

8. Новиков П.В., Ходунова А.А. Неонатальный скрининг на наследственные болезни обмена веществ в Российской Федерации. – Российский вестник перинатологии и педиатрии. Выпуск 5, 2012. Том 57, с.5-12
9. Новиков П.В., Вельтищев Ю. Е. Роль наследственности в патологии детского возраста: методы диагностики, терапии, профилактики. М.2004 г., 81
10. Ньюссобаум Р.Л., Мак-Инесс Р.Р., Виллард Х.Ф.. Медицинская генетика: учебное пособие. М: ГЭОТАР-медиа 2010, 624 с.
11. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: Изд-во «Академия». – 2002. - 232 с.
12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: Изд-во «Академия». – 2002. - 232 с.
13. Симерницкая Э. Г. «Мозг человека и психические процессы в онтогенезе». МГУ 1985.
14. Троицкая Л.А. – Докт. Дисс. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков норме и при патологии ЦНС – М., 2009 г. 52 с.
15. Хомская Е. Д. Нейропсихология, Москва, 1987 г.

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

А.А. Северный

Прежде чем формулировать задачи организации помощи детям с психосоматическими расстройствами, необходимо определиться с тем, что мы понимаем под этими расстройствами. Несмотря на огромное количество работ по психосоматике, несмотря на почти двухвековую историю самого термина и активную разработку проблемы в последние 80 лет, начиная с психоаналитических исследований F. Dunbar [5] и F. Alexander [3, 4], до сих пор мы не имеем какого-либо нормативного определения, более или менее четко описывающего данную область. Более того, во многих монографиях, посвященных психосоматической патологии как в общей медицине, так и в педиатрии, вообще отсутствуют попытки такого определения, и авторы ограничиваются последовательным описанием широкого спектра расстройств, относимых ими к психосоматическим, правда, по не совсем ясным критериям.

Если обратиться к современным классификациям, и прежде всего к МКБ-10, то мы увидим, что термин «психосоматический» не используется в обозначениях категорий в МКБ–10, очевидно, в связи с различием его значений в различных языках и психиатрических школах, а также потому, что использование этого термина косвенно подразумевает, что психогенетический фактор не играет

никакой роли в возникновении, течении и исходе других заболеваний, для которых этот термин не применен. Расстройства, относимые в общем понимании к психосоматическим, могут быть найдены в МКБ–10, в первую очередь, в рубриках F45 (соматоформные расстройства), а также F50 (расстройства аппетита), F52 (сексуальные дисфункции), F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями любой рубрики классификации) и др. Здесь следует обратить ваше внимание на то, что все соматоформные (соматизированные и т. п.) расстройства априорно отнесены к невротическим, т. е. подразумевается их исключительно психогенный в узком понимании этого слова характер, хотя указывается, что психогенный фактор может и не обнаруживаться. Такая узкая трактовка психосоматического, очевидно, имеет психоаналитические исторические корни. Отсюда становится понятной и достаточно узкая трактовка психопатологического компонента психосоматических расстройств. Если собственно соматический компонент может рассматриваться предельно широко, подразумевая участие любой физиологической и органной системы, то психопатология, по мнению большинства известных нам авторов, трактуется исключительно как различные варианты депрессивного симптомокомплекса с тревожным, как правило, компонентом, что, впрочем, и естественно для расстройств невротического круга. Отсюда и строятся предпосылки для коррекционной работы, направленной, в первую очередь, на редукцию депрессивных расстройств с помощью психофармакологических, психотерапевтических и психосоциальных методов.

Наряду с таким, достаточно ограниченным феноменологическим подходом к характеристике психосоматических расстройств, существуют и, наоборот, крайне широкие трактовки, позволяющие включить в этот круг чуть ли не половину всех пациентов общесоматической сети. В этом отношении можно указать на хорошо известную классификацию одного из ведущих отечественных исследователей в данной области А.Б. Смулевича [1], который противопоставляет клиническую трактовку психосоматической медицины очерченной выше традиционной психогенетической. При этом в круг психосоматических расстройств включается и широчайший круг психических нарушений, вызванных собственно органами соматическими заболеваниями. Таким образом, по А.Б.

Смулевичу, клинические образования, отражающие структуру психосоматических соотношений, могут быть сгруппированы в пределах следующих четырех основных категорий:

I. Психическая патология, реализующаяся в соматической сфере при отсутствии аргументированной медицинским обследованием соматической патологии.

II. Сочетанные (имплицированные) психопатологически-соматические расстройства.

III. Психопатологические расстройства, обусловленные/провоцированные соматическим заболеванием.

IV. Соматические расстройства, психогенно спровоцированные (психосоматические заболевания).

Предлагаемая классификация включает и тесно связанные со сферой телесного «Я» нарушения - ипохондрию или расстройства ипохондрического спектра. В свете такого подхода, позволяющего рассматривать в клиническом единстве проявления психосоматической дихотомии, ипохондрия, по автору, представляется наиболее адекватной психопатологической моделью с психопатологической квалификацией последовательно утяжеляющихся синдромов психосоматического ряда (невротические, психопатические, аффективные, бредовые).

В данном сообщении мы не ставим своей целью обозреть все многообразие современных трактовок психосоматических расстройств. Представляется целесообразным лишь показать их 2 полюса – с максимально узкими и максимально широкими интерпретациями. Но если мы ставим своей целью определиться с конкретной организацией помощи детям, страдающим психосоматическими нарушениями, то нам следует попытаться избежать как неоправданной узости, так и избыточной широты этих интерпретаций. С этой целью мы предлагаем ввести рабочее определение психосоматической патологии, в котором нет указаний, даже косвенных, на этиопатогенетические механизмы страдания, а предпринимается попытка дать собственно клиническую и, возможно, сугубо прагматическую характеристику данной патологии.

Психосоматическая патология – симптомокомплексы, включающие

функциональные психические и функциональные (во всяком случае, на первых этапах заболевания) вегетосоматические расстройства с преобладанием в клинической картине последних, которые и служат первоначальной диагностической и терапевтической «мишенью».

Данное определение требует некоторых уточнений – понятий функциональных вегетосоматических расстройств и психовегетативного синдрома.

Функциональные вегетосоматические расстройства – клинически верифицируемые нарушения в вегетосоматической сфере при отсутствии верифицированного органического патологического субстрата, выступающие в единстве с психопатологической симптоматикой в рамках целостного психовегетативного синдрома.

W. Thiele [8, 9]: психовегетативный синдром – «... закономерное взаимовлияние психических (аффективных) и вегетативных проявлений».

Исходя из этого, мы компилируем классификацию расстройств у детей, относимых нами к психосоматическим, используя как данные литературы (прежде всего классификацию Н. Zimprich [10]), так и собственный клинический опыт.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1. Состояния, связанные с ранней эмоциональной депривацией, - младенческий маразм, анаклитическая депрессия.

2. Соматовегетативные расстройства как проявление конституциональной предрасположенности невропатического типа к патологическому реагированию на психогенные воздействия.

3. Соматовегетативные расстройства как проявление тревоги и невербализуемых (подавляемых) страхов – экзистенциальных и ситуативных.

4. Многообразные синдромально очерченные детско-подростковые специфические и типические расстройства с вегетосоматической манифестацией: анорексии, ожирения, ювенильная желтушность, диарея и запоры, энурез и энкопрез и др., а также менее привязанные к возрасту – неспецифические дерматиты, мигрени, язвенный колит, астматические состояния и др.

5. Наиболее многочисленная группа разнообразных проявлений т. н. ВСД – дискинезии и другие расстройства ЖКТ, проявления колебаний сосудистого тонуса (гипер- и гипотензия), нарушения сердечного ритма, астмоподобные расстройства дыхания (диспноэ), псевдоневрологические нарушения (астеноподобные расстройства, тики, кривошея и др.).

Как видно, сюда не включаются собственно соматогенные психические нарушения, возникающие при верифицируемом патологическом органическом субстрате (будем называть эту патологию соматопсихической). В эту классификацию также не включаются так называемые психосоматозы, т. е. классические психосоматические заболевания (типа язвенной болезни желудка, инфаркта миокарда и пр.), не потому, что они не встречаются у детей (к сожалению, встречаются все чаще), но потому, что, как справедливо замечает А.Б. Смулевич [1], если даже эти заболевания и манифестируют психогенетически, дальнейшее их течение подчиняется преимущественно закономерностям собственно органического соматического заболевания, и они входят в компетенцию, прежде всего, соматологов.

Наш собственный клинический опыт опирается на многолетнее исследование двух независимых когорт больных детей и подростков, насчитывающих в целом 457 человек в возрасте от 3 до 17 лет: 115 больных с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, 159 – с функциональной гипертермией и разнообразными функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями, т. н. ВСД, 140 - с расстройствами желудочно-кишечного тракта, 43 – с атопическими дерматитами и функциональными расстройствами дыхания. Мы не даем более детальное диагностическое распределение, во-первых, поскольку в рамках данного сообщения это не представляется столь существенным, а во-вторых, поскольку вегетососудистая патология в большинстве случаев носит сочетанный характер. Если на определенном этапе заболевания выявляется ведущий соматовегетативный синдром, то он, как правило, сопровождается и другими, менее выраженными расстройствами того же уровня, а на других этапах заболевания он может отойти на задний план и картина будет определяться преимущественно другими типами расстройств. Здесь мы попытаемся изложить лишь общие закономерности психопатологии и течения.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

<b>СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ</b>	<b>ВСЕГО</b>	<b>%%</b>
Аффективная симптоматика, в т. ч. биполярная	244	53,39
Аффективно-бредовые, в т. ч. с галлюцинациями	37	8,10
Личностные расстройства	66	14,44
Невротические и невротоподобные	65	14,22
Психоорганические, в т. ч. эпилептиформные	45	9,85
<b>ВСЕГО</b>	<b>457</b>	<b>100,0</b>

Таким образом, мы видим, что функциональные вегетосоматические расстройства у детей могут быть фасадом, или маской, самой разнообразной психопатологии, а отнюдь не только депрессивной, что, несомненно, необходимо учитывать в организации психокоррекционной работы.

Далее, на данном этапе исследования было необходимо отработать и оценить применимость такого комплекса диагностических методик, который, наряду с собственно клиническим (анамнестическим, психопатологическим) методом, предоставил бы возможность оценивать особенности проявлений задатков личности (характера) больных детей до возникновения собственно клинических проявлений функциональной соматовегетативной патологии, с тем, чтобы в последующем вынести суждение о возможной предрасполагающей (или санирующей) роли тех или иных доманифестных проявлений детской индивидуальности в сочетании с влиянием семейного (ситуативного) и наследственного фона.

Были апробированы следующие психолого-диагностические методы: Тест Кетелла (детский и подростковый варианты), Тест Люшера и его специализированный вариант – Цветовой тест отношений (ЦТО), рисунок «несуществующего животного», рисунок семьи, рисунок «семьи животных», пиктограмма, рисунок «дом, дерево, человек».

Анализ соотносимости результатов тестирования и клинического обследования дает возможность предположить, что наиболее определенно корреспондируются с клиническим методом (с учетом принятой в нашей клинике системы оценки личностных особенностей и девиаций, наиболее близкой в системам К. Шнайдера и П.Б. Ганнушкина) рисуночные методики, которые, при

соответствующей квалифицированной обработке, должны позволить не только оценить актуальное психологическое (психопатологическое) состояние ребенка, его взаимоотношения и место в семейной среде, но и выделить базисные черты его индивидуальности, что важно не только в плане решения исследовательских задач, но и для формирования адекватной психотерапевтической тактики. Это бывает крайне необходимо во многих случаях семейной терапии при функциональных вегетосоматических расстройствах у детей и подростков. Метод ЦТО в этом отношении также весьма полезен. Что касается собственно методики Люшера, то она в основном отражает актуальное эмоциональное (аффективное) состояние больного. Наиболее сложно использовать в соотнесении с клинической оценкой результаты обследования тестом Кетелла.

Сложной и не в полной мере решенной остается задача получения наиболее приближенных к объективности анамнестических данных, касающихся индивидуально-личностных особенностей ребенка в их становлении и развитии, особенно в младенческом периоде, получаемых от родителей. Представляется очевидным, что в силу многих субъективных факторов (этно-культуральные особенности семьи, опасения представить ребенка в «невыгодном» с социальных позиций свете при стремлении соответствовать общепринятому «нормативу» развития и поведения, вытеснение в родительском сознании психотравматичных аспектов микросоциального бытия и др.) сведения, представляемые о ребенке родителями при их прямом расспросе, могут в большей или меньшей степени искажаться. В связи с этим возникает задача разработки полуструктурированного опросника с соответствующими шкалами, в т. ч. и в отношении достоверности, который позволил бы сопоставить (и соответственно в определенной мере валидизировать) получаемые при расспросе сведения с результатами такого тестирования. Такая задача требует привлечения высококвалифицированных патопсихологов и применения соответствующего порядка разработки достоверных тестовых методик.

В целом комплексное патопсихологическое обследование невыборочной группы пациентов (45 чел.) показало значительное разнообразие их основных личностных черт, выявляемых и как доманифестных, и в актуальном обследовании. Не вдаваясь в детали, укажем лишь, что наиболее часто (у 12

больных) выявлена такая черта, как тревожность – либо как ведущая особенность, либо как дополнительный радикал другой личностной структуры. К ним примыкают 4 больных с той или иной выраженностью психастенических (ананкастных) черт, у 9 больных преобладали особенности шизоидного (шизотимного) круга, также в 9 случаях можно было говорить о выраженных циклоидных, чаще гипертимных и эмоционально лабильных особенностях, лишь у 4 больных обнаруживались более или менее отчетливые черты демонстративности (истероформности). В отношении 7 больных не удалось вынести определенного суждения об их индивидуально-личностных особенностях в преморбиде, причем чаще всего это относилось к больным с отчетливыми проявлениями резидуально-органического поражения ЦНС, что само по себе с младенчества накладывало специфический отпечаток на проявления детской индивидуальности (аффективная неустойчивость, истощаемость, гипердинамика и т. п.). Психологическая диагностика выступает важным компонентом как в собственно диагностической процедуре, так и в выстраивании психокоррекционной тактики.

Не менее важной является и диагностика семьи. На нашем материале мы практически не встретили семей с родителями без тех или иных проявлений психопатологии, естественно, преимущественно пограничного уровня, аффективной и невротической, с преобладанием тревожного аффекта. Не встретились нам и гармоничные семьи. Как правило, их можно было квалифицировать по систематике S. Minuchin [10], описавшего семьи, предрасполагающие к появлению психосоматических расстройств у детей. Это, по его терминологии, семьи с безысходностью, сверхпротективностью, ригидностью и неспособные к разрешению конфликта. Особенности внутрисемейных отношений и психопатологические расстройства у членов семьи создают, естественно, особую ситуацию в построении стратегии и тактики психокоррекционной работы.

Наконец, для формулирования общепатологической оценки описываемых психосоматических расстройств у детей и подростков коротко скажем об их течении. Его наиболее типичный стереотип заключается в смене доманифестных стертых личностных отклонений, девиаций развития и мягких субклинических

аффективных расстройств манифестными психовегетативными расстройствами с ведущей соматовегетативной симптоматикой, вслед за которыми, на более поздних возрастных этапах, на первый план выходят собственно психопатологические нарушения, оттесняя на задний план функциональную соматовегетативную симптоматику. Однако в менее характерных случаях возможны и другие варианты динамики, когда доманифестные психопатологические проявления не выявляются либо выражены крайне незначительно (не верифицируются анамнестически и не квалифицируются психопатологически), а первые проявления психовегетативного диатеза выражаются отчетливой соматовегетативной симптоматикой. В этих случаях «психовегетативный» этап наступает позже, тем не менее в последующем, как правило, сменяясь этапом более или менее отчетливых психопатологических расстройств.

Таким образом, в случае функциональных психосоматических нарушений у детей и подростков мы имеем дело с психовегетативным диатезом, который определяется нами следующим образом. Психовегетативный диатез - клинические проявления многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенности как к собственно психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам, протекающим в виде фаз и реакций на фоне дизонтогенетических нарушений и онтогенетических кризовых влияний в предрасполагающих условиях семейных и других микросоциальных воздействий. При этом регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, могут сочетаться с конституциональными (врожденными) органическими аномалиями. В частности, на примере кардиальной патологии (пароксизмальной тахикардии) была показана конвергенция врожденных аномалий проводящих путей сердца и экстракардиальных регуляторных расстройств, обусловленных психическими нарушениями.

Являясь более широким понятием, чем невропатия, психовегетативный диатез, в отличие от последней, не связан с каким-либо определенным конституциональным типом личности и понятие психовегетативного диатеза ассоциируется с понятием психовегетативного синдрома, аффективных и невротических нарушений. Однако в данном случае речь идет именно о диатезе,

т. е. о непроцессуальных проявлениях предрасположения, а не о патологическом процессе.

Что касается динамики проявлений диатетических расстройств, то во всех группах больных с приблизительно равной частотой (68%-76%) преобладал фазный вариант над личностным и реактивным (в понимании С.Ю. Циркина [2]). Кроме того, на основании предварительного анализа можно предположить, что отчетливая неравномерность в динамике психофизического развития, склонность к эмоциональной неустойчивости, к сезонным и другим аутохтонным колебаниям психофизического статуса в доманифестном периоде предполагает более отчетливую фазность с более частой сменой патологических состояний, в то время как «устойчивый» преморбид с равномерно-поступательным развитием и более стабильным эмоциональным фоном может служить предиктором психовегетативных и собственно психопатологических расстройств, к затяжному и даже хроническому течению.

Конечно, в ряде случаев диатетическое, непроцессуальное течение может перейти в процессуальное как по органическому типу (с развитием заболевания, текущего по закономерностям органического соматического процесса), так и по психопатологическому, что мы наблюдали у единичных наших больных, обнаруживших со временем в том числе шизофренический процесс.

Таким образом, психовегетативные расстройства в рамках психовегетативного диатеза представляют собой в каждом отдельном случае сложную констелляцию дизонтогенетических, реактивных, фазных, онтогенетических кризовых факторов, проявляющихся в условиях патологической семьи и под влиянием других психосоциальных факторов, создающих предпосылки для клинического проявления диатетической предрасположенности. Коротко перечислим факторы, способствующие микросоциальной дизадаптации<sup>1</sup> детей, страдающих психосоматическими

---

<sup>1</sup> Мы полагаем, что понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «дизадаптация» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «дизадаптация» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «дизадаптация» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. - 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary

расстройствами:

1. Глубина и тяжесть собственно психопатологической и соматовегетативной симптоматики.
2. Особенности критической оценки болезненного состояния самими пациентами (анозогнозия, неполная и двойственная критика) и их ближайшим окружением (фиксация на соматовегетативных нарушениях, недостаточные оценка и понимание психической измененности больного ребенка).
3. Толерантность населения к пограничной психической патологии.
4. Оппозиционное отношение к психиатрической помощи не только больных и их родственников, но и многих врачей-интернистов.
5. Отсутствие специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в первичном педиатрическом звене.
6. Ориентированность существующей системы психиатрической помощи детям преимущественно на манифестную, тяжелую психическую патологию.
7. Недостаточность знаний о психосоматической и пограничной психической патологии в среде педиатров.
8. Вытекающий отсюда существенный дизадаптирующий фактор, который мы обозначаем как ятрогенную дизадаптацию, а именно создание искусственной и неоправданной социальной депривации больных детей вследствие необоснованных ограничений, накладываемых врачами на их деятельность.

Каким же образом следует организовать службу, позволяющую проводить адекватную профилактику, своевременную коррекцию и полноценную реабилитацию больного ребенка с функциональной психовегетативной патологией?

Для нас очевидно, что это не может быть какая-то специальная психосоматическая служба, но собственно служба психического здоровья детей должна быть организована таким образом, чтобы оказывать необходимую помощь и детям с психосоматической патологией. Очевидно, что для этого

---

of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте [www.glossary.ru](http://www.glossary.ru). В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

необходимо психотерапевтическое звено в амбулаторном педиатрическом учреждении – в детской поликлинике. Основной принцип организации такого кабинета - бригадный, заключающийся в комплексном обследовании и коррекции больного группой специалистов, минимальный набор которых включает детского психиатра, семейного терапевта/психотерапевта, клинического психолога и социального педагога. Следующее звено в данной системе – психотерапевтическая служба в многопрофильном педиатрическом стационаре. Она может быть представлена в 2 формах: либо консультативно-коррекционный отдел с необходимым набором специалистов, обслуживающий все отделения стационара (в некотором смысле этому соответствует наш консультативный кабинет в МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ), либо специальное стационарное отделение по типу того, какое было организовано, к примеру, в клинике НИИ физиологии СО РАМН в Новосибирске. Пока трудно сказать, какая из двух форм предпочтительней, возможно, нужны обе в зависимости от местных организационных и кадровых условий. Наконец, для реализации реабилитационного этапа необходима организация межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в системах семья - здравоохранение, семья - образовательное учреждение, учреждение здравоохранения - образовательное учреждение. В этих условиях основным действующим лицом становится социальный педагог поликлинического психотерапевтического кабинета, задача которого состоит в координации действий всех участников реабилитационного процесса.

Следующим, а точнее первоочередным организационным условием, с выполнения которого должно начинаться создание системы помощи детям с психосоматическими расстройствами, является кадровое обеспечение, т. е. создание «эшелонированной» системы обучения специальным образом ориентированным общепсихиатрическим, социально-психиатрическим и психосоматическим знаниям всех участников указанной системы, а также педиатров поликлинической и стационарной сети. Это обучение не должно приводить к тому, чтобы непсихиатрические специалисты подменяли психиатров, что, к сожалению, в последнее время принимает неуправляемый характер, и к чему, как нам ни странно, призывают и некоторые авторитетные психиатры.

Необходимо, чтобы все специалисты, работающие с детьми, могли своевременно заподозрить наличие у ребенка психосоматических нарушений, своевременно направить его и его семью к соответствующим специалистам и адекватно своей профессиональной компетенции включиться в сложный мультидисциплинарный коррекционно-реабилитационный процесс.

И, наконец, необходимым условием развития системы психосоматической помощи детям является создание научно-методического центра, желательного федерального уровня, с понятной целью анализа, обобщения и продвижения в практику мирового и национального научно-клинического опыта в данной сфере. Возможно, данное направление стало бы одним из тех, что стал бы разрабатывать предлагаемый нами Центр психосоциальных проблем детства.

#### Литература

1. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина. - [http://consilium-medicum.com/media/prom/07\\_01/4.shtml](http://consilium-medicum.com/media/prom/07_01/4.shtml) (последнее обращение 11.12.12.г.)
2. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Фолиум, 2005. – 200 с.
3. Alexander F. Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1939, V. I, N. 1, January. – P. 7-18.
4. Alexander F. (Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002. – 453 с.)
5. Dunbar F. Character and Symptom Formation—Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease (1939). *Psychoanalytic Quarterly*, 8:18-47
6. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. - Cambridge: Harvard University Press., 1974. – 268 p.
7. Minuchin S., Baker L., Rosman B., et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children // *Arch. Gen. Psych.* – 1975. – Vol. 32. – P. 1031-1038.
8. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. // *Muench. Me. Wochenschr.* – 1958. – Jg. 100, N. 49. – S. 1918-23.
9. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom, sein Natur und Behandlung // *Med Welt*. 1966 Jan 1;1:9-14. German.
10. Zimprich H. *Kinderpsychosomatik*.//Thieme, 1984, Stuttgart-New York. - 185 S.

## **ИСКАЖЕНИЕ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Г.А. Арина, В.А. Леонова, В.В. Николаева, Л.В. Харланова

Как известно, в работах школы Ю.Ф. Полякова [2,3,6] были показаны единые для когнитивных процессов и патогномоничные для структуры