

УДК 616.89-008

**СИНДРОМ ИКАРА: ОТ МОТИВАЦИОННЫХ ПРЕДИСПОЗИЦИЙ  
“УРИНАРНОГО ЭРОТИЗМА” К КОГНИТИВНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ  
“РАССТРОЙСТВА ИНТЕГРАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ” – ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ**

*А.А. Бадалов, С.Н. Бровкина, И.А. Кугаевский, Е.П. Суманов*

Представлена эволюция взглядов на синдром Икара – психическое образование, первоначально описываемое с точки зрения классического психоанализа. Прослеживается линия изменения представлений о синдроме Икара: от феноменологических описаний его как отдельного вида “уретральной фиксации” до обоснования его в качестве специфической формы психического диатеза, именуемой “расстройством интеграции идентичности”. Критически рассматриваются современные тенденции междисциплинарного взаимодействия в изучении психоаналитических феноменов. Приводятся данные собственных исследований, позволяющих наметить пути развития подобного взаимодействия с позиции применения интегративно-синергетического подхода. Вводится термин “изоморфизм”, обозначающий наличие эквивалентности организации систем нейрофункционирования головного мозга лиц с синдромом Икара и феноменологического содержания их психического опыта.

*Ключевые слова:* синдром Икара; изоморфизм; уретральная фиксация; психоанализ; психический диатез.

---

**ICARUS SYNDROME: FROM PERSONIFYING PRE-DISPOSITIONS  
OF “URINARIAN EROTICISM” TO COGNITIVE FEATURES  
OF “IDENTITY INTEGRATION DISORDER” – THE EVOLUTION OF IDEAS**

*A.A. Badalov, S.N. Brovkina, I.A. Kugaevsky, E.P. Sumanov*

The article presents the evolution of views on the Icarus syndrome – a mental education, originally described in terms of classical psychoanalysis. The line of change of ideas about Icarus syndrome has been traced: from phenomenological descriptions of it as a separate kind of “urethral fixation” to its substantiation as a specific form of mental diathesis, called “identity integration disorder”. The current trends in interdisciplinary interaction in the study of psychoanalytic phenomena are critically examined. The data of own researches allowing to outline ways of development of such interaction from a position of application of the integrative-synergetic approach are given. The term “isomorphism” has been introduced, denoting the equivalence of the organization of neurofunctioning systems of the brain of individuals with Icarus syndrome and the phenomenological content of their psychic experience.

*Keywords:* Icarus syndrome; isomorphism; urethral fixation; psychoanalysis; mental diathesis.

**Введение.** Не может не вызывать удивление тот факт, сколь выразительно современный психоанализ напоминает собой средневековую схоластику: и высочайшим уровнем приверженности цитированию догматических текстов, и всевозрастающей степенью произвольности их трактовок, и характерной формой аргументации их соответствия действительности. Странно, что при всей достаточно длительной истории развития этого направления медицины, его приверженцы продолжают довольно активно забывать о необходимости нахождения соответствия концептуальных построений З. Фрейда как минимум двум основопо-

лагающим принципам создания научных доктрин. Первый из этих принципов был сформулирован К. Поппером и назван им “принципом фальсифицируемости” [1]. Второй – У.Р. Эшби, давшим ему название “закона необходимого разнообразия” [2]. Первый гласит, что должна существовать методологическая возможность опровержения теории путем постановки того или иного эксперимента, даже если последний еще не был поставлен. Второй, – что при создании проблеморазрешающей системы необходимо, чтобы данная система имела большее разнообразие, чем разнообразие решаемой проблемы, или была бы способна создать такое

разнообразии. Неспособность теории Фрейда подчиняться первому принципу была отмечена еще самим К. Поппером (расположившим ее в одном ряду с эмпирически опровергнутым марксизмом и фактологически недоказанным дарвинизмом), а это, в свою очередь, формирует труднопреодолимый барьер для создания той самой проблеморазрешающей системы Эшби. В самом деле, если психоанализ нефальсифицируем, то он ненаучен, если же он переводится в состояние принципиальной фальсифицируемости, то под очень большим вопросом находится сама возможность решения каких бы то ни было проблем подобной системой. Вторую из обсуждаемых ситуаций красочно иллюстрирует возникший в середине 80-х годов прошлого века нейропсихоанализ – дисциплина, не только исключительно молодая, но и исключительно спорная. Спорная не только по сути своей, – что определяется попыткой объединить, на первый взгляд, очевидно несовместимые вещи – спекулятивно-философскую доктрину и клинико-анатомический концепт, – но и применяемыми методами. И если первая указанная трудность еще в достаточной мере преодолима, при условии принятия на вооружение не эфемерной эклектики, а современного интегративно-синергетического подхода, то методологическая основа проводимых научных изысканий явно нуждается в модификации с использованием более широкого спектра возможностей междисциплинарного взаимодействия. Последнее диктуется, в первую очередь, нечетким разграничением в подобных условиях психической нормы и патологии: схема описываемых исследований строится на проводимых стандартных психоаналитических сеансах у лиц с анатомическим поражением той или иной области головного мозга – при этом выявляются некие особенности взаимодействия данных лиц с окружением и изменения составляющих основу их личности структур [3].

Авторов, работавших в условиях становления новой дисциплины и использующих классические методы пропагандируемых ими клинических подходов (психоанализ З. Фрейда и нейропсихология А. Лурии), понять, несомненно, можно, ибо методологический баланс новоявленной науки может быть построен только на незыблемом фундаменте, совмещающем лучшее, что могут предложить науки-прародительницы. Тем не менее, современные условия развития медико-биологических дисциплин вменяют в обязанность любому ученому, принадлежащему нынешней эпохе исследовательского постмодерна, постоянное ускорение темпов и совершенствование используемых технологий научного поиска. Последнее утверждение, по всей

видимости, правилом для психоанализа не является, и остается только согласиться со словами Ф. Рамуса, указывавшего на симплицистную недостаточность экспериментального обнаружения нейронных коррелятов описываемых З. Фрейдом психических процессов и образований [4]. Необходимо, чтобы психоанализ перешел на новый уровень функционирования: преодолел декартову пропасть, отделяющую его от статуса научной системы, которая была бы в состоянии объяснить феноменологическую эмпирику экспериментально обоснованным базисом, не впадая при этом в крайность злоупотребления пустыми псевдонаучными спекуляциями, с одной стороны, и способной противостоять давлению постоянно накапливающимися и подлежащими проверке фактов, – с другой.

Подобная критика не только вполне обоснована, но и далеко не нова, что рождает абсолютно закономерный вопрос, сформулированный в своей наиболее лаконичной форме известным русским литературным классиком: “Что делать?”. Мы не вправе заявить, что знаем точный ответ. Однако уже в течение нескольких лет мы исследуем возможности подобного вышеуказанному междисциплинарного взаимодействия в изучении такого психического образования, как синдром Икара, ранее описываемого преимущественно с точки зрения классического психоанализа, которых нам удалось достичь с помощью применения комплексного подхода, включающего в себя клинические патопсихологические и психопатологические, а также нейрофизиологические методы исследования [5–10]. В предлагаемой работе мы хотели бы сформулировать те основные положения, которых придерживаемся в пропагандируемых нами научных изысканиях, и проследить ту линию изменения взглядов на свою природу, которую претерпел исследуемый нами поведенческий феномен.

#### **Психоаналитический подход**

Термин “комплекс Икара” предложил в 1938 г. Г.А. Мюррей, обозначив им один из пяти выделенных им инфантильных комплексов, а именно: уретральный, описав в структуре последнего такие основные признаки, как катексис огня, энурез, стремление к бессмертию, выраженный нарциссизм и высокие амбиции с низкой толерантностью к фрустрации [11, 12]. В последующем Н. Виклунд включил в состав описанного им “синдрома Икара” высокую амбициозность, стремление к достижениям и творческую активность, в случае наличия у обладающих им лиц сновидений с полетами, “очарования огнем” и энуреза [цит. по 13] – данный перечень признаков, несомненно, более релевантен клинически и с точки зрения близости к этимологическому основанию термина, однако

исключает нарциссизм, заменяя его асценционизмом, что, с нашей точки зрения, далеко не эквивалентно. Тем не менее, история синдрома Икара как специфической формы психосексуального комплекса начинается гораздо раньше – с исследований З. Фрейда. Значение сексуального удовольствия, получаемого при мочеиспускании было впервые отмечено основателем психоанализа в работах “Фрагмент анализа истерии” и “Три статьи по теории сексуальности”. Далее, в очерке “О добывании огня”, была впервые прослежена связь между катексисом пламени и мочеиспусканием. В последующем, в статье “Характер и анальная эротика” он подчеркнул влияние “уринарного эротизма” на формирование характера, указав на присущее данным лицам “жгучее честолюбие” [14, 15]. Однако З. Фрейд никогда не выделял соответствующую стадию психосексуального развития, указывая на слишком тесную связь между эротизмом фаллическим и уретральным – согласно его мнению, отделить их друг от друга на практике не представляется возможным [14]. В последующем Дж. Садлер исследовал феномен уретральной фиксации, отметив возможность наличия последней без истории недержания мочи, а в качестве основного признака признав возможность получения удовольствия от самого акта мочеиспускания [15]. К. Абрахам считал, что мочеиспускание часто сопровождается детскими фантазиями всевластия. М. Кляйн обнаружила связь между уретральной эротикой с одной стороны и агрессивно-садистическими детскими представлениями с другой. К. Хорни также описывала фантазии о всемогуществе, связанные с выпускаемой мужчиной струей мочи. Ш. Ференци, вслед за Дж. Садлером отметивший, что получаемое ребенком сексуальное удовольствие связано в первую очередь с актом мочеиспускания, а не подготовкой к нему, высказал мысль о существовании постепенного перехода между анальным и фаллическим эротизмом, сопряженного с формированием транзитной уретральной фазы [14, 15]. Полемизирующий с ним О. Фенихель утверждал возможность наличия уретральной фиксации, основным признаком которой будет “удерживание мочи”, пролонгирование мочеиспускательного акта [14]. Описывающий зависящее от формируемого характера строение тела А. Лоуэн так же, как и Фрейд, включал уретральный эротизм в состав фаллически-нарциссического и истерического типов характера [16].

В течение пяти лет нами было обследовано более ста лиц с синдромом Икара с коморбидной психической патологией и без наличия сопутствующих психических расстройств, и наши взгляды на природу уретральной фиксации несколько отли-

чаются от наблюдений вышеперечисленных исследователей. Мы согласны с мнением Дж. Садлера и О. Фенихеля о возможности формирования в процессе психосексуального развития личности уретральной фиксации с получением удовольствия исключительно от самого акта мочеиспускания, без клинически значимого энуреза. Тем не менее, количество обследованных с подобной формой уретрального эротизма значительно меньше числа лиц, имевших историю недержания мочи в анамнезе. Согласно нашим наблюдениям, в процессе психосексуального развития личности период уретрального эротизма действительно представляет собой краткую транзитную фазу, во многом сливающуюся и с предшествующей ей анальной и (особенно часто) со следующей за ней фаллической стадиями таким образом, что выделить ее клинически исключительно сложно. Однако подобное утверждение не является полностью справедливым для лиц с синдромом Икара: наличие у них признаков уретральной фиксации, как и уретральной стадии развития не подлежит сомнению, тем не менее, мы не склонны вслед за ортодоксальными психоаналитиками приписывать генез подобных особенностей одним только условиям воспитания и развития. Сама возможность возникновения достаточно полноценной стадии вместо краткой переходной фазы детерминирована определенной предрасположенностью, подчиняющейся закону дополнительных рядов З. Фрейда [15]: в формировании уретральной фиксации должны принимать участие как гередитарные, так и средовые факторы. Только при совместном их влиянии развитие личности становится неспособным преодолеть барьер, отделяющий доэдипальные и следующие за ними этапы развития, сохраняя большое количество черт психоэмоционального реагирования, свойственных детскому возрасту. Что, в свою очередь, сказывается и на физическом облике респондентов: их внешность не приобретает характерных признаков, описанных А. Лоуэном в качестве основных для лиц, утративших доэдипальные черты: их конституция в данном случае будет близка к инфантильно-грацильным и пассивно-феминным формам у юношей и диспластично-атлетическим – у девушек. Только в случае более активного протекания и слияния уретральной и фаллической стадий конституциональные особенности приобретают облик, характерный для описанных Лоуэллом вариантов последней [16].

Завершая обзор психоаналитических воззрений на исследуемый комплекс, хотелось бы подчеркнуть, что синдром Икара также исключительно тесно связан с нарциссизмом. Именно поэтому мы не используем термин Н. Виклунда “асценционизм”,

являющийся, по нашему мнению, недостаточно объемлющим для обозначения присущих лицам с синдромом Икара эгоцентрических особенностей. Тем более, что имеющиеся указания на формирование выраженного нарциссизма у пациентов с патологией правой теменной доли [3], а также найденные нами физиологические корреляты нарушения функционирования этого отдела головного мозга у всех без исключения обследованных [5, 9], дают нам право настаивать на употреблении термина, предложенного Г.А. Мюрреем. Выраженность нарциссизма у наблюдаемых нами респондентов варьировала достаточно широко – при этом в некоторых случаях мы могли наблюдать описанные О. Кернбергом формы патологического нарциссизма, в том числе и той его разновидности, которая обозначалась самим автором как нарциссизм “злокачественный” [17]. Указанные формы вошли в состав “нарциссического расстройства личности” и в официальную классификацию болезней DSM IV и DSM V.

#### **Клинико-психопатологические особенности и коморбидные психические расстройства**

Ц.П. Короленко указывает на частое наличие синдрома Икара в составе пограничного (эмоционально-лабильного), антисоциального и описанного им совместно с В.Ю. Завьяловым “височного” расстройств личности, а также у пациентов с интернет-аддикцией [13, 18]. Мы отметили бы также возможность коморбидности синдрома Икара с нарциссическим (в понимании О. Кернберга), параноидным, истерическим расстройствами личности и шизотипическим расстройством. Более того, входящие в состав последних признаки настолько часто сопутствуют синдрому Икара в силу присущих последнему нарциссизма и особенностей нарушения ассоциативных процессов [6, 11], что одним из самых частых клинических диагнозов, выставляемых данным лицам, является “смешанное расстройство личности” – настолько сплавление отдельных симптомов перестает укладываться в рамки отдельно взятой нозологии.

Открытым остается на данный момент вопрос о комбинации синдрома Икара и так называемых “триады Макдональда” и “темной триады”, характерных для некоторых криминологически значимых форм патологии личности. Два из трех основных признаков синдрома Икара – энурез и влечение к огню – входят в первую из указанных триад [19], комбинируясь с жестокостью по отношению к животным и составляя портрет зависимого преступника [20]. В клинике мы нечасто наблюдали подобные формы, что, скорее, связано с особенностями выборки, тем не менее, в случае наличия трех указан-

ных Дж. Макдональдом признаков, личность всегда диагностировалась как патологическая, с выраженными расстройствами поведения, в отличие от классического синдрома Икара, часто протекающего в форме психического диатеза, субклинически. Еще сложнее взаимоотношения синдрома Икара и “темной триады”, включающей в себя нарциссизм, макиавеллизм и психопатию (понятие, близкое к диссоциальному расстройству личности) [21], однако мы склонны предполагать наличие и подобного варианта коморбидности, так как присущий большинству обследованных нами лиц с синдромом Икара высокий уровень интеллекта позволял бы подобное взаимодействие с регуляцией поведения, не переходящее границ клинически значимых психических расстройств [6, 22].

Необходимо отметить, что, несмотря на отсутствие прямых описаний синдрома Икара, присущие последнему признаки часто встречаются в психиатрической литературе в составе самых разнообразных форм психической патологии. Г.Б. Абрамович и Р.А. Харитонов указывали на наличие подобных признаков при некоторых формах эпилептических психозов, комбинирующихся с шизофренической симптоматикой [23]; В.М. Башина – в составе анэтических психопатоподобных форм вялотекущей ранней детской шизофрении [24]; Ю.Л. Нуллер – в структуре подростковых депрессий с деливантными и делинквентными компонентами [25]; Г.Е. Сухарева – при наличии у пациента задержанного развития по типу дисгармоничного психического инфантилизма в клинике “врожденной нервности” и, реже, – при органических повреждениях, сопровождающихся пироманией [26]; В.В. Ковалев – среди симптомов выделенного им третьего типа психического дизонтогенеза, связанного с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования [27]; С.Я. Бронин – в качестве отдельной формы психического расстройства, совмещающей признаки эпилептического и шизофренического кругов психической патологии [28]. Мы наблюдали в составе коморбидных синдрому Икара расстройств (в порядке уменьшения частоты встречаемости): расстройства личности, невротические, стрессогенные и соматоформные расстройства, расстройства психологического развития и расстройства, начинающиеся преимущественно в детском возрасте, шизофрению, шизотипическое и шизоаффективное расстройства, органические расстройства (исключительно легкой степени) и расстройства, связанные с различными формами химической и нехимической зависимости – последние настолько часто сопутствовали расстройствам личности, что в их составе являются одной из самых

распространенных групп коморбидной патологии. Мы ни разу не встретили синдром Икара в составе грубых органических расстройств, при деменции и умственной отсталости, более того, мы склонны утверждать, что если в качестве предиктора синдрома Икара в составе детерминирующих его появление условий, необходимо слабое гипоксическое воздействие на головной мозг ребенка (чаще во внутриутробном периоде или в периоде родов), активирующее последний, то органическое поражение нивелирует признаки синдрома Икара тем более, чем оно тяжелее (см. ниже).

В процессе работы со здоровыми лицами (обследуемым контингентом являлись студенты, посещающие группы самопознания и личностного роста) и пациентами, получающими лечение по поводу невротических и психосоматических расстройств, мы пришли к выводу, что синдром Икара представляет собой субклинический вариант патологической организации личности, способный, при воздействии неблагоприятных факторов, манифестировать в качестве психического заболевания. Эти наблюдения, в свою очередь, предоставили нам возможность обозначить синдром Икара как специфическую, смешанную форму психического диатеза [29], при которой признаки, входящие в ее состав являются характерными для различных вариантов и психопатологического, и психосоматического диатезов [30]. Не описывая их подробно, что не является основной целью данной работы (и частично уже было проделано нами ранее), мы должны отметить, что многие из этих признаков, кроме того, что они относятся к доклиническим проявлениям шизиса и циклоидности, также являются характерными и для эпилепсии [30, 31]. Таким образом, на уровне описанных субклинических проявлений происходит объединение трех основных кругов психической патологии, что является, как мы считаем, неотъемлемой чертой исследуемого нами психического образования, лежащей в основе его специфичности.

Необходимо отметить также, что синдром Икара довольно выражено модифицирует коморбидную ему патологию [7, 8]. Возможность подобного взаимодействия была спрогнозирована еще К.Г. Юнгом и Ю. Минковским, отмечавшими, что любой устойчивый комплекс способен вызывать патопластические изменения сопутствующих психических заболеваний [32].

#### **Патопсихологические и нейрофизиологические аспекты.**

##### **Проблема “изоморфизма”**

Величайшей заслугой Г.А. Мюррея, на наш взгляд, следует считать выделение им “генерализованных мотивационных predisпозиций”,

определяя которые, он имплицитно предугадал бурное развитие интенционального подхода в исследованиях организации особенностей личностной структуры индивида [33]. В последнее время психологи и нейрофизиологи все чаще обращаются от инструктивных к селективным теориям развития и организации психических процессов для объяснения особенностей поведения индивида как на феноменологическом уровне, так и на уровне нейрофункционального [34]. Соглашаясь с подобной точкой зрения, хотелось бы обозначить, что мы также склонны рассматривать личность как априорно организованную структуру: врожденная архетипическая форма, взаимодействуя со средой, селективно реагирует на некоторые элементы последней, и, реконструируя их, выстраивает уникальный интертекст. Необходимо уточнить, что мы считаем архетипические формы организации психики функционирующими и направляющими развитие личности в течение всей жизни, вне зависимости от того, насколько индивидуализирован (“индивидуирован” в терминах аналитической психологии К.Г. Юнга) данный субъект. В качестве основных архетипических форм, к которым принадлежит синдром Икара, мы уже отмечали архетип “вечного младенца” К.Г. Юнга и архетип “интеллектуальной функции” Е.М. Щепановской [35, 36]. В рамках последних, а также в процессе клинических исследований нами описаны основные особенности организации когнитивных процессов у лиц с синдромом Икара:

- имеются данные, позволяющие предположить у лиц с синдромом Икара некоторые особенности мнемических и аттенционных процессов, заключающиеся в большом значении потребностно-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. [37];
- уровень интеллекта у лиц с синдромом Икара в основном превышает показатели средние по популяции [6];
- основной особенностью мышления лиц с синдромом Икара является активизация латентных признаков предметов, изменяющая направление протекания основных операций мышления в сторону их избыточности и недостаточной интегративности, обусловленной слабостью ассоциативных процессов [6];
- в свете указанных ранее нами и другими авторами особенностей восприятия, аффективной

и личностно-мотивационной сфер лиц с синдромом Икара, выявленные особенности их когнитивных функций могут трактоваться как имеющие в своей основе один и тот же детерминирующий радикал, который мы, вслед за другими исследователями, определили бы как “диффузность идентичности” [13], формируемую, как мы считаем, за счет расстройства интегрированности психических процессов [5, 6]. Радикал, который указывает на то, что психическая организация лиц с синдромом Икара представляет собой систему, перманентно находящуюся в неравновесном (неустойчивом) функциональном состоянии, способную в любой момент перейти на уровень манифестной психической патологии [38].

Каким образом можно описать выявленный нами основной признак изменения организации феноменологической картины психического функционирования, используя данные нейрофизиологических исследований? Очень перспективными на нынешний момент являются разработки, предлагаемые специалистами в области нейропсихологии, указывающими на частую дисфункцию в случае проявления психопатологического диатеза такой структуры, как “фронтоталамариальный комплекс”, включающий в себя лобные доли, таламус и теменно-височно-затылочные зоны полушарий головного мозга [39]. Именно нарушение функции интегративных процессов, на наш взгляд, и обуславливает некое присущее синдрому Икара единство, могущее быть описанным с точки зрения такого широко используемого в рамках различных научных дисциплин понятия, как “изоморфизм”, обозначающего “взаимно-однозначное соответствие” между исследуемыми объектами [40].

Следует при этом оговориться, что сама идея корреляции параметров нейрофункциональной основы ментального опыта индивида с феноменологическим его содержанием далеко не нова: еще в самом начале XX века немецкая школа гештальтпсихологии ввела вышеуказанный термин для обозначения утверждающей подобный параллелизм концепции [41]. К сожалению, методологические трудности, возникшие в процессе формирования доказательной базы, а также этимологические и коннотационные противоречия использования понятия “изоморфизм” в противовес “целостному” гештальтистскому подходу, вызвали интенсивную критику и, как следствие, угасание интереса к указанной гипотезе. Критику, несомненно, обоснованную, но отнюдь не непреодолимую, ибо современные достижения синергетики позволяют совмещать присущий последней принцип “эмерджентности” и, пусть и несколько модифи-

цированную, но вполне жизнеспособную теорию гештальтпсихологов [41]. Выводя термин “изоморфизм” за пределы кавычек, мы будем в дальнейшем обозначать им наличие эквивалентности организации (как в целом, так и в отношении отдельных элементов) системы нейрофизиологической основы функционирования исследуемых лиц и системы феноменологического содержания их психического опыта.

Вышеуказанное утверждение о наличии нарушения в психической структуре лиц с синдромом Икара интегративных процессов подкрепляется данными, полученными в результате нейрофизиологических исследований. Анализ ЭЭГ-данных межполушарных взаимоотношений по височно-теменным зонам головного мозга показывает, что в фоновом исследовании в диапазоне частот 8–13 Гц наблюдается сохранность значимых связей (коэффициент корреляции 0,3–1) с опережением процессов работы левого полушария по сравнению с правым на 8–12 мс. При исследовании межструктурных взаимоотношений выявлено уменьшение количества значимых связей правой теменно-затылочной области (ТЗО) с другими отделами головного мозга, особенно с передне- и среднефронтальными и, зачастую, с центральными отделами. Кроме того, наблюдалось изменение направления связей различных структур головного мозга с правой ТЗО, которая из центра “истока” превращалась в центр “стока”, что констатирует наличие сопряженного торможения правой ТЗО и ограничение связи этой зоны с другими структурами [5, 42]. Выявленные особенности показателей работы головного мозга лиц с синдромом Икара указывают на наличие у них преимущественного нарушения ассоциативных процессов, без признаков присутствия нейрокогнитивного дефицита.

Таким образом, основным объединяющим звеном ментальной и нейрофизиологической системы организации психики лиц с синдромом Икара является расстройство у них интегративной деятельности головного мозга при достаточно высоком уровне организации когнитивных процессов в целом. Формулируемая нами концепция позволяет охарактеризовать данную, специфическую форму психического диатеза термином “расстройство интеграции идентичности”, который мы вводим, основываясь на описанном нами свойстве изоморфизма, объединяющем клинические, патопсихологические (личностные и когнитивные) и нейрофизиологические особенности обследованных лиц. Тем не менее, основным итогом нашего исследования мы считаем иллюстрацию возможности не только по-новому подойти к проблеме психического диатеза вообще, и синдрома Икара

в частности, но и возможности подобных междисциплинарных изысканий, способствующих не аддитивному, а системному, синергетическому объединению результатов входящих в подобных альянс направлений науки.

#### Литература

1. *Степин В.С.* Научная картина мира в культуре техногенной цивилизации / В.С. Степин, Л.Ф. Кузнецова. М., 1994. 274 с.
2. *Эшби У.Р.* Введение в кибернетику / У.Р. Эшби; под ред. В.А. Успенского. М.: Изд-во иностранной литературы, 1959. 432 с.
3. *Каплан-Солмз К.* Клинические исследования в нейропсихологии / К. Каплан-Солмз, М. Солмз; пер. с англ. К.А. Лемешко; под науч. ред. д-ра психол. наук, проф. А.Ш. Тхвостова. М.: Академический проект, 2016. 271 с. (Психологические технологии).
4. *Ramus, F.* What's the point of neuropsychanalysis? // *The British Journal of Psychiatry*. 2013, 203(3), 170–171.
5. *Бадалов А.А.* Патопсихологические и нейрофизиологические особенности нарушения работы ассоциативных систем головного мозга у лиц с синдромом Икара / А.А. Бадалов // *Фундаментальная наука и клиническая медицина: Тезисы XX Международной медико-биологической конференции молодых исследователей*. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2017. С. 58–59.
6. *Бадалов А.А.* Особенности когнитивных функций лиц с синдромом Икара: “дефицит” или “диссоциированность”? / А.А. Бадалов, С.Н. Бровкина // *Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посв. 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского науч.-исследов. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева [Электронное издание]*. СПб.: Альта Астра, 2017. С. 439–441.
7. *Бадалов А.А.* Проблемы диагностики и терапии психических расстройств, коморбидных синдрому Икара / А.А. Бадалов, Т.И. Галако // *Всерос. конф. психиатров “Психиатрия – любовь моя!”*, посв. памяти проф. А.О. Бухановского и 25-летию лечебно-реабилит. науч. центра “ФЕНИКС”: сб. тр. “Актуальные вопросы клинической психиатрии и наркологии”. Ростов-н/Д: Изд-во ООО «ЛРНЦ “ФЕНИКС”», 2016. С. 455–459.
8. *Бадалов А.А.* Клинические случаи синдрома Икара, коморбидного с другой психической патологией / А.А. Бадалов, Т.И. Галако, С.Н. Бровкина // *Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке (ежегодн. сб. науч. тр.)*. Вып. 16. Бишкек, 2016. С. 126–131.
9. *Бадалов А.А.* К вопросу о корреляции электрофизиологических показателей и клинико-психопатологических признаков синдрома Икара / А.А. Бадалов, Е.В. Суманов, Т.И. Галако // *Медицинская психология в России*. 2016. № 4 (39) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>
10. *Бадалов А.А.* Роль некоторых нейрофизиологических показателей межполушарной асимметрии в формировании клинических признаков синдрома Икара / А.А. Бадалов, Е.В. Суманов, Т.И. Галако // *Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания: материалы Всерос. конгр. с междунар. участием*. Санкт-Петербург, 9–11 июня 2016 г. [Электронное издание] / под общ. ред. Н.Г. Незнанова, О.В. Лиманкина. СПб.: Альта Астра, 2016. С. 24–27.
11. *Холл К.С.* Теории личности / К.С. Холл, Г.М. Линдсей. М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. 592 с.
12. *Murray H.A.* American Icarus // *Clinical Studies of Personality* / Burton A., Harris R. E. (Eds.). N.Y.: Harper and Row, 1955.
13. *Короленко Ц.П.* Личностные расстройства / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. СПб.: Питер, 2010. 400 с.
14. *Лаплани Ж.* Словарь по психоанализу / Ж. Лаплани, Ж.-Б. Понталис. М., 1996. 623 с.
15. *Лейбин В.М.* Словарь-справочник по психоанализу / В.М. Лейбин. СПб.: Питер, 2001. 688 с.
16. *Лоуэн А.* Язык тела / А. Лоуэн. СПб.: Гуманитарное агентство “Академический проект”, 1998. 383 с.
17. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Кернберг. М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. 464 с.
18. *Короленко Ц.П.* Психосоциальная аддиктология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. Новосибирск: Изд-во “Олсиб”, 2001. 251 с.
19. *MacDonald J.M.* The threat to kill // *American Journal of Psychiatry* 120. 1963. 125–130.
20. *Антоян Ю.М.* Феномен зависимого преступника / Ю.М. Антоян, О. В. Леонова, Б.В. Шостакович; под ред. Ю.М. Антояна. М.: Аспект Пресс, 2007. 192 с.
21. *Paulhus D.L., Williams K.M.* The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy // *Journal of Research in Personality*. 2002. 36, 6(6), 556–563.
22. *Холодная М.А.* Психология интеллекта: парадоксы исследования / М.А. Холодная. Томск: Изд-во Томского ун-та; М.: Изд-во “Барс”, 1997. 392 с.

23. *Абрамович Г.Б.* Эпилептические психозы у детей и подростков / Г.Б. Абрамович, Р.А. Харитонов. Л.: Медицина, 1979. 144 с.
24. *Башина В.М.* Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В.М. Башина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1989. 256 с.
25. *Нуллер Ю.Л.* Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. Л.: Медицина. 1988. 246 с.
26. *Сухарева Г.Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста: в 3 т. / Г.Е. Сухарева. М.: Медгиз. 1959. Т. 2. 406 с.
27. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В.В. Ковалев. М.: Медицина, 1995. 560 с.
28. *Бронин С.Я.* Малая психиатрия большого города / С.Я. Бронин. М.: Закат, 1998. 272 с.
29. *Бадалов А.А.* Синдром Икара как смешанная форма психопатологического диатеза / А.А. Бадалов, С.Н. Бровкина // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII. Вып. 4. С. 77–80.
30. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А.П. Коцюбинского. СПб.: СпецЛит, 2015. 495 с.
31. *Болдырев А.И.* Эпилепсия у взрослых / А.И. Болдырев. М.: Медицина, 1984. 288 с.
32. *Гаррабе Ж.* История шизофрении [Электронный ресурс] / Ж. Гаррабе. М., СПб., 2000. 303 с. Режим доступа: <http://www.klex.ru/lb>.
33. *Morgan C.D., Murray H.A.* A method for investigating fantasies: The thematic apperception test // Arch. Neurol. and Psychiatry. 1935. V. 34. № 2.
34. *Александров Ю.И.* Научение и память: системная перспектива / Ю.И. Александров // Вторые симоновские чтения; под ред. И.А. Шевелев и др. М.: ИП РАН, 2004. С. 3–51.
35. *Бадалов А.А.* Перспективы применения метода генетически обусловленных архетипических аналогий в исследовании синдрома Икара / А.А. Бадалов, С.Н. Бровкина // Вестник КРСУ. 2017. Т. 17. № 3. С. 86–90.
36. *Бадалов А.А.* Перспективы применения методов аналитической психологии К.Г. Юнга в исследовании синдрома Икара / А.А. Бадалов, С.Н. Бровкина // Вестник КРСУ. 2017. Т. 17. № 4. С. 138–140.
37. *Дормашев Ю.Б.* Психология внимания / Ю.Б. Дормашев, В.Я. Романов. М.: Тривола, 1995. 352 с.
38. *Прохоров А.О.* Психология неравновесных состояний / А.О. Прохоров. М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 1998. 152 с.
39. *Корсакова Н.К.* Нейропсихологический подход к изучению процессов адаптации / Н.К. Корсакова, И.В. Плужников // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии / Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. М., 2012. С. 70–92.
40. *Новиков Ф.А.* Дискретная математика для бакалавров и магистров: учебник / Ф.А. Новиков. 2-е изд. СПб.: Питер, 2014. 399 с.
41. *Карнышев А.Д.* Изоморфизм и эмерджентность как феномены нейрофизиологии и организационной психологии [Электронный ресурс] / А.Д. Карнышев // Организационная психология. 2015. Т. 5. № 3. С. 26–48. URL: <http://orgpsyjournal.hse.ru>
42. *Лохов М.И.* Диагностика поведенческих расстройств и психических образований детского возраста в начальной стадии на основе кросс-корреляционного анализа электроэнцефалографии как метод предупреждения тяжелых социальных последствий / М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко, Л.П. Чурилов // Общество. Среда. Развитие. 2010. № 3 (16). С. 190–197.