університету. 1992. Т. 2. № 1. С. 1—3.
 75. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. М.: Педагогика, 1986.
 76. Никитюк Б.А. Конституция человека. М.: ВИНТИ, 1991. Т. 4. (Сер. Антропология).
 77. Никитюк Б.А. Интегративная антропология — состояние, проблемы, перспективы // Рос. морфолог. ведомости; Новости интегр. антропологии (совм. изд.). 1994. № 3. С. 4—10.
 78. Никитюк Б.А. Разграничение общей, биомедицинской и клинической антропологии // Рос. морфолог. ведомости. 1995. № 3. С. 129—136.
 79. Никитюк Б.А. Очерки теории интегративной антропологии. М.: Майкоп: Изд-во Адыг. гос. ун-та. 1995.
 80. Никитюк Б.А. Интеграция знаний в науках о человеке: современная интегративная антропология М.: Спорт. академ. Пресс, 2000.
 81. Никитюк Б.А., Коган Б.И. Интегративная антропология между прошлым и будущим // Вісник морфології (Reports of morphology). 1995. № 1. С. 34—35.
 82. Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. Интегративная биомедицинская антропология. Томск: Изд-во Том. ун-та. 1998.
 83. Николаев В.Г. Конституциология и современная биомедицинская антропология // Акт. проблемы морфологии / Под ред. проф. Н.С. Горбунова. Красноярск: Изд-во КрасГМА. 2005. С. 12—18.
 84. Николаев В.Г. Методические подходы в современной клинической антропологии // Biomedical & Biosocial Anthropology. 2007. № 9. P. 1—2.
 85. Пенде Н. Недостаточность конституции. М.; Л.: Гос. изд-во, 1930.
 86. Плетнев Д.Д. Проблемы современной клиники // Избранное / Под ред. акад. АМН СССР Н.П. Палеева. М.: Медицина, 1989. С. 8—34.
 87. Рассел Б. История западной философии. 2-е изд., испр. / Подгот. текста и науч. ред. В.В. Целищева. Новосибирск: Изд-во Новосибир. ун-та. 1997.
 88. Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-психологических различий. М.: Наука, 1979.
 89. Русалов В.М. Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности человека // Психолог. журн. 1986. Т. 7. № 4. С. 23—35.
 90. Русалов В.М. Природные предпосылки и индивидуально-психологические особенности личности // Психология личности в трудах отечественных психологов / Сост. Л.В. Куликов. СПб.: Питер, 2000. С. 66—75.
 91. Сержантов В.Ф. Некоторые проблемы антропологии и научное наследие С.Н. Давиденкова // Проблемы клинической неврогенетики. Л., 1967. С. 91—93.
 92. Сержантов В.Ф. Введение в методологию современной биологии. Л.: Наука, 1972.
 93. Симонов П.В. Теория отражения и психофизиология эмоций. М.: Наука, 1970.
 94. Смирнов Г.Л. Советский человек. Формирование социалистического типа личности. 2-е изд., доп. М.: Политиздат, 1973.
 95. Тегако Л.И., Саливон И.И. Основы современной антропологии. Минск: Наука. 1989.
 96. Теннер Дж. Рост и конституция человека // Биология человека. Пер. с англ. М., 1983. С. 366—471.
 97. Уильямс Р. Биохимическая индивидуальность. Основы генетической теории. М.: Изд-во ИЛ, 1960.
 98. Фролов И.Т. Философия и история генетики. Поиски и дискуссии

- сии. 2-е изд. М.: КомКнига, 2007.
99. Хрисанфова Е.Н. Конституция и биохимическая индивидуальность человека. М.: Изд-во МГУ, 1990.
 100. Ходос Х.Г. Малые аномалии развития и их клиническое значение. Иркутск: Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1984.
 101. Целлер Э. Очерк истории греческой философии / Пер. с нем. С.Л. Франка. СПб.: Алетейя, 1996.
 102. Человек: Мыслители прошлого и настоящего о его жизни, смерти и бессмертии. Древний мир — эпоха Просвещения / Сост. П.С. Гуревич. М.: Политиздат, 1991.
 103. Чтецов В.П. Соматические типы и состав тела у мужчин и женщин: Автореф. дис. ... биол. наук. М., 1978.
 104. Чтецов В.П. Морфология человека. 2-е изд. / Под ред. Б.А. Никитюка. М., 1990. С. 90—110.
 105. Эфроимсон В.П. Родословная альтруизма // Новый мир. 1971. № 10. С. 158—166.
 106. Эфроимсон В.П. Генетика и гениальность. М.: Русский мир, 1998.
 107. Яковлев В.М., Глотов А.В., Нечаева Г.И. Клинико-иммунологический анализ клинических вариантов дисплазии соединительной ткани // Тер. арх. 1994. № 5. С. 9—13.
 108. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М.: Практика, 1997.
 109. Baumann U., Perrez M. Klinische Psychologie-Psychotherapy. Aufl. 2. Bern: Verlag Hans Huber, 1998.
 110. Beneke F. Die anatomischen Grundlagen der Konstitutionsanomalien des Menschen. 1878.
 111. Carson R.S., Butcher J.N., Mineka S. Abnormal Psychology. 11 Ed. New York: Allyn & Bacon, 2000.
 112. Colb L. Modern Clinical Psychiatry. New York; Philadelphia; Toronto: Pergamon Press, 1974.
 113. Eysenck H.J. Handbook of Abnormal Psychology. 2nd Ed. London: Pitman. 1973.
 114. Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.I. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimor, 1973.
 115. Juster H.R., Brown E.J., Heimberg R.G. Sozialphobie // J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer, 1995. Bd. 2. S. 43—59.
 116. Gotesman I.I., Shields J. Schizophrenia: geneticism and environmentalism // Hum. Hered. 1971. V. 21. P. 105—122.
 117. Kant I. Der Streit der Fakultäten. Gesammelte Schriften. — Berlin: De Gruyter, 1968. Bd. VII.
 118. Kendler K.S., Kessler R.C., Walters et al. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women // American J. of Psychiatry. 1995. V. 152. P. 833—842.
 119. Kretschmer E. Körperbau und Character. 26 Aufl. Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag, 1977.
 120. Plomin R. Environment and Genes. Determinants of Behavior // Amer. Psychol. 1989. V. 44. № 2. P. 105—111.
 121. Rosenthal D. Genetic of Psychopathology. New York: McGraw-Hill, 1971.
 122. Schipperges H. Anthropologien in der Geschichte der Medizin // Biologische Anthropologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1972. Bd. 2. S. 179—214.
 123. Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. 9 Aufl. Wien: Dentische, 1950.
 124. Stiller B. Die astenische Konstitutionskrankheit. Stuttgart: E. Enke, 1907.
 125. Viola G. La costituzione individuale. Bologna: Lic Carpelied, 1933.
 126. Virchow R. (Hrsg.) Die Medizinische Reform. — Berlin: Eine Wochenschrift, 1848. S. 1849.
 127. Virchow R. Die Einheitsbestrebungen in der wissenschaftlichen Medizin. Berlin: Reimer, 1849.

Поступила в редакцию 15.02.2008 г.