

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 (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

шизофренического дефекта психологические механизмы нарушений, создающие характерную клиническую картину психопатологии, получившую название «схизис». Богатство феноменологии, красота и строгость экспериментальных моделей, полнота и аналитичность обсуждения результатов делают эти работы методологически эталонными и ставят вопрос о возможности дальнейшего расширения поля исследования за границы начально обрисованного пространства познавательных функций. Феноменологической почвой для такой «экспансии» может служить психология телесности: образ тела и обыденные представления о телесных процессах¹. В самом общем виде гипотеза может быть сформулирована следующим образом: в условиях психического расстройства шизофренического спектра фактор, отвечающий за структуру дефекта, организует определенным образом не только когнитивные, мотивационные и эмоциональные процессы, но также развитие и функционирование телесного опыта. «Схизис», обнаруживаемый в организации интеллектуальных и эмоциональных процессов, будет определять и явления искажения телесного опыта. В качестве ключевых механизмов искажения телесности могут выступать описанные в работах Ю.Ф. Полякова нарушения избирательности и социальной направленности личности.

По нашему мнению, адекватной эмпирической реальностью, позволяющей исследовать нарушения телесного опыта по аналогии с нарушениями познавательных процессов, является феноменология представлений и переживаний, адресованных телу, в период полового созревания у девушек-подростков. Релевантность в данном случае обеспечивается ключевыми характеристиками изменений телесности в подростковом возрасте:

- Опыт полового созревания в подростковом возрасте проходит сложный путь социализации за короткое время. В это время меняется не только сомато-перцептивная составляющая образа тела (в частности, вызванная гормональными перестройками), но и ценностное значение тела, эмоциональное отношение к нему. Появляются новые феномены и практики обращения с собственным телом: заботы, ухода, украшения, создания физического удовольствия, наказания и др. Социальные стереотипы начинают переопределять и регулировать телесные

¹ Сам факт нарушений образа тела и телесного самосознания при расстройствах шизофренического спектра хорошо известен и имеет обширную научную библиографию [4,8]

практики, табуируя одни (прямо или косвенно - через стыд) и поощряя другие (в соответствии с нормативом образа внешности и приличий). В это время вокруг подростка создается очень специфическое, требовательное «поле экспертизы», с характерными оценочностью и давлением; от подростка ожидается, что он правильно ориентируется, присвоит «взрослые», в том числе и гендерные программы, станет таким, каким его хотят видеть. Кроме того, сама ситуация воздействует таким образом, что девушка-подросток не ограничивается привычным репертуаром само-восприятия (восприятия своего тела, своей внешности), телесность также попадает в контекст взаимных оценок. Образ тела становится важным фактором регуляции коммуникации девушек.

- В развитии телесного опыта наблюдается кризис и трансформация средств психологической регуляции, как и в развитии собственно психологических феноменов – самосознания и идентичности. То, в каких значениях девушка сможет присвоить себе признаки своего взросления, зависит не только от транслируемых социокультурных стереотипов, но и от собственных выборов: это не обязательно осознанные выборы, а часто скрытая работа предпочтений, которые будут определять, какие именно характеристики многозначного явления полового созревания будут восприняты. Ситуация менархе (период первой менструации и установления цикла) ставит задачу не только освоения и категоризации телесных ощущений и переживаний, но и наделения их смыслом в контексте деятельности, общения, самоидентичности. Телесный опыт, социализированный и опосредованный психологической регуляцией, входит особым - «телесным» - основанием в идентичность девушки.

Таким образом, процесс социализации и структурирования телесного опыта на подростковом этапе может опираться на женский гендерный опыт как в самом широком, общечеловеческом смысле, так и в узком, семейном и близкородственном [9]. Другим вариантом может быть «отказ» от опоры на культурные и контекстные смысловые поля; отказ сознательный, либо эмоционально-негативистичный (в рамках сепарационных процессов), либо обусловленный особенностями организации психических процессов при психическом расстройстве. Условия интериоризации категориальной сетки телесного опыта полового созревания можно рассматривать как достаточно

неопределенные, «зашумленные» социальными влияниями и драматическими переживаниями подросткового кризиса. Понимание собственной телесности и действий с ней является задачей выбора: смыслового, эмоционально-ценностного отношения, понятийного определения и объяснения, действенно-практического обращения с телесными явлениями. Описанные особенности подростковой телесности в варианте естественного эксперимента аналогичны параметрам, моделируемым в лабораторных экспериментах школы Ю.Ф.Полякова: организации избирательности понятийной системы и социальной направленности психических процессов. Это позволяет предполагать существование в структуре телесного опыта явлений и механизмов схожих, а возможно, и структурно-функционально единых с системой регуляции когнитивных процессов.

В соответствии с гипотезой в эмпирическом исследовании было проведено сравнение телесного опыта полового созревания у психически здоровых девушек 12-14 лет и страдающих психическим расстройством шизофренического спектра. Общая задача конкретизировалась в следующих вопросах: отличаются ли переживание и организация обыденных представлений о менструальном опыте в норме и при психической патологии; как особенности переживания менструального опыта в ситуации психической патологии соотносятся с психологической структурой психических нарушений. Методический комплекс был направлен на изучение телесного опыта полового созревания на нескольких уровнях: эмоционально-ценностного отношения, смысловом, рефлексивно-понятийном, коммуникативном и поведенческом. На основе полуструктурированного интервью была разработана специальная анкета, фиксирующая индивидуальные представления о феноменах полового созревания, декларируемое отношение к телу и его проявлениям, представления и отношение родителей и друзей и т.д. Эмоционально-ценностное отношение (ЭЦО) к телу и его феноменам в контексте отношения к себе и другим значимым людям и объектам социальной ситуации развития изучалось с помощью специально модифицированных методик Цветовой Тест Отношений [7] и Дембо-Рубинштейн.

Патопсихологическое обследование проводилось со всеми больными по стандартной программе для определения структуры индивидуального дефекта.

Анализ системы представлений о новом телесном опыте показал, что они формируются под влиянием различных источников, прежде всего, в ситуациях межличностного общения. Девушки обеих групп одинаково часто — в 80% случаев — указывают, что впервые узнали о существовании менструации от матери или другой близкой родственницы. Но оказывается, что ситуация общения на эту тему не была одинаково желаемой и комфортной для двух сравниваемых групп. Так, девушки группы нормы в 70% случаев отвечают, что хотели бы узнать впервые о существовании менструации «из рассказа мамы»; 15% предпочли бы узнать эту информацию «из разговоров с подругами», а 15% девушек выбрали другие источники – СМИ. Среди девушек с психическими расстройствами только 15% хотели бы получить информацию от мамы; 10% предпочли бы узнать эту новость от подруг, а остальные девушки ориентировались на «безличные» источники информации. Девушки этой группы предпочитают получать значимую информацию из более «нейтральных» источников, если возможно, избегая общения вообще. 35% этих девушек отметили, что они нашли объем информации, которую предоставила мать, «избыточной». Также существенные различия обнаружились в эмоциональном сопровождении соответствующих тематических диалогов: по их воспоминаниям больные девушки в 60% случаев испытывали дискомфорт и неловкость, а также стыд при первом разговоре с матерью о менструации. Такая эмоциональная коннотация практически не встречалась в группе нормы, девушки с заметно большим удовольствием общаются со своими матерями, в том числе и на «гендерные темы», создавая ситуацию совместно-разделенного телесного опыта как необходимого этапа интериоризации, присвоения соответствующих представлений и переживаний.

Ценностно-смысловое содержание системы представлений в норме имеет разветвленную, многозначную структуру: девушки связывают менархе со здоровьем, взрослением, физиологическими и биологическими процессами, возможностью иметь детей, сексуальностью и «взрослыми отношениями». В группе нормы отсутствовали глобальные недифференцированные оценки явления. Девушки группы с расстройствами шизофренического спектра определяли смысл менструации либо через ее физиологическую функцию (одна из функций организма, как пищеварение или дыхание), либо давали глобально-

оценочные ответы: «это хорошо», «это плохо». У них не встречаются рефлекслируемые смыслы, которые соотносятся с взрослением, сексуальностью, с отношениями с людьми.

Таким образом, протекающий искаженно процесс социализации представлений выстраивает искаженное содержательно-смысловое поле рефлекслируемого телесного опыта, что находит свое отражение в эмоциональном сопровождении переживаемых изменений телесности.

Нерефлекслируемый – эмоционально-ценностный - слой телесного опыта в норме и патологии также различается. Так, в группе нормы эмоциональная реакция на менархе (первую менструацию) была различной и распределялась между позитивной, амбивалентной и негативной (45%). У девушек с психическими расстройствами позитивная реакция на ситуацию менархе отсутствовала полностью, при этом объектом негативных (65%) или амбивалентных переживаний становились не сам факт наступления менструации, а тело, «с которым это случилось», «все женское» и «женщины». Этот феномен указывает на генерализацию негативного отношения к гендерным признакам в целом, а не только к опыту менархе. Более того, все телесные явления, телесное самосознание, оказываются негативно окрашены. Все, что относится к телу, автоматически попадает в область негативного.

Искажение эмоционально-ценностного компонента телесного опыта проявляется в таком специфическом его компоненте как переживание боли. Во-первых, в отличие от группы нормы все больные девушки предъявляли жалобы на боль как устойчивый и тягостный симптом. Во-вторых, социализация этого феномена протекает у них иначе, чем в норме. Для здоровых девушек боль – одна из важнейших тем коммуникации с близкими и подругами, со временем симптом обретает «вторичную выгоду», позволяя больше жалеть и заботиться о себе, искать эмоциональной и практической поддержки, избегать неприятных ситуаций (например, оправдывает пропуски уроков, дополнительное время для сна и т.д.). Таким образом, боль в норме становится смысловым регулятором жизнедеятельности, создающим определенные преференции практического характера. Ни одна из девушек группы с расстройствами шизофренического

спектра не рефлексивует и, вероятно, не создает на основе боли соответствующей «вторичной выгоды».

Неспособность первично переживать или извлекать позитивный смысл феноменов телесного опыта, трансформировать неприятное ощущение в приятное и выгодное ситуационное положение - может быть рассмотрена как особый вариант ангедонии. Важнейшая нерелексируемая направленность на удовольствие как смысловая доминанта мировосприятия оказывается дефектной и не может выполнять соответствующую регуляторную функцию.

Представления о ценности менструации в норме осознаются прежде всего следующим образом: девушки в основном отмечают такие ценностные функции ее как знака здоровья и вступления в «женский клуб», особого гендерного единства, что на уровне образа «Я» отражается в развитии полоролевой идентичности, осознании себя как женщины. Менструация встраивается в этот процесс как «пропуск» в новый женский мир. Для девушек с психическими расстройствами ценность этого явления чаще заключается в декларации того, что само половое созревание есть знак какой-то полноценности, содержание которой никак не может быть раскрыто, не только в силу невысокого уровня образования и обобщения, но и в силу недоступности переживания себя как интегрального целого.

Можно констатировать, что смысл менструации как телесного феномена может встраиваться в существующую – дефицитарную - мотивационно-смысловую систему, выполняя функцию восполнения, компенсации отсутствующего и необходимого смыслового узла – переживания взросления. В патологии наблюдается нарушение процесса полоролевой идентификации, и ценность менструации как признака «вступления в женский клуб» для девушек искажена или не формируется. В ситуации, когда поле приобщения к человеческому опыту (через общение с матерью, подругами) у данной категории больных сужено, психологический смысл данного телесного феномена расщеплен, он выполняет самую примитивную смысловую роль приобщения к неизвестному, идеализированному и компенсаторному переживанию полноценности (то, что есть у других женщин), но при этом позитивное переживание себя женщиной недоступно. В описанном феномене наглядно

просматривается сходство с характерным для больных шизофренией расщеплением мотивов на «знаемые» и «реально действующие» [1]. Один и тот же телесный феномен является пропуском в полноценность и одновременно мешает чувствовать себя здоровой. Устойчивое переживание стыда в отношении менструации показывает еще одну грань расщепления и амбивалентности: ожидание полноценности, создаваемой половым созреванием, часто сопровождается переживанием стыда. На базе искаженных представлений и амбивалентных переживаний строятся псевдокомпенсаторные механизмы, которые призваны как-то интегрировать поло-ролевую идентичность, поддержать самоуважение, понять свой телесный опыт.

Теоретический анализ и эмпирическое изучение телесного опыта периода становления менструального цикла доказывает сложную биопсихосоциальную природу этого явления. Развитие телесного опыта девушек-подростков сложным образом связано с феноменами становления идентичности, обретением психологических новообразований в гендерном, феминном «Я». Кроме того, это такой телесный опыт, развитие которого уточняет, иногда и задает место девушки в координатах отношений с противоположным полом. Развитие телесного опыта на данном этапе делает возможным переживание феминности не в «идеальном» образе, а в виде интегрального и интегрированного «в тело» переживания. Эмоциональное отношение к «менструирующему телу» в ситуации психического расстройства оказывается глобально негативным; при этом его невозможно скомпенсировать смысловыми и ценностными аспектами телесного опыта, потому что осознание ценности гендерного опыта оказывается заблокировано или амбивалентно. Важно подчеркнуть, что при данном спектре психических расстройств негативной эмоциональной оценки удостоивается не просто (или не только) тело, а тело гендерное, женское. Организация и функционирование представлений о телесных явлениях могут быть охарактеризованы как бедные, формально социализированные и «не стандартные» (пользуясь терминологией Ю.Ф.Полякова). Таким образом, когнитивные, эмоционально-ценностные и смысловые компоненты нарушений телесного опыта при расстройствах шизофренического спектра имеют значительное структурно-содержательное

сходство с феноменами и факторами синдрообразования, описанными в работах школы Ю.Ф.Полякова.

Литература

1. Коченов М.М., Николаева В.В. Нарушения мотивации при шизофрении. – М.: изд-во МГУ, 1978
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
3. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., Медицина, 1974.
4. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. Изд-во Моск. ун-та. М., 1989.
5. Холмогорова А.Б. Клиническая психология: в 4 т. – М.: Академия. 2011. – Т. 1: Общая патопсихология.
6. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / под ред. Ю.Ф. Полякова. – М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982. – Т. 1.
7. Эткин А.М., Бажин Е.Ф. Общая психодиагностика. М., 1987
8. Cleveland, S. E. and S. Fisher (1962), Perception of body size in schizophrenia, *Arch. Gener. Psychiatry* 7, 277-285
9. Daughtering and Mothering: Female Subjectivity Reanalysed. J. Van Mens-Verhulst, K. Schreurs, L. Woertman - Eds., Routledge. New York. 1993

ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЭГ С КОГНИТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Н.Л. Горбачевская, М.П. Кобзова, К.Р. Салимова, А.И. Хромов, А.А. Иванова

ЭЭГ отражает сложную структуру активности коры головного мозга и является основным неинвазивным методом оценки ее функционального состояния. Исследования биоэлектрической активности мозга в онтогенезе показывают существование определенных закономерностей ее формирования. Наличие четкого временного курса формирования разных ритмических компонентов ЭЭГ в норме может служить основой для изучения нарушения этих закономерностей у пациентов с болезнями развивающейся нервной системы. Учитывая имеющиеся данные об устойчивом характере когнитивных нарушений у пациентов с психической патологией, особый интерес представляет исследование корреляции показателей ЭЭГ с различными психологическими параметрами, позволяющее понять физиологическую базу выявленных