

«Принцип химеры»: качественный анализ психофизиологического изоморфизма лиц с расстройством интеграции идентичности

Бадалов А.А.¹, Бровкина С.Н.², Давидович М.Е.², Кадырова А.Ш.³, Кугаевский И.А.⁴,
Мамадумарова З.И.³, Суманов Е.В.⁵, Улитина Ю.В.⁶

¹ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек,

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек,

³ ОсОО Неврологический Центр «Кортекс», г. Бишкек,

⁴ Институт систем информатики имени А.П. Ершова СО РАН, г. Новосибирск,

⁵ Медицинский центр нейрофизиологических и сосудистых исследований, г. Калининград,

⁶ Республиканский Центр Психического Здоровья, г. Бишкек

Резюме. В статье, на примере «расстройства интеграции идентичности» — авторского концептуального построения — рассматривается приложение теории психофизиологического изоморфизма, возникшей в рамках классической гештальтпсихологии, к современным реалиям развития психиатрической науки. Прослеживается становление понятия «расстройство интеграции идентичности» в научно-историческом аспекте. С помощью патопсихологических и нейрофизиологических методов исследования обосновывается гипотеза об объединении четырех основных «кругов» психической патологии в составе рассматриваемого психического образования.

Ключевые слова: изоморфизм, психический диатез, расстройство интеграции идентичности, синдром Икара

«Chimera principle»: qualitative analysis of psychophysiological isomorphism of persons with identity integration disorder

Badalov A.A.¹, Brovkina S.N.², Davidovich M.E.², Kadyrova A.Sh.³, Kugaevskiy I.A.⁴, Mamadumarova Z.I.³,
Sumanov E.V.⁵, Ulitina Yu.V.⁶

¹ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek,

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek,

³ LLC Neurological Center «Cortex», Bishkek,

⁴ Institute of Informatics Systems named after A.P. Ershov SB RAS, Novosibirsk,

⁵ Medical Center of Neurophysiological and Vascular Research, Kaliningrad,

⁶ Republican Center for Mental Health, Bishkek

Summary. In the article, using the example of the «identity integration disorder», the author's conceptual framework, the application of the theory of psychophysiological isomorphism that originated in the framework of classical gestaltpsychology to the modern realities of the development of psychiatric science is considered. The formation of the concept of «integration of identity» in the scientific and historical aspect is traced. With the help of pathopsychological and neurophysiological methods of research, the hypothesis of uniting the four main «circles» of mental pathology in the composition of the psychic education under consideration is substantiated.

Key words: isomorphism, mental diathesis, identity integration disorder, Icarus syndrome

Являясь последовательными сторонниками патопсихологической школы Б.Ф. Зейгарник, а значит, и экспериментальной гештальтпсихологии в целом, мы склонны придерживаться основного их постулата — необходимости облігатного учета личностных predispositions обследуемого респондента в структуре изучения любых особенностей его ментального опыта, в том числе, когнитивных [14]. В свою очередь, влияние данных predispositions на интерпретацию результатов проводимого экспериментального исследования может учитываться исключительно с позиции холистического подхода, позволяющего оценивать данную личность не просто как совокупность отдельно взятых признаков, но как целостное, системное образование с присущими ему сугубо индивидуаль-

ными характеристиками. Подобного рода система состоит, в свою очередь, из связанных между собой subsystem со «взаимно-однозначно соответствующими» элементами, составляющими их структуру. Описываемое свойство «взаимно-однозначного соответствия» элементов получило наименование «изоморфизм» и широко используется в различных областях науки [12]. Приоритет использования данного понятия в исследовании личности принадлежит также школе гештальтпсихологии, и обозначает соответствие объективной структуры мозговых процессов субъективной структуре ментального опыта [5]. Уточняя термин «изоморфизм» вследствие исключительной широты его использования, мы склонны добавлять к нему эпитет «психофизиологический».

Теория изоморфизма просуществовала очень недолго, так как экспериментальные методы, используемые в эпоху расцвета гештальтпсихологии, особенно методы, описывающие функционирующие нейроструктуры, оставляли желать много лучшего. Прошло время, и методы эти претерпели прогрессивное развитие, однако? теперь забвению подвергся сам феномен изоморфизма. Современные психологи и психиатры предпочитают разговаривать на одном из двух языков — феноменологическом либо нейрофизиологическом, очень и очень неохотно выстраивая диалог между ними, так как это требует скрупулезного анализа обоих. В предлагаемой читателю работе мы собираемся показать, что все подобные трудности преодолимы, и проиллюстрировать возможности указанного целостного междисциплинарного подхода в описании свойств такого психического образования, как «синдром Икара» с позиции психофизиологического изоморфизма.

Необходимо оговориться, что в названии нашей работы сам термин «синдром Икара» отсутствует. Мы предпочитаем ему концепт «расстройство интеграции идентичности», что вполне объяснимо: «синдром Икара» — понятие само по себе достаточно противоречивое, так как различные авторы давали самые разные перечни его свойств и трактовки таких своих предпочтений. Первоначально появился термин «комплекс Икара», введенный Г.А. Мюррем в 1936 г. в качестве названия одного из пяти описанных им личностных комплексов, связанных со стадиями психосексуального развития З. Фрейда — а именно «уретрального комплекса». В состав последнего, с точки зрения Г.А. Мюррея, входят: катексис пламени, история недержания мочи, нарциссизм, высокие амбиции с низкой толерантностью к фрустрации [17,21]. «Синдром Икара» — термин Н. Виллунда [20,22], предложенный им в качестве названия особой структуры личности, выделенной им на основании описания лиц, обладающих высокой амбициозностью, стремлением к достижениям и творческой активностью в случае наличия у них снов с полетами, «зачарованности огнем» и энуреза. Наиболее подробно в последующем этот синдром изучался Ц.П. Короленко, описавшем его в составе различных психических расстройств, и, что особенно важно, в составе выделенного им совместно с В.Ю. Завьяловым «височного расстройства личности», названного так вследствие того, что последнее феноменологически связано с проявлениями височной эпилепсии, однако, без наличия нейрофизиологических критериев последней. К признакам данного расстройства относились: развитость пассивного воображения, яркие сновидения с полетами, эмоциональное возбуждение при созерцании огня, гиперсенситивность к запахам [6,20].

В течение нескольких лет мы планомерно исследовали данное психическое образование (под общим названием «синдром Икара»), применяя различные методы в структуре междисциплинарного подхода к его изучению — психопатоло-

гические, патопсихологические, нейрофизиологические. Опыт работы с несколькими сотнями респондентов привел нас к парадоксальному на первый взгляд выводу: подобная структура личности формируется только в случае одновременного, паритетного объединения в ее составе всех четырех основных «кругов» психической патологии. Здесь, предваряя вопрос читателя, мы должны отметить, что согласны с утверждением С.Я. Бронина, что кроме трех основных, общеизвестных психопатологических «кругов» (шизофренический, циклоидный, эпилептоидный) имеется также четвертый [4]. С.Я. Бронин называет его «олигофреническим», мы же считаем такое положение редукционизмом, так как все остальные «круги» психических расстройств имеют обязательно крайние, противоположные степени развития, вследствие чего мы предпочитаем определение «интеллектуальный». На одном полюсе при этом находилась бы олигофрения, на другом — высокая степень развития интеллекта, которая также интенсивно модифицирует структуру протекания психической патологии.

Ранее нами уже указывалось, что синдром Икара является особой, «смешанной» формой психопатологического диатеза, в которой объединяются признаки, которые А.П. Коцюбинский с соавторами относят как к доклиническим проявлениям «схизиса», так и к доклиническим проявлениям «циклоидности» [1,7,8]. Однако, многие из отмеченных признаков часто встречаются и в преморбиде эпилепсии [11,15] (что и позволило Ц.П. Короленко говорить о «височном расстройстве личности»), и, на наш взгляд, только достаточно высокий уровень интеллекта, а значит, активности и эффективности работы мозга, может создать прочный базис для проявления такой своеобразной комбинации свойств психики. Данное утверждение неоднократно проверялось нами в клинической практике: при сборе анамнеза практически постоянно отмечалось наличие у родителей обследованных лиц черт характера, присущих разным типам психопатологических «кругов»; при наличии преобладания в структуре психики признаков одного «круга», одномоментно приходилось регистрировать снижение выраженности проявления признаков, присущих лицам с синдромом Икара. Описываемая закономерность была названа нами «принципом химеры» (наименование восходит к теории Л.Н. Гумилева, так как чаще всего мы находили подобных индивидуумов среди потомков межнациональных и межрасовых браков, в структуре которых и генетические, и средовые влияния обладают исключительно широким разнообразием), и в последующем изложении мы приводим подтверждающие ее результаты экспериментальных исследований.

Цель работы

Охарактеризовать особенности психофизиологического изоморфизма лиц с «расстройством интеграции идентичности» на основании корреля-

ций их когнитивных и нейрофизиологических показателей.

Материалы и методы

Учитывая разнообразие признаков, используемых при описании исследуемого психического образования (в дальнейшем изложении до формулировки выводов — «синдром Икара»), мы составили основную триаду диагностических критериев (катексис огня, частые сны с полетами, наличие в анамнезе энуреза или клинически доказанной уретральной фиксации), основным принципом выбора которой стала частота использования указанных признаков нашими предшественниками. В течение 5 лет нами было обследовано 2516 пациентов в возрасте от 15 до 60 лет, проходивших лечение в Республиканском Центре Психического Здоровья (РЦПЗ) г. Бишкек — они составили клиническую группу. С целью создания группы сравнения были обследованы 2433 студента 1-5 курсов Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской Государственной Медицинской академии, у которых синдром Икара был представлен без коморбидной патологии. В клиническую группу вошли 118 лиц с синдромом Икара с различными диагнозами (табл. 1):

Основные нозологические группы	Количество обследованных лиц	
	В целом по группе	Прошедших ЭЭГ обследование
Органические расстройства	10	10
Расстройства шизофренического спектра	17	14
Невротические расстройства	26	15
Расстройства личности	65	14

В студенческую группу вошли 82 человека в возрасте от 17 до 28 лет с признаками синдрома Икара без коморбидных психических расстройств. С целью объективации исследования была подобрана группа из 43 студентов (группа «нормы»), у которых не было зафиксировано как ни одного признака синдрома Икара, так и признаков другой психической патологии.

Для патопсихологического обследования была использована батарея методик, отобранных в качестве общереспубликанского стандарта профессором В.В. Соложенкиным, позволяющая всесторонне оценить качественные признаки когнитивных функций обследуемых лиц. Для иллюстрации особенностей мышления лиц с синдромом Икара, заключающихся в снижении детерминации селективности переработки информации социальными факторами, нами была видоизменена методика «Исключение объектов» по принципу модифи-

кации Ю.Ф. Полякова [9], несколько отличающаяся от последней вследствие того, что нашей целью было выявление исключительно активизации «латентных» признаков, а не качества их группировки. В течение нескольких лет использования данной экспериментальной методики, нами была произведена стратификация ответов исследуемых лиц по степени их частоты и встречаемости в выборке испытуемых, не имеющих психических расстройств. В последующем все картинки (общим числом 18) были разделены на три группы.

В первую группу вошли картинки (общим числом 9), при работе с которыми чаще, чем в 50 % случаев использовался один и тот же стандартный признак исключения; при использовании в данной группе хотя бы одного ответа, входящего в группу стратификации с частотой менее 50 %, обследуемому респонденту начислялось 0,5 балла, в случае наличия хотя бы одного ответа, не входящего в группу стратификации — начислялся 1 балл. Во вторую группу вошли картинки (общим числом 7), при работе с которыми ни один признак по данным стратификации не использовался более, чем в 50 % случаев. При работе со второй группой наличие хотя бы одного ответа, не входящего в группу стратификации, давало возможность начисления 0,5 балла, а в случае встречаемости подобных ответов в 50 % и более из их общего количества — 1 балла. В третью группу вошли картинки (общим числом 2), при работе с которыми в норме обследуемый не мог бы вообще найти общих признаков для любых трех объектов из четырех, либо подобный признак определялся под давлением экспериментатора; при наличии хотя бы одного самостоятельного ответа обследуемого лица, ему начислялся 1 балл. Таким образом, общее количество баллов могло быть от 0 до 3.

Кросскорреляционный анализ ЭЭГ проводился с помощью программного обеспечения аппаратного комплекса «MitsarEEGStudio», которое, используя метод теории проекции графов в очень наглядной форме, позволяет отразить динамику перемещения фокусов максимальной активности и сопряженного угнетения областей левого и правого полушарий головного мозга. На языке теории графов подобного рода области обозначаются, соответственно, как центры «истока» и «стока». Степень сходства или связи двух ЭЭГ при кросскорреляционном анализе определяется по величине коэффициента кросскорреляции (ККр), которая может принимать значения от -1 до +1. По величине ККр можно судить о силе связи двух процессов: при значении ККр от -1 до 0,3 — связь слабая, от 0,3 до 0,5 — средняя сила связи, от 0,5 до 1,0 — связь тесная. Временной сдвиг максимума кросскорреляционной функции t характеризует временные отношения 2-х процессов. Значение $t=0$ говорит о синфазности колебаний в двух отведениях ЭЭГ. При сравнении отведений 1 и 2 t со знаком «+» характеризует опережение процесса в отведении 1 по сравнению с отведением 2, наоборот t со знаком «-» характеризует опере-

жение в отведение 2 по сравнению с отведением 1 [2,10]. Кросскорреляционный анализ ЭЭГ был проведен среди 78 лиц, входящих в студенческую группу сравнения, среди 53 лиц, входящих в клиническую группу, а также среди 20 лиц, входящих в группу «нормы» (критериями исключения стали возраст моложе 18 лет и прием психотропных лекарственных препаратов на момент проведения обследования; для группы «нормы» дополнительным критерием исключения стало наличие признаков патологических изменений на ЭЭГ). Для статистической обработки использовался пакет программ SPSS, версия 16.

Результаты и обсуждение

Основной формой интерпретации нейрофизиологического обследования лиц с синдромом Икара стал анализ межструктурного взаимодействия корковых зон головного мозга, который был условно разделен нами на две группы показателей. Первая группа определялась на основании взаимодействия правой теменно-затылочной области (пТЗО) с остальными отделами коры, так как именно данная область играет ведущую роль в развитии психики и интеллекта и имеет немаловажное значение при многих психических нарушениях [10, 18, 19]. Вторая группа показателей описывает связь между одноименными областями полушарий головного мозга. Нами не были обнаружены статистически значимые различия между клинической и студенческой выборками обследованных с синдромом Икара (что косвенно подтверждает правильность трактовки данного психического образования как формы психопатологического диатеза с возможностью перехода его в манифестную форму психических расстройств и обратно), вследствие чего обе данные выборки были объединены в «основную» группу исследования (ОГ), и сравнивались с контрольной группой «нормы» (ГН). Результаты межкорковых взаимодействий по данным кросскорреляционного анализа представлены в табл. 2.

Как для ОГ, так и для ГН характерной особенностью была сохранность связей между пТЗО и всеми структурами лобных, центральных, каудальных и височных областей. Следующей особенностью был их «источный» характер, т.е. пТЗО служила источником связи с большинством корковых зон. Подобные показатели кросскорреляции достоверно отличают лиц с синдромом Икара от пациентов с резидуальными органическими поражениями ЦНС и клиническими значимыми формами минимальной мозговой дисфункции [10]. Однако анализ наиболее выраженных связей пТЗО в ГН выявил наибольшую силу взаимодействия между нею и правыми среднефронтальными структурами, правыми центральными и височными структурами и правой затылочной и левой теменной областью. ККр при этом составлял от 0,6 до 0,85. В ОГ наблюдалась подобная тенденция кросскорреляционных связей с достоверно более низким ККр (преимущественно

0,6-0,7) и заметно более низким уровнем связи с правыми среднелобными структурами. Что касается связей, носящих «сточный» характер, то они наблюдались только в ОГ между пТЗО и правой затылочной и правой задневисочной областью. Вместе с тем, стоит отметить, что в ОГ большая часть связей пТЗО со всеми лобными, передневисочными, левыми средне-и задневисочными отделами носит весьма среднюю силу при $K_{кр} < 0,5$, но $> 0,3$. Кроме того, заметно, что показатели t у обследованных ОГ обладают большей амплитудой — а это указывает на то, что, зачастую, даже сохраненные связи между отделами головного мозга у данных лиц осуществляются через подкорковые структуры с сопутствующей их ирритацией [10]. Все перечисленные показатели достоверно отличают обследованных ОГ от ГН и указывают на наличие у них признаков очень слабой («мягкой») минимальной дисфункции мозга, что подтверждается данными анамнеза и неврологического обследования. Таким образом, согласно выявленной закономерности, лица с синдромом Икара в большинстве своем занимают промежуточное положение между группой «нормы» и пациентами с резидуальной органической патологией ЦНС [10]. Это подтверждает, во-первых, положение о нарушении у них ассоциативных отделов головного мозга, а, во-вторых, указывает на слабые, субклинические проявления указанного нарушения. Причем, по-видимому, участие органического фактора, пусть и исключительно слабого, в какой-то степени необходимо для возникновения синдрома Икара в качестве триггера, активирующего работу головного мозга, но не снижающего при этом качества его работы в результате повреждения [3].

Что касается межполушарных связей в ОГ, то они в целом отличаются от аналогичных в ГН в сторону понижения их силы, что вновь демонстрирует нарушение межкорковых (ассоциативных) взаимодействий. Отличительной особенностью лиц с синдромом Икара является при этом увеличение показателей синхронности межлобных связей, превышающих нормативные, что в свою очередь: 1 — указывает на высокую степень ирритации подкорковых структур, 2 — является признаком повышенной возбудимости нервных структур головного мозга, проявляющейся с одной стороны высокими показателями интеллекта, а с другой — неспецифически характерной также для пациентов с шизофреническими и эпилептическими симптомами [2].

Качественный анализ мнестических и аттенционных процессов лиц с синдромом Икара выявляет характерные их особенности, заключающиеся в большом значении эмоционально-мотивационной сферы при их функционировании, такие как: склонность к формированию состояний, трактуемых как «аутотелический опыт потока», множественность и высокая гибкость системы селекции внимания, диссоциация энграмм вследствие изменения активации лимбической системы и т.д. [16] Совокупность описанных признаков характер-

Таблица 2. Средние показатели коэффициента кросскорреляции (ККр), времени максимума в мс (tmc) и стат. значимость различий (P) в основной группе (ОГ) и группе нормы (ГН) по отведениям (Отв)

Отв	ККр ОГ	ККр ГН	P	tmc ОГ	tmc ГН	P
FP1-P4*	0,433(0,334-0,578)	0,447(0,344-0,584)	> 0,05	6 (-44—118)	1 (-2,5—76,5)	< 0,05
FP2-P4	0,459±0,161	0,569±0,142	< 0,05	10 (-38—134)	2 (0—10,5)	< 0,05
F7-P4*	0,408 (0,305-0,569)	0,454 (0,334-0,589)	> 0,05	2 (-72—137)	2 (-0,5—118)	< 0,05
F3-P4*	0,440 (0,336-0,583)	0,587 (0,479-0,725)	< 0,05	4 (-43—90)	2 (0—56)	< 0,05
F4-P4*	0,464(0,345-0,595)	0,754 (0,603-0,851)	< 0,05	6 (-40—90)	2 (0—7)	< 0,05
F8-P4	0,456±0,153	0,612±0,161	< 0,05	4 (-40—74)	2 (0—11,5)	< 0,05
T3-P4*	0,394 (0,322-0,527)	0,679 (0,452-0,767)	< 0,05	2 (-48—52)	2 (0—6,5)	< 0,05
C3-P4	0,479±0,148	0,686±0,139	< 0,05	2 (-42—52)	2 (0—6,5)	< 0,05
C4-P4	0,614±0,177	0,806±0,117	< 0,05	2 (-4—6)	2 (0—2)	< 0,05
T4-P4*	0,657 (0,473-0,757)	0,787(0,627-0,842)	< 0,05	0 (-4—4)	2 (0—4,5)	< 0,05
T5-P4*	0,385 (0,310-0,492)	0,489 (0,379-0,589)	< 0,05	2 (-55—80)	0 (-6—6)	< 0,05
P3-P4*	0,675 (0,562-0,766)	0,831(0,713-0,906)	< 0,05	0 (-2—4)	0 (0—2)	< 0,05
T6-P4	0,597±0,161	0,659±0,158	< 0,05	-2 (-8—4)	2 (0—8)	> 0,05
O1-P4	0,580±0,163	0,539±0,196	> 0,05	0 (-6—28)	1 (-4—48)	< 0,05
O2-P4*	0,784 (0,661-0,882)	0,678(0,549-0,809)	< 0,05	-2 (-4—2)	0 (-4—2)	< 0,05
FP1-FP2*	0,832 (0,712-0,891)	0,664 (0,598-0,819)	< 0,05	0 (0—2)	0 (0—2)	< 0,05
F7-F8	0,469±0,171	0,588±0,173	< 0,05	2 (-50—50)	0 (0—8)	< 0,05
F3-F4*	0,831 (0,741-0,891)	0,768 (0,638-0,834)	< 0,05	0 (0—2)	0 (0—2)	< 0,05
T3-T4*	0,346 (0,289-0,453)	0,625 (0,408-0,679)	< 0,05	2 (-80—112)	0 (-2—4)	< 0,05
C3-C4	0,585±0,177	0,738±0,089	< 0,05	0 (-2—4)	0 (0—2)	< 0,05
T5-T6*	0,359 (0,289-0,449)	0,455(0,388-0,567)	< 0,05	4 (-163—155)	-4 (-28—3)	< 0,05
P3-P4*	0,675 (0,561-0,763)	0,838 (0,719-0,910)	< 0,05	0 (-4—4)	0 (0—2)	< 0,05
O1-O2*	0,791 (0,702-0,868)	0,885(0,721-0,938)	< 0,05	0 (-2—2)	0 (-2—0)	< 0,05

Примечание к таблице. * обозначены показатели ККр, не подчиняющиеся закону нормального распределения Гаусса (определенному по критериям Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилки). Эти показатели даны в квартилях: их значением является медиана и данный в скобках межквартильный размах, значение определено по критерию Манна-Уитни, по такому же принципу представлены все показатели, также не распределяющиеся «нормально». Остальные показатели ККр подчиняются закону Гаусса, их значения являются средними арифметическими, рядом указано среднее квадратичное отклонение, значение определено по критерию Стьюдента для несвязанных выборок.

на для всех обследованных респондентов, и может быть охарактеризована с точки зрения вышеуказанных нейрофизиологических показателей как склонность их к снижению селективности перерабатываемой информации в сторону избыточности и высокой степени зависимости от эмоционального статуса обследуемого на момент проведения эксперимента. При этом исключительно рельефно — как и в случае свойств и особенностей мышления обследуемых лиц (см. ниже) — выступает ослабление предметной однозначности и «полисемантизм», изменение степени детерминации познавательной деятельности социальными факторами [9].

Уровень интеллекта у лиц с синдромом Икара в основном превышает показатели средние по популяции (табл. 3).

Примечание к таблице. Различия между показателями клинической и студенческой групп и среднепопуляционными нормами статистически значимо для всех показателей IQ: $P < 0,05$

Тем не менее, основной особенностью интеллекта данных лиц является не показатель IQ, который всегда вызывает много споров в отношении его релевантности в качестве детектора уровня интеллектуального развития, а такие его свойства как высокие «ингентивность», «версативность» и «рапидность», определяющие соответ-

Таблица 3. Сравнительные характеристики уровня интеллектуального развития лиц с синдромом Икара по отношению к средне-популяционным показателям

IQ показатель	Уровень интеллектуального развития	Процент выявления (в популяции)	Процент выявления (клиническая группа)	Процент выявления (студенческая группа)
120 и выше	Высокий и весьма высокий интеллект	8,9 %	19,4 %	34,5 %
110-119	«Хорошая норма»	16,1 %	33,9 %	38,5 %
90-109	Средний уровень	50,0 %	42,7 %	27 %
80-89	«Сниженная норма»	16,1 %	4 %	-
79 и ниже	Пограничный уровень, и уровень умственного дефекта	8,9 %	-	-

ственно «глубину», «широту» и «быстроту» индивидуального ума [13]. Наиболее полно эти свойства выступают при исследовании качественных особенностей мышления лиц с синдромом Икара, при обследовании которых нами были обнаружены следующие основные изменения процессов ментальной активности:

1. Нарушение операциональной стороны мышления проявлялось как в виде снижения, так и в виде искажения уровня обобщения. При этом необходимо отметить, что снижение уровня обобщения у обследованных лиц, хотя и проявляется в виде использования при классификации и исключении объектов конкретно-ситуационных сочетаний признаков, что в своей выраженной форме характерно для больных эпилепсией, тем не менее, не связано со снижением интеллекта или недостаточным развитием мыслительных операций, наступающих как эффект прогрессирования последней. Использование непосредственных представлений о предметах и явлениях происходит в силу крайней степени детализации при работе с объектами: многие респонденты включали в перечень операциональных признаков текстуру предоставляемого экспериментального материала, качество его обработки, изменения, произошедшие в результате его использования и т.д. Конкретно-ситуационные признаки входили при этом в состав последующей группировки с не меньшей частотой, чем признаки формальные, случайные, «латентные» (в терминологии Ю.Ф. Полякова), связанные с искажением процесса обобщения. Которые, однако, в свою очередь, практически никогда не достигают степени выраженной бессодержательности и выхолощенности, характерной для больных шизофренией [9, 14].

2. Нарушение личностного компонента мышления и саморегуляции познавательной деятельности были в той или иной степени представлены у всех обследованных респондентов с синдромом Икара, хотя частота их выявления сильно варьировала в зависимости от методики исследования и эмоционального состояния респондента. Лица с синдромом Икара исключительно часто используют в процессе мышления признаки предметов, которые важны непосредственно для них, имеют некую связь с их мотивационно-эмоциональным состоянием, а также их личным опытом (лабиль-

ность признаков как проявление «циклоидности»). При этом явно снижена детерминация познавательной деятельности социальными факторами и ослабление предметной однозначности объектов, что проявляется признаками разноплановости и эгоцентризма (термин Ж. Пиаже, описанный им в качестве основного признака «незрелого», детского мышления).

Таким образом, для лиц с синдромом Икара в целом характерна тенденция, свидетельствующая о снижении уровня избирательности, обусловленная ограниченностью регулирующего влияния факторов социального опыта на мыслительную деятельность с преобладанием детализации используемых признаков, их «латентности» и разнообразия группировок, носящих смешанный характер и в совокупности не могущих быть отнесенными к особенностям группирования, присутствующим какому-то одному кругу психопатологии мышления [14]. Результаты исследования описанных особенностей мышления по модифицированной нами методике «Исключение объектов» (схему модификации см. в разделе «Материалы и методы») показали отсутствие статистически значимого различия между студенческой и клинической группами, и наличие его между этими группами и группой «нормы» (табл. 4):

Таблица 4. Показатели степени активизации «латентных» признаков лицами с синдромом Икара (основная группа ОГ) и группой нормы (ГН), а также статистическая значимость различий (P)

ОГ	ГН	P
1,5 (1,0 — 2,0)	0,5 (0,5 — 1,5)	P < 0,001

Выводы

1. В свете полученных данных мы рекомендуем отнести все вышеописанные психические образования — «синдром Икара», «комплекс Икара», «вишечное расстройство личности» — к одной группе расстройств, которые могут рассматриваться как «смешанная» форма психопатологического диатеза под общим названием «расстройство интеграции идентичности».

2. Основной особенностью нейрофункционального лица с расстройством интеграции идентич-

ности является нарушение у них процессов интегративного синтеза в ассоциативных (правой теменно-затылочной и лобных) областях коры головного мозга;

3. Данное нейрофизиологическое нарушение проявляется у лиц с расстройством интеграции идентичности также в системе высших психических функций, отражаясь на работе всех без исключения когнитивных процессов, что проявляется в особенностях их психологических (в том числе эмоционально-личностных) характеристик;

4. Подобное соотношение протекания когнитивных процессов и физиологических показателей работы головного мозга лиц с расстройством интеграции идентичности указывает на теоретическую и практическую обоснованность концепции психофизиологического изоморфизма, обозначающую тождественность структуры объективного нейрофункционального и субъективного нейрокогнитивного индивидуально-го опыта.

Литература

1. Бадалов А.А., Бровкина С.Н. Синдром Икара как смешанная форма психопатологического диатеза // *Неврологический вестник*. — 2016. — Т. XLVIII. Вып.4 — С. 77-80.
2. Биопотенциалы мозга человека. Математический анализ / Под редакцией В.С. Русинова; АМН СССР. — М.: Медицина. — 1987. — 256 с.
3. Богоявленская, Д.Б. Природа детской одаренности [Текст] / Д.Б. Богоявленская // *Одаренный ребенок*. — 2002. — № 1. — С. 6-13.
4. Бронин С. Я. *Малая психиатрия большого города*. — М.: «Закат». — 1998. — 272 с.
5. Карнышев А.Д. Изоморфизм и эмерджентность как феномены нейрофизиологии и организационной психологии [Электронный ресурс] // *Организационная психология*. — 2015. Т. 5. — №3. — С.26-48. URL: <http://orgpsyjournal.hse.ru>
6. Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. К вопросу о патологии воображения при височной эпилепсии. Банищikov В.В., Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю. (ред.) *Эмоции и воображение*. — Москва. Всероссийское общество невропатологов и психиатров. — 1975. — С. 72-99.
7. Корсакова Н.К., Плужников И.В. Нейропсихологический подход к изучению процессов адаптации // *Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии*. — Факкультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. — М. — 2012. — С. 70-92.
8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Предвестники психического заболевания. Сообщение 1. Психопатологический диатез // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2013. — № 3. — С. 3-10.
9. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. — М. — 1991. — 256 с.
10. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П. Диагностика поведенческих расстройств и психических образований детского возраста в начальной стадии на основе кросскорреляционного анализа электроэнцефалографии как метод предупреждения тяжелых социальных последствий // *Общество. Среда. Развитие*. — 2010. — № 3. — С. 190-197.
11. Малинина Е.В. Преморбидные психические расстройства при эпилепсии в детском возрасте // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2006. — Т.16. — С. 28-32.
12. Новиков Ф. А. *Дискретная математика для бакалавров и магистров: учебник* / Ф. А. Новиков. — 2-е изд. — Санкт-Петербург: Питер. — 2014. — 399 с.
13. Рыжов Б.Н. Системные основания психологии (продолжение) // *Системная психология и социология*. — 2010. — № 2. — С. 5-24.
14. Чередникова, Т.В. Аналитический обзор отечественных теорий нарушений мышления при шизофрении / Т.В.Чередникова // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2014. — Т. 24. — С. 85-90.
15. Betts T.A. *Psychiatric disorder in epilepsy*—In: Duncan J.S., Gill J. Q. (eds) *Lecture notes British branch of the International League against epilepsy*.—Oxford: Keble College. — 1995. — P. 153-158.
16. Csikszentmihalyi M. *The flow experience* // *The encyclopedia of religion*. V. 5/M. Eliade (ed.). — New York: Macmillan. — 1987. — P. 361-363.
17. C. S. Hall, G. Lindzey. *Theories of Personality*. — New York: John Wiley and Sons. — 1970.
18. Flor-Henry P, Fromm-Auch D, Schopflocher D. *Neuropsychological dimensions in psychopathology*. In: Flor-Henry P, Gruzelier J, eds. *Laterality and Psychopathology*. — Amsterdam, the Netherlands: Elsevier Bio-Medical Press. — 1983. — P. 59-82.
19. Heilman, K. M., Voeller, K. S., & Nadeau, S. E. A possible pathophysiologic substrate of attention deficit hyperactivity disorder. — *Journal of Child Neurology*. — 1991. — V.6. — P. 76-81.
20. Korolenko Ts., Dmitrieva N., Spiks T. *Clinical Traits of Temporal Lobe Personality in the Inhabitants of North Siberia*. — *American International Journal of Contemporary Research*. — 2012. — Vol.2. — P. 13-19.
21. Murray H. A. *American Icarus* // *Clinical Studies of Personality* / Burton A., Harris R. E. (Eds.). — N.Y.: Harper and Row. — 1955.
22. Wiklund N. *The Icarus Complex. Studies of an Alleged relationship Between Fascination for Fire, Enuresis, High Ambition, and Ascensionism*. — Lund. Department of Psychology. — 1978. — P. 272.

Сведения об авторах

Бадалов Андрей Аскарлович — врач-психиатр; старший преподаватель кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Кыргызско-Российского Славянского университета. E-mail: andrey.badalov@bk.ru

Бровкина Светлана Николаевна — историк; магистр психологии; завуч кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. E-mail: brovkina04@gmail.com

Давидович Мария Евгеньевна — врач-психиатр; ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. E-mail: Mariya_Saveleva_E@mail.ru

Кугаевский Илья Александрович — младший научный сотрудник Института систем информатики имени А. П. Ершова СО РАН. E-mail: ilya.kugaevsky@gmail.com

Мамадумарова Зарина Ибрагимжановна — врач-невропатолог; ОсОО Неврологический Центр «Кортекс». E-mail: mamadumarova87@mail.ru

Суманов Евгений Васильевич — кандидат медицинских наук, врач функциональной диагностики высшей категории «Медицинского центра нейрофизиологических и сосудистых исследований». E-mail: sum-evgenij@yandex.ru

Улитина Юлия Владимировна — врач-психиатр Республиканского Центра Психического Здоровья. E-mail: Uliya.ulitina88@mail.ru

Кадырова Асель Ширдакбековна — врач-невропатолог, к.м.н.; ОсОО Неврологический Центр «Кортекс». E-mail: kadyrovasel-nv@mail.ru