

УДК 616.895.8-058:347.611

*Бойченко А.А.***РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ВИКТИМНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: виктимность, виктимогенная среда, шизофрения семья

Современные концепции изучения личностных особенностей больных шизофренией представляют описания различных проявлений дисфункциональных состояний личности больных шизофренией [1]. Среди различных точек зрения представляется оправданным использование принципа депривационного виктимизма, как возможной детерминанты дефекта социализации и дефицитарной деформации личности у этого контингента больных.

Социально-психологический механизм виктимизации больных шизофренией определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов, которые в обобщенном виде представляют собой виктимогенную среду с многочисленными агрессивно-деструктивными воздействиями на личность больных [2].

Исследование внутренних факторов виктимизации основывается на психологических механизмах определенных личностных дисфункций, к которым, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, в том числе, осознания болезни, ценностно-смысловой и мотивационной сферы больных, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. Синдром виктимности, который формируется на этой основе, представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и, в целом, потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования [2].

К внешним факторам виктимизации, связанными с пребыванием больного в психиатрическом стационаре, могут быть отнесены дискриминация, институционализация (патернализм, госпитализм, инвалидизация, принуждение и изоляция как формы депривационного психиатрического вмешательства), стигматизация психически больных [2].

Низкий социально-экономический статус лич-

ности, группы (в т.ч. и семейной); стигматизация; негативные стратегии семейного воспитания (непоследовательность, авторитарность, эмоциональная депривация, враждебность и т.п.) и тип жизненной ситуации так же формируют виктимогенную среду, как внешние факторы виктимизации, напрямую не связанные с контактом с психиатрической службой [3].

По мнению Н.С. Sullivan [4], шизофрения у детей является непосредственным проявлением патологических взаимоотношений между детьми и их родителями (родители, по определению автора, – это «значимые взрослые»). Неправильные интерперсональные отношения в системе «значимые взрослые – ребенок» препятствуют установлению примирительной формы реагирования, вызывают у ребенка чувство тревоги, что приводит к нарушенному толкованию больным интерперсональных отношений («паратаксическое нарушение») и, в конце концов, может привести к утрате способности убеждать других в обоснованности собственных намерений.

М. Аммон [5] описывает шизофрению как симбиотическое нарушение развития личности, превратившееся в длительный симбиоз, или «симбиотический комплекс», складывающийся у ребенка с матерью.

По утверждению Н.Ф. Searles [6], семья отказывает будущим больным в развитии собственной идентичности вследствие страха потерять семейную идентичность.

S. Arieti высказывал предположение, что нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворения потребности и чувства безопасности [7]. Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает доверять взрослым. Постепенно между родителями – «значимыми взрослыми» – и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, взаимное доверие матери и ребенка), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («от-

раженное утверждение» по H.S. Sullivan). Эта атмосфера – сначала «удовлетворение», затем «безопасность» – облегчает проникновение в ребенка символического мира других людей: отношений, чувств, значений исходящих от матери слов [8].

Мартин Бубер считал, что у будущего больного шизофренией семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни [9]. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье «шизофреника» является носителем угрозы и тревоги. Так формируется шизофреническое расщепление. Образ собственного «Я» у больного шизофренией также лишен определенности из-за того, что больной чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние.

Близкой к позиции H.S. Sullivan является концепция К. Хорни [10]. Эта концепция базируется на четырех принципах: холистическом, функциональном, динамическом и личностном. Холистический принцип сводится к тому, что личность в своей интегральной целостности рассматривается как действующая в определенной среде и под воздействием всех внешних и внутренних факторов, влиявших и влияющих на нее. Функциональный принцип рассматривает личность как сумму сформировавшихся привычек, поведенческих стереотипов, биологических и социальных потребностей, отношений к себе и окружающим, самооценок и других факторов. Динамический принцип подразумевает, что каждый из вышеупомянутых элементов представляет собой силу, рожденную человеком и действующую на человека, вызывая ответные реакции, требуя либо действия, либо бездействия. Личностный принцип – это универсальность и неповторимость бытия каждого больного. Определенные нарушения, в том числе конституциональные, межличностной сферы (например, в родительской семье) в сочетании с внутренней предрасположенностью порождают либо невротические, либо защитные реакции. Аутизм у больных шизофренией есть результат холодного отношения родителей к ребенку. Дезорганизованность семейной среды, противоречивость в коммуникациях ее членов затрудняют у детей способ-

ность интегрировать составные элементы своего внутреннего мира и адекватное реагирование психики на импульсы окружающей среды, что сопровождается нарастающей паникой и смятением.

Обследование матерей, дети которых впоследствии заболели шизофренией, выявляло у многих из них такие черты, как поверхностность, неуверенность, ригидность и стремление к доминированию [11]. S. Ageti приводит типичные характеристики матери больного шизофренией: сверхпокровительственная, враждебная, сверхтревожная, отвергающая, холодная, сдержанная [8]. Он считал, что в большинстве случаев мать будущего больного шизофренией либо занимала чрезвычайно отвергающую позицию в отношении своего ребенка, либо окружала его излишней тревогой. Об отцах, дети которых страдали шизофренией, было высказано суждение, что они отличались заботливостью и склонностью проводить все свободное время в пределах семьи, но были очень пассивны и оказывались совершенно неспособными вмешиваться в отношения матери и воспитываемого ею (таким образом, принадлежащего только ей) ребенка [12].

Т. Лидс, описывая семью, в которой формировалась личность будущего больного шизофренией, отмечал, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление») [13].

Т. Lidz описал так же другую ситуацию, складывающуюся в семьях больных шизофренией – «супружеский перекося», который является комбинацией властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца [13]. Несколько реже встречалась противоположная ситуация: муж-тиран и зависимая от него слабохарактерная жена, неспособная, в силу своей несвободы, дать достаточно любви своему ребенку. Во всех вышеперечисленных работах преморбидная личность больного шизофренией расценивалась как шизоидная, что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспитания, подавлением, эмоциональной депривацией.

Проведенные исследования показывают, что семья больного шизофренией, как правило, содействует нарушениям его личности, формированию таких неблагоприятных изменений, как аутизм, амбивалентность взаимоотношений с окружающими, непоследовательность и противоречивость представлений о самом себе [14, 15].

Основную роль при этом играет общение с ребенком родителей, которые направляют формирование мыслительных навыков. В семьях больных шизофренией коммуникационные отношения родителей с ребенком противоречивы. Речь идет прежде всего об интеллектуальной противоречивости – чаще всего о требовании родителей к ребенку, противоречивом и потому в действительности невыполнимом, но его противоречивость оформлена так, что не опознается ребенком.

Г. Бейтсон [16] описывал механизм коммуникации больного с членами семьи, который приводит к развитию шизофренического типа реакции, как «double-bind». «Double bind» (англ. - «двойное послание», «двойная ловушка») — паттерн взаимодействия, который создается, если:

1) индивид, находясь в тесных отношениях с другим человеком, считает жизненно важным для себя надлежащим образом реагировать на его сообщения;

2) значимый для индивида человек передает ему одновременно два сообщения разных уровней, одно из которых отрицает другое;

3) индивид лишен возможности комментировать эти сообщения для определения того уровня сообщения, на который он должен реагировать.

К. Маданес [17] раскрывает смысл «двойных посланий» через призму противоречий внутрисемейной иерархии, описывая ситуацию, в которой мать занимает по праву родителя главенствующее положение по отношению к ребенку, но ребенок тоже управляет матерью либо силой симптоматического давления, либо вступая в коалицию с другими значимыми членами семьи. Как мать она должна руководить ребенком, но с учетом указанных обстоятельств она лишь выражает беспомощную просьбу, чтобы ее благоволили выслушать. В итоге в семье формируются две конфликтные иерархические структуры: и родители, и ребенок одновременно находятся и в главенствующем, и в подчиненном положении друг к другу.

М. Сельвини-Палаццоли и соавт. [18] предлагают модель развития в семье патовой ситуации, которая приводит к формированию психи-

ческого заболевания, состоящую из шести стадий. Ситуация развивается от неявных взаимных улюлюканий и намеков с вовлечением ребенка в родительские отношения и его «выступлением» на стороне «обиженного», по его мнению, родителя в виде необычного, а затем и «симптоматического» поведения, приводящего к объединению супругов, воспринимаемому самим ребенком как «предательство». На последней стадии каждый член семьи получает некую «выгоду» от симптома, что невольно способствует его закреплению.

М. Блейлер [19] характеризовал семью, в которой воспитывался будущий больной шизофренией, как замкнутую микрогруппу, членов которой отличают холодность, ригидность, дезинтегрированность отношений, маскируемая псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением. Но в то же время «псевдосолидарные» отношения внутри семьи считаются вторичным фактором, выявляющим, провоцирующим и модифицирующим конституциональные предрасположения к шизофрении [20].

Шизоидная личность, воспитывавшаяся в условиях аффективной депривации при стрессовых нагрузках, какими являются начало обучения в школе, половые метаморфозы, начало трудовой деятельности, за счет низкого порога возбуждения и генерализации ответных реакций дает сильные аффекты тревоги и параноидное восприятие окружающего мира. Исследователи обнаружили, что родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и их ответные реакции способствуют еще большему отходу больного от окружающей действительности [21].

В последние десятилетия интерес к проблеме «семья и шизофрения» переместился с изучения семьи как источника (первопричины) заболевания на выяснение ее роли в течении болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе [22, 23]. Было показано, что семейные взаимоотношения являются существенным фактором эффективности восстановительной терапии больных шизофренией.

Важное место в понимании механизма воздействия семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает ранимость, повышенная чувствительность больного к широкому кру-

гу психотравмирующих факторов [24]. Наличие в семье больного шизофренией предъявляет повышенные требования к ней. Нередко вполне переносимые для любой другой семьи кризисы, противоречия, конфликты в семье больного шизофренией могут стать фактором психической травматизации.

В соответствии с «Diathesisstress modell» [25, 26] концепцией лица с высоким риском заболевания характеризуются пониженной стрессоустойчивостью; причины тому – ограниченная способность к переработке получаемой информации (в результате повышенной отвлекаемости и других особенностей мыслительных процессов); тенденция к повышенной возбудимости центральной нервной системы; пониженная социальная и психологическая компетентность и особенно неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях. Указанные личностные особенности взаимодействуют с факторами непосредственного социального окружения индивида. Это, во-первых, неблагоприятный социально-психологический климат семьи (повышенное эмоциональное напряжение); во-вторых, характерное для семьи больного шизофренией отсутствие «психологической поддержки» как в самой семье, так и в ее окружении (отсутствие приятелей, коллег по работе, соседей, с которыми существовали бы устойчивые эмоциональные, «психотерапевтические» отношения); в-третьих, дополнительную нагрузку создают различные значимые события в жизни семьи. Две группы факторов – индивидуальная ранимость и внешние психотравмирующие моменты – вступают во взаимно усиливающие их отношения, что приводит к обострению протекания болезни. Данная модель взаимного усиления индивидуальных и средовых факторов определяет и стратегию лечения.

Деструктивное развитие семейных взаимоотношений проявляется в искажении картины болезни у больных и членов их семей, в нарастании конфликтности, в игнорировании признаков болезни [23]. О двойственности реакции семьи на появление в ней больного (т. е. о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития) свидетельствуют исследования, где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее

происходит раскол, который приводит к изоляции больного [27].

Исследования, посвященные роли семьи в патогенезе шизофрении, сыграли значительную роль в развитии семейной психотерапии [18, 28, 29, 30, 31]. В этих работах было обращено внимание на своеобразие взаимоотношений в семьях больных шизофренией и сделаны попытки проследить роль семьи в этиологии болезни, изучались особенности коммуникации и ролевые ожидания в семье, соотношение эмоциональных и когнитивных процессов, уровень конфликтности, распределение влияния между членами семьи, взаимосвязь с окружающим миром и т. д.

М.М. Кабанов [22] утверждал, что подлинная реадaptация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки больного и непосильные для него требования. Опыт комплексного лечения больных шизофренией, включая семейную психотерапию, показал, что худшие результаты лечения наблюдались у больных из «гиперпротективных и хаотических семей» [32].

В рамках теории социально-дефицитарного виктимогенеза стигматизированной личности [2] высказано предположение, что в основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности. Деструктивный характер многоуровневого влияния семьи является важным фактором принятия больными шизофренией позиции жертвы неблагоприятных условий социализации. Высказано предположение о зависимости социализации больных шизофренией от доминирующих социальных дискурсов.

Эмпирических исследований, направленных на изучение роли семьи как фактора виктимизации больных шизофренией, не проводилось. Дальнейшее исследование виктимогенного влияния семьи может осуществляться в контексте механизма социально-психологической деформации личности, связанного с нарушениями в формировании навыков межличностного взаимодействия, закреплением малофункциональных стереотипов поведения, дезадаптивных механизмов психологической защиты, неконструктивных вариантов копинг-стратегий, нарушениями в ценностно-смысловой сфере, самосознании и самоотношении, формировании и углублении стигматизационного дефекта и дефицита социальных личностных компетентностей.

РОЛЬ СЕМЬИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ВИКТИМОГЕННОЙ СРЕДЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: виктимность, виктимогенная среда, шизофрения семья

В статье рассматриваются теоретические аспекты виктимогенного влияния семьи больного шизофренией. Приведены основные существующие на данный момент представления о механизмах функционирования семьи, обуславливающих формирование виктимности различного типа. На основании анализа литературных данных выдвинуто предположение, что деструктивный характер многоуровневого влияния семьи является важным фактором принятия больными шизофренией позиции жертвы неблагоприятных условий социализации. В основе виктимогенного влияния семьи больного шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с нарушениями в формировании навыков межличностного взаимодействия, закреплении малофункциональных стереотипов поведения, формированию дезадаптивных механизмов психологической защиты, неконструктивных вариантов копинг-стратегий, нарушениям в ценностно-смысловой сфере, самоознании и самоотношении, формировании и углублении стигматизационного дефекта и дефицита социальных личностных компетентностей. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 1 (37). — С. 76-81).

Boychenko A.A.

THE ROLE OF THE FAMILY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN THE FORMATION OF THE VICTIMOGENIC ENVIRONMENT

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Keywords: victimization, victimogenic environment, schizophrenia, family

The article examines the essence of the victimogenic influence of the family of the patient with schizophrenia. The main current ideas about the mechanisms of family functioning, which determine the formation of victimality of various types are presented. Based on the analysis of literature data it has been suggested that the destructive nature of the multilevel family influence is an important factor in making schizophrenia patients vulnerable to socialization. The mechanism of the socio-psychological deformation of the personality is based on the disturbances in the formation of interpersonal interaction skills, the fixing of poorly functional behavior stereotypes, the formation of maladaptive mechanisms of psychological defense, the non-constructive variants of coping strategies, the violations in the value-semantic sphere, self-awareness and self-relationship, the formation and deepening of the stigmatization defect and the lack of social personal competence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 1 (37). — P. 76-81).

Литература

1. Болтенко В.В. Патопсихологическое исследование студентов, больных шизофренией / В.В. Болтенко // Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Изд-во УРАО, 1998. - С. 204 - 209.
2. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я: Монография / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина, В.Ал. Абрамов. - Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А., 2016. - 436 с.
3. Одинцова М.А. Психология жизнестойкости / М.А. Одинцова. - М.: Флинта, 2015. - 201 с.
4. Sullivan H.S. The interpersonal theory of psychiatry / H. S. Sullivan. - New York: Norton, 1953. - 480 p.
5. Аммон М. Динамическая психиатрия как интегративная концепция терапии психических расстройств / М. Аммон // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 6. - С. 4 - 7.
6. Searles Harold F. The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia / Harold F. Searles. - New York: Basic Books, 1960. - 446p.
7. Arieti S. Interpretation of schizophrenia (2nd rev. ed.) / S. Arieti. - New York: Basic Books, 1974. - 800 p.
8. Arieti, S. The family of the schizophrenic and its participation in the therapeutic task. In S. Arieti & K. H. Brodie (Eds.) / S. Arieti // American handbook of psychiatry. - 1981. - Vol. 7. - pp. 271 - 284.
9. Бубер М. Я и ты / М. Бубер. - М.: Высшая школа, 1993. - 140 с.
10. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни. - М.: Канон-Плюс, 2014. - 256 с.
11. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy / F. Fromm-Reichmann // Psychiatry. - 1948. - № 11. - pp. 263 - 273.
12. Terkelsen K.G. Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy / K.G. Terkelsen // Family Process. - 1983. - № 22. - pp. 191 - 200.
13. Lidz T. Schizophrenia and the family / T. Lidz, S. Fleck, A.R. Cornelison. - New York: International Universities Press, 1965. - 494 p.
14. Зейгарник Б.В. Нарушение мышления у психически больных / Б.В. Зейгарник. - М.: Изд-во Москва, 1958. - 94 с.
15. Титаренко В. Я. Семья и формирование личности / В.Я. Титаренко. - М.: Мысль, 1987. - 352 с.
16. Бейтсон Г. Экология разума / Г. Бейтсон // Пер. Д. Я. Федотова, М. П. Папуша. - М.: Смысл, 2000. - 476 с.
17. Маданес К. Стратегическая семейная терапия / К. Маданес // Пер. с англ. Т.В. Снегиревой. — М.: Независимая фирма "Класс", 1999. — 272 с.
18. Сельвини Палаццоли М. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие / М. Сельвини Палаццоли, Л. Босколо, Дж. Чеккин, Дж. Прага // Пер. с итал. - М.: «Когито-Центр», 2002. - 204 с.
19. Bleuler M. The long term course of the schizophrenic psychoses / M. Bleuler // Psychological Medicine. - 1974. - № 4. - pp. 244 - 254.
20. Dunham H. Warren Sociocultural Studies of Schizophrenia / H. Warren Dunham // Arch Gen Psychiatry. - 1971. - №2 4(3). - pp. 206 - 214.
21. Sakamoto Y. (1969). A study of the attitude of Japanese families of schizophrenics toward their ill members / Y. Sakamoto // Psychotherapy and Psychosomatics. - 1969. - № 17. - pp. 365-374.
22. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. - Л.: Медицина, 1985. - 216 с.
23. Костерева В. Я. О роли семейных конфликтов в формировании внутренней картины болезни у больных шизофренией / В.Я. Костерева // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. - 1987. - С. 32 - 38.
24. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. - М: Мысль, 1987. - 240 с.
25. Liberman R. P. Social and family factors in the course of schizophrenia: Towards an interpersonal problemsolving therapy for schizophrenics and their families / R.P. Liberman, C.J. Wallace, C.E. Vaughn, K.L. Snyder // Paper presented at the Conference on Psychotherapy of Schizophrenia: Current Status and New Directions, Yale School of Medicine. - 1979.
26. Falloon I.R.H. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse / I.R.H. Falloon, R.P. Liberman, F.J. Lillie, C.E. Vaughn // Family Process. - 1981. - № 20. - pp. 211 - 221.
27. Waugaman Richard M. The Analyst's Caseload As A Family: Transferences To Fellow Patients / Richard M. Waugaman. - The Psychoanalytic Quarterly. - 2003. - № 3. - pp. 575 - 614.
28. Эйдемиллер Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении / Э. Г. Эйдемиллер, С. Э.

Медведев. — СПб.: Речь, 2012. - 207 с.

29. Медведев С.Э. Опыт использования теории М.Боуэна в работе с семьями больных шизофренией на госпитальном этапе и в амбулаторных условиях / С.Э. Медведев // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005. - № 4.

30. Коцюбинский А.П. Шизофрения-уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина, В.В. Зайцев. - СПб.: Изд-во

"Гиппократ" - 2004. – 336 с.

31. Barker Ph. Basic Family Therapy / Ph. Barker. - London: Granade, 1981. – 214 p.

32. Воловик В.М. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении / В.М. Воловик, В.Л. Гайда, А.П. Коцюбинский. - Л.: Изд-во Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, 1987. - С. 20 – 31.

Поступила в редакцию 06.04.2017