

**А.Б. ХОЛМОГорова
О.В. РЫЧКОВА**

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ

**НОВАЯ ПАРАДИГМА
В ИССЛЕДОВАНИЯХ
ЦЕНТРАЛЬНОГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ДЕФИЦИТА
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Алла Холмогорова

**Нарушения социального познания.
Новая парадигма в исследованиях
центрального психологического
дефицита при шизофрении**

«Неолит»

2015

УДК 159.9
ББК 88

Холмогорова А. Б.

Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении / А. Б. Холмогорова — «Неолит», 2015

ISBN 978-5-00091-159-4

В монографии представлена широкая панорама теоретических моделей и эмпирических данных, отражающих длительный путь поисков ключа к разгадке шизофрении. Рассмотрены концепции и эмпирические факты, исторически предшествовавшие моделям нарушения социального познания, которые активно развиваются в современной науке. Проанализированы ключевые споры и дискуссии, касающиеся природы нарушений социального познания при шизофрении. Представлена оригинальная модель нарушений социального интеллекта при шизофрении и приведены данные пилотажного сравнительного исследования способности к ментализации и эмпатии у больных шизофренией и шизоаффективным психозом. Обоснована важная роль исследования социальной мотивации для понимания природы нарушений социального познания при шизофрении. Описаны наиболее признанные и проверенные на эффективность программы развития социального познания у больных шизофренией. Монография адресована широкому кругу специалистов – психологов, психиатров, социальных работников, которых интересуют научные основания эффективной помощи больным шизофренией и современные достижения в практике психологической помощи этому сложному контингенту. Монография будет также полезна ведущим образовательных программ по клинической психологии, психотерапии и психиатрии, а также проходящим обучение по этим программам и ведущим научные исследования студентам и специалистам.

УДК 159.9

ББК 88

ISBN 978-5-00091-159-4

© Холмогорова А. Б., 2015

© Неолит, 2015

Содержание

Предисловие	7
Введение. Более ста лет поискам ключа к загадке шизофрении: есть ли прогресс?	9
Глава 1. Зарождение парадигмы нарушений социального познания при расстройствах шизофренического спектра: история идей	11
1.1. Психоаналитический подход в трактовке шизофрении	11
1.2. Вклад когнитивно-бихевиоральной психотерапии в изучение дефицитов и возможностей их коррекции при шизофрении	16
1.3. Центрированные на семье и интерперсональных отношениях модели генеза нарушений коммуникации при шизофрении	21
1.4. Влияния за пределами семьи	25
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Алла Холмогорова, Ольга Рычкова
Нарушения социального познания.
Новая парадигма в исследованиях
центрального психологического
дефицита при шизофрении

© Холмогорова А. Б., Рычкова О. В., 2015

© Издательство «ФОРУМ», 2015

Предисловие

Авторы данной монографии прошли достаточно длительный путь в клинической психологии, получили образование на кафедре пато- и нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, слушали лекции Б. В. Зейгарник, учились у нее. Для нас до сих пор остаются актуальными многие ее идеи, которые положены в основу представляемого исследования. Монография была сдана в печать в год 115-летнего юбилея Блюмы Вульфовны, и нам хотелось бы посвятить этот труд ее светлой памяти.

Данное исследование выполнялось на базе Московского НИИ психиатрии (ныне филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России), и мы хотели бы выразить искреннюю благодарность руководству института в лице Валерия Николаевича Краснова за его неизменную поддержку психологических исследований. Особая и отдельная наша благодарность организатору первых в России амбулаторных служб комплексного сопровождения больных с тяжелыми психическими заболеваниями – Исааку Яковлевичу Гуровичу, который во многом способствовал началу подобных исследований в России.

Мы выражаем благодарность всем членам лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии, которые принимали участие в подборке методик и сборе материала для двух важных разделов данного исследования, посвященных нарушениям ментализации и эмпатии у больных расстройствами шизофренического спектра: А. А. Долныковой, В. В. Красновой, О. Д. Пуговкиной и Д. М. Царенко. Особую благодарность хотелось бы выразить М. А. Москачевой, приложившей много усилий в непростом процессе осмысления и обработки данных, при непосредственном участии и в соавторстве с ней написаны обе статьи, положенные в основу шестой и седьмой глав этой монографии.

Мы также выражаем благодарность сотруднице лаборатории патопсихологии психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина Ю. М. Румянцевой, принявшей участие в сборе материала, профессору МГППУ М. Г. Сороковой за полезные комментарии в процессе обработки данных, и научной сотруднице Института психологии РАО Т. Д. Карягиной за любезное предоставление одной из методик для исследования эмпатических способностей. Мы благодарны нашим студентам, обучающимся на факультете консультативной и клинической психологии МГППУ, которые проявили интерес к проблеме нарушений социального познания при психической патологии.

Для нас важно вспомнить со словами благодарности, что первый в нашей стране опыт применения интегрированной программы тренинга когнитивных и социальных навыков в клинике шизофрении был осуществлен в середине 1990-х гг. одним из авторов монографии совместно с Н. Г. Гаранян, а позднее отработка упражнений происходила в тесном сотрудничестве с А. А. Долныковой и при поддержке специалистов отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии¹. Этот опыт во многом стал основой для исследования, представленного в данной монографии. Мы также искренне благодарны администрации и специалистам ОКПБ № 1 г. Оренбурга за интерес к данной программе и энтузиазм, с которым они внедряли ее в практику работы отделения первого эпизода болезни.

Наконец, но не в последнюю очередь, мы хотим выразить благодарность всем пациентам, которые приняли участие в исследовании на разных его этапах.

Аналитический обзор теоретических и эмпирических исследований нарушений социального познания при шизофрении (главы 1-4), оригинальное эмпирическое исследование (главы 5,

¹ Подробное описание программы вместе с комплексом упражнений приводится в приложении к монографии.

б), а также обзор современных психотерапевтических программ (глава 7) выполнены за счет гранта Российского научного фонда (проект № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

Введение. Более ста лет поискам ключа к загадке шизофрении: есть ли прогресс?

Над загадкой шизофрении бьются ученые, представляющие разные науки и направления, вот уже более ста лет. Во второй половине XX столетия был сделан компьютерный прогноз, что ключ к ней будет найден в начале XXI в. Но вот уже середина второго десятилетия текущего столетия – века новой технической и глобальной информационной революции, а ученые по-прежнему ведут нескончаемые споры о природе шизофрении, и неуклонный рост числа эмпирических фактов так и не пролил достаточно света на один из самых загадочных недугов человечества. Смену парадигм в исследованиях шизофрении можно описать как поиск системообразующего, центрального дефицита, из которого можно вывести остальные многочисленные феномены и нарушения, свойственные этому заболеванию.

Начиная с первой, чисто биологической парадигмы, предложенной великим немецким психиатром Э. Крепелиным, было разработано немало моделей шизофрении, в том числе направленных на выделение центрального психологического дефицита. Первой такой моделью было учение великого современника Э. Крепелина Е. Блейлера об аутистическом мышлении как ключевом нарушении при шизофрении. Начиная с этой классической концепции, именно нарушенное мышление больных шизофренией находилось в центре внимания исследователей, которые пытались обнаружить его природу то в дефектах центральной нервной системы, то в снижении социальной направленности личности больного, имеющем корни в его жизненной истории. В середине прошлого столетия сын Е. Блейлера, известный швейцарский психиатр М. Блейлер подвел итог этим спорам, указав на несомненную роль генетической уязвимости в происхождении шизофрении, но также отметив не меньший вклад жизненных событий и обстоятельств, которые, по его образному выражению, «открывают двери этой катастрофе, как ключ открывает замок».

Смена парадигм в исследованиях шизофрении отражала происходившие изменения в науке в целом. Так, начиная с середины прошлого века, доминирующей в психологической науке становится когнитивная парадигма, которая породила концепцию центрального психологического дефицита при шизофрении в виде нарушения процессов переработки информации, т. е. таких когнитивных функций, как внимание, память, мышление. В это же время появляется конкурирующая парадигма, выдвигающая на первый план дефицитарность эмоциональной сферы в форме сниженной способности к переживанию удовольствия.

На фоне развития техник нейровизуализации и впечатляющих успехов нейронаук модель центрального когнитивного дефицита закономерно трансформируется в модель нейрокогнитивного дефицита, основанную на увязывании процессов в центральной нервной системе и процессов переработки информации, подобно тому как «хард» и «софт» связаны в компьютере. Все эти «сдвиги» парадигм происходили на фоне борьбы сторонников биологических моделей и ученых, отстаивающих важную роль социального окружения в происхождении шизофрении. Определенный компромисс в этом споре был достигнут благодаря появлению биопсихосоциальных моделей шизофрении в 1970-е гг. Эти модели во многом способствовали бурному развитию комплексного, бригадного подхода к лечению шизофрении, разработке психотерапевтических и реабилитационных программ наряду с психофармакологическими методами лечения.

Появлению парадигмы социального познания в современных науках о психическом здоровье, также как и модели нейрокогнитивного дефицита, предшествовали открытия в области нейронаук, породившие гипотезу так называемого социального мозга. Начался поиск специфики нарушений социального познания для разных видов психических расстройств, отража-

ющий надежду биологически ориентированных ученых придать новый биологический статус всем психическим расстройствам как болезням «социального мозга».

Повышенный интерес к нарушениям социального познания в психиатрии совпал с кризисом в области классификации психических расстройств и тенденцией к отказу от типологического подхода к их классификации в пользу параметрического или деминсионального. Последнее привело к возрождению интереса к моделям спектра и тенденции рассматривать шизофрению в контексте шизофренического спектра, включающего в себя шизотипическое расстройство, параноидное расстройство, шизоаффективный психоз. Стали появляться работы, направленные на сравнение выраженности и специфики нарушений социального познания внутри спектра и поиску коррелятов этих нарушений в структурах нервной системы, названных социальным мозгом.

Рост описанных исследований идет по экспоненте, накапливаются все новые частные факты, и закономерно встает вопрос: а существует ли прогресс в поисках ключа к загадке шизофрении? Каковы возможности парадигмы социального познания, содержит ли она потенциал для продвижения на этом пути? Нам представляется, что в рамках этой парадигмы исследователям все-таки удалось сделать новый важный шаг в понимании природы шизофрении. Конечно, вопросов по-прежнему больше, чем ответов. Авторы данной монографии не разделяют упования ряда исследователей обнаружить разгадку шизофрении внутри «социального мозга», помня слова Л. С. Выготского о том, что «не внутри мозга или духа, но в знаках, языке, орудиях, социальных отношениях таится разгадка тайн, интригующих психологов» (цит. по А. А. Леонтьеву, 1990, с. 41).

Сегодня как никогда нам представляются важными идеи системного биопсихосоциального подхода и методологические разработки школы культурно-исторической психологии для выхода из определенного тупика, в который, на наш взгляд, может завести явно усиливающийся биологический крен в современных исследованиях. Эти сложные методологические проблемы лишь затрагиваются в данной монографии, более подробно они рассмотрены в других работах авторов, посвященных проблеме социального мозга (Рычкова, Холмогорова, 2012), борьбе биологической и культурно-исторической парадигм в современной науке (Холмогорова, 2014 а, б); роли культурно-исторической теории развития психики Л. С. Выготского для дальнейших исследований в области социального познания (Холмогорова, 2015; Холмогорова, Воликова, Пуговкина, 2015).

В предлагаемом читателю исследовании основной акцент сделан на важности роли социальной мотивации в нарушениях социального познания при шизофрении и предпринята попытка некоторого продвижения в проблеме с опорой на ориентир, указанный Л. С. Выготским в его широко известной лаконичной формуле: кто оторвал мышление от аффекта, тот навсегда закрыл себе путь к пониманию мышления.

Глава 1. Зарождение парадигмы нарушений социального познания при расстройствах шизофренического спектра: история идей

Многие вещи нам непонятны не потому, что наши понятия слабы, но потому, что сии вещи не входят в круг наших понятий.

Козьма Прутков

1.1. Психоаналитический подход в трактовке шизофрении

Концепция шизофрении, созданная Э. Крепелиным на основе феноменологического анализа и названной им «*dementia praecox*» (раннее слабоумие), активно развивается с конца XIX в. по настоящее время. Полагая *dementia praecox* особым органическим нарушением (что предопределило название), Э. Крепелин дал описание массивной и выразительной клинической симптоматики, позже дополненное многими авторами. Указания на дефициты социального познания у больных шизофренией можно найти уже в ранних клинических работах. Так, со времен Е. Блейлера принято выделять две основные группы симптомов шизофрении – позитивные и негативные, и хотя в большинстве клинических случаев имеются симптомы обеих групп, для прогноза состояния больного менее благоприятно доминирование негативной симптоматики. Клинические описания последней содержат указания на изменения в области эмоций – их оскудение, сглаженность, пассивность вплоть до интактности больных, в области поведения – изменения в виде нелепости, неадекватности, непредсказуемости, нарушений коммуникации. Страдают также мышление, ассоциативные процессы, теряющие логику и последовательность. При сохранности в ряде случаев интеллекта, грубо нарушается критичность больных к себе, своим убеждениям, поведению.

В концепции шизофрении Е. Блейлера отражены сомнения в отношении истинности обнаруживаемого у больных слабоумия (как мыслил данное заболевание Э. Крепелин). Е. Блейлер не только выделил «основные симптомы» расстройств из «группы шизофренических психозов», такие как «расщепление» (психических функций на независимые комплексы), ассоциативные нарушения и аффективные расстройства, но и описал феномен аутизма. «Особый и очень характерный ущерб, причиняемый болезнью, выражается в том, что затрагивает отношения внутренней жизни к внешнему миру. Внутренняя жизнь приобретает патологически повышенную значимость – аутизм» (Bleuler, 1920, с. 314). Блейлер соотносил аутизм с потерей чувства реальности, указывая на специфику шизофренического слабоумия, трактуя его как псевдослабоумие – результат взаимного влияния нарушений ассоциаций, аффективной дискордантности и аутизма. Вследствие таких изменений у больных отмечается значительное снижение продуктивности, особенно в области социальной адаптации, социального взаимодействия. Важно, что Э. Блейлер отмечал мотивационную составляющую аутизма, когда больной шизофренией «хочет активно уйти от реальности, которая удручает и раздражает его», и акцентировал социальную маргинализацию больных как наиболее распознаваемый феномен манифестного периода шизофрении (независимо от формы), во многом предопределяющий ее специфичность. Таким образом, Э. Блейлер подчеркивал особую роль мотивации в процессе «десоциализации» больных.

Рождение психоанализа как теории и практики по времени совпало с созданием концепции шизофрении Э. Крепелиным. З. Фрейд, хотя и не имел прицельного интереса к больным с психозами, расценивая их как «помеху психоанализу» (Спотниц, 2004), предложил ряд эври-

стичных идей для объяснения генеза симптомов психоза. При этом родоначальник психоанализа отмечал невозможность контакта больного шизофренией с психоаналитиком, его невосприимчивость к психоаналитическому воздействию.

Источником одной из идей стал анализ З. Фрейдом случая паранойи (случай Шребера, см.: Фрейд, 2007). Заметим, что, по мнению Фрейда, паранойя не приравнивалась к психозу, ее генез, прогноз и возможности психоаналитического лечения расценивались более оптимистично. Анализ названного случая дал основания утверждать: чрезмерное использование такого механизма защиты, как проекция, – основа паранойи. Разбор персекуторных убеждений больных с паранойей продолжил главную линию аналитических интерпретаций: источником патологии предполагались либидозные, неудовлетворимые, морально отвергаемые импульсы, проецируемые вовне и порождающие параноидную симптоматику. Важно подчеркнуть, что уже на этапе зарождения психоаналитической концепции шизофрении присутствуют указания на нарушения восприятия пациентом социальной реальности.

Сопоставляя взгляды Э. Крпелина и Е. Блейлера с собственной теорией либидо и рассуждая в рамках метапсихологической концепции либидозного катексиса, З. Фрейд (2003) предложил идею переноса либидо на собственное Я как присущее ребенку первоначальное нарциссическое или аутоэротическое состояние, отвечающее раннему периоду развития. У больных шизофренией он находил аналогичное состояние аутоэротизма, патологического нарциссизма, когда либидо отнимается от объектов и обращается на собственное Я больного. Это порождает психотическую, тяжелую регрессию либидозного характера с полным отказом от объектов, от внешнего мира и препятствует аналитическому лечению вследствие невозможности продуктивного контакта. Подобные идеи высказывал К. Абрахам, говоря о неспособности больных переносить либидо на других людей (позже это назвали невозможностью объектной любви у больных шизофренией) и полагая это следствием задержки их развития на ранних стадиях. Очевидно, что отсутствие интереса и внимания к другому человеку не может не сопровождаться дефицитностью восприятия, поверхностностью, неточностью, искаженностью суждений о нем.

Значимой для психоаналитической концепции шизофрении стала также идея З. Фрейда о «психотическом расщеплении эго», в этом случае происходит отрыв Я от реальности, отказ от нее. Внутренняя психическая реальность здесь начинает доминировать над действительностью, которая отторгается, и самые необычные переживания из области внутренних импульсов, ощущений, чувств на основе механизма проекции начинают восприниматься как происходящие вовне, что формирует бредовую реальность. Идея расщепления была подхвачена рядом авторов, в том числе М. Кляйн – одной из создателей теории объектных отношений.

Существенным дополнением к психоаналитическим взглядам на шизофрению стали гипотезы К. Юнга и С. Шпильрейна о роли агрессии. Работая под руководством Е. Блейлера и продолжая развивать его концепцию аутистического мышления, К. Юнг изучал явления расстройств речи, мышления, распад представлений, аргументируя возможность трактовки состояния больного шизофренией как близкого к сновидному. В генезе такого состояния он отводил важнейшую роль отрицательным аффектам. По мнению К. Юнга, враждебное отношение к миру, огромное количество агрессивных, разрушительных импульсов блокируют способность пациентов к любви, препятствуя взаимодействию с другими людьми. В контексте данной работы важно, что всем указанным феноменам сопутствуют искажение восприятия пациентом социальной реальности, а нарушения влечений сопровождаются отказом от общения. Обозначенные идеи получили развитие в психоаналитической литературе, хотя лишь немногие аналитики решались лечить больных шизофренией аналитическими методами (среди них К. Абрахам, К. Юнг, П. Федерн, П. Шильдер).

М. Кляйн трактовала как наиболее значимые в генезе психопатологии ранние доэдиповые отношения и борьбу инстинктов жизни и смерти, актуальные для ребенка с момента

рождения. Ей принадлежит идея «объекта» – важнейшей составляющей внутреннего мира ребенка, проходящей серию модификаций через сменяющие друг друга интернализации и проекции и создающей основу не только эго, но и образов других людей. М. Кляйн говорила о развитии на раннем этапе жизни ребенка как «драме», повторяющейся, по ее мнению, в состоянии психотического пациента: субъект проецирует на окружающих свои неконтролируемые, разрушительные, мощные желания, за которыми стоят либидозные и агрессивные импульсы, проявляющиеся в форме садистических атак и мощной тревоги, и эти проецируемые импульсы искажают, зашумляют образ мира, порождая путаницу, псевдореальность (Кляйн, 1997, 2002). Эта психоаналитическая модель также имеет непосредственное отношение к искажению больными шизофренией социальной реальности, затруднению объективной оценки себя и других.

Позже родилась идея дефицитов Я больного шизофренией, не способного справиться с жизнью и имеющего хронический конфликт с реальностью. В работах Г. Салливена, создателя «интерперсональной теории психиатрии», межличностные отношения (реальные и воображаемые) интерпретируются в качестве основного источника развития личности, а нарушения этих отношений – как причины психопатологии (Хржановски, 2002). У больных шизофренией он отмечал «паратаксическое» искажение отношений с другими людьми, обусловленное переработанными, основанными на фантазиях и нереалистичными идентификациями с фигурами из детского окружения. Восстановление нарушенного Я и контакта с реальностью мира людей трактуется как выздоровление от психоза, причем автор подчеркивал не только сохраняющуюся, но утрированную, чрезвычайную чувствительность больных к различным аспектам взаимоотношений. Однако именно чрезмерная чувствительность делает больного уязвимым, порождает множество защитных маневров, снижает продуктивность социального взаимодействия с ним.

М. Балинт, развивая далее представления об особых нарушениях отношений с другими людьми, вводит понятие «базисный дефект», имея в виду первичный, самый ранний, «довербальный и догенитальный» уровень поражения психики, в основе которого – нарушение диадических отношений с матерью, результатом чего становится невозможность продуктивных социальных отношений. Им обосновывается невозможность для пациентов с шизофренией (и тяжелыми личностными расстройствами) воспринимать других людей как отдельных, имеющих собственные потребности, переживания, эмоциональные состояния. Для преодоления такого «базисного дефекта» М. Балинт предлагал использовать особые терапевтические приемы (Балинт, 2002).

При последующем развитии психоаналитических взглядов понимание высокой значимости отношений с другим человеком как основы становления (и патологии) личности стало общепринятым. Переключка работ британских психоаналитиков – создателей теории объектных отношений (Ф. Фейрбейрн, М. Кляйн, Р. Спиз, М. Балинт, Д. Винникотт) и американских терапевтов из группы «межличностных психоаналитиков» (кроме упомянутого Г. Салливена это Э. Фромм, К. Хорни, Ф. Фромм-Райхман и другие) состоит не только в родстве идей, но и в их последовательных попытках работать аналитически с серьезно нарушенными психотическими пациентами. В поисках подхода к воздействию на пациента с шизофренией, аутистическая позиция которого препятствует любой интервенции, оттачивалось мастерство психоаналитиков, рождались новые концептуализации, в том числе имеющие отношение к социальному познанию и, более широко, к восстановлению способности к тестированию реальности.

Направление психоанализа, которое определяют как эго-психология (А. Фрейд, Р. Спиз, Х. Хартман, Э. Эриксон), имело особый интерес к Эго как набору функций, позволяющих приспособляться к требованиям жизни, одновременно находя способы удовлетворения импульсов из области Ид. При недостаточности функций Эго у человека, не способного справиться с жизнью и имеющего хронический конфликт с реальностью, первичным становится его собственное аутистическое мышление, происходит отказ от реальности, ее замена проекциями и

образами из внутреннего мира. Внешние события при этом легко проникают внутрь, интроецируются, окончательно растворяя границы между внешним и внутренним; данное состояние синонимично психозу. Набор значимых функций Эго конкретизировался в разные годы; например, L. Bellak (см.: Goldstein, 1978) выделял такие:

- способность формировать отношение к реальности, ее тестирование (reality testing), переживание (или чувство) реальности (sense of reality);
- регуляция и контроль импульсов и побуждений (impulse control), способность откладывать удовлетворение влечений, переносить фрустрации, тревогу, депрессию, другие негативные аффекты;
- способность устанавливать и поддерживать стабильные объектные отношения (object relations);
- осуществление процесса мыслительной или интеллектуальной деятельности (восприятие, понимание окружающего, придание ему значения в символической форме, анализ, умозаключения, планирование, изучение нового);
- автономные функции (autonomous functions), включая первичные врожденные способности к перцепции, движению, запоминанию, и вторичные – в виде формирующихся устойчивых паттернов поведения;
- синтетические функции (synthetic functions), призванные объединить все разноуровневые и разнородные личностные проявления в единое переживание, порождая целенаправленное поведение;
- механизмы психологической защиты (defensive functioning).

Приведенный перечень показывает, сколь тесно функции Эго связаны с процессами познания окружающей реальности, включая социальное познание. Важно, что набор имеющихся у человека эго-функций предлагалось использовать в качестве критерия для диагностики, с акцентом на роли механизмов психологической защиты.

Многие авторы внесли свой вклад в разработку концепции механизмов психологической защиты (О. Кернберг, Н. Мак-Вильямс, Т. Огден, С. Кашдан, Е. Т. Соколова и другие), разделяя последние на первичные (довербальные) и вторичные (вербальные). Больным шизофренией присущи расщепление (schizis), аутистическое фантазирование, примитивные формы проекции и интроекции, проективной идентификации, тотальный (магический) контроль (Мак-Вильямс, 1998). Использование этих механизмов ведет к грубому искажению любой реальности, включая реальность социальных отношений, вплоть до невозможности дифференцированных, интегрированных и реалистичных оценок себя (как социального объекта) и других людей.

Современные психоаналитики выделяют в числе уровней личностной организации психотический, при описании которого О. Кернберг, Н. Мак-Вильямс, П. Куттер и другие указывают на нарушения в области тестирования реальности, особый паттерн примитивных, низшего уровня психологических защит, грубые нарушения идентичности. Как пишет Н. Мак-Вильямс, «люди, личность которых организована на психотическом уровне, имеют настолько серьезные трудности с идентификацией, что они не полностью уверены в своем *существовании*» (выделено автором цитаты) (Мак-Вильямс, 1998, с. 84).

Важно подчеркнуть, что у пациентов с такой личностной организацией, даже не находящихся в психотическом состоянии, актуально, сочетанно страдают как Я-репрезентации, так и объект-репрезентации, вплоть до полной подмены их ложными конструктами в рамках бредовой идентичности. S. Akhtar отмечает: «слабость интеграции Я-концепции приводит к нарушению интеграции концепции значимых других. Люди с размытой идентичностью не способны объединить когнитивные и аффективные оценки поведения других в динамическую концепцию относительно стабильного образа другой личности» (Akhtar, 1984, с. 1382). Указанное

самым непосредственным образом затрагивает восприятие пациентом социальной реальности, других людей, приводя к нарушениям социального взаимодействия.

Указанные идеи позже получили развитие в работах Р. Лейнга – представителя движения, родившегося под влиянием идей экзистенциальной психологии и названного «антипсихиатрией». В знаменитой монографии, посвященной шизофрении, он аргументировал необходимость анализа внутренних переживаний больных и, в первую очередь, их онтологической неуверенности – как следствия мучительного переживания тревоги, обусловленной идеями поглощения (другим человеком), распада и деперсонализации (Лейнг, 1995). И здесь также во главу угла ставятся феномены изменения, отчуждения собственного (истинного) Я больного и замены его на ложное Я, отражающее черты других людей. Искажения истинного Я, причиной которых Р. Лейнг полагал неблагоприятные социальные влияния на человека, разные формы контроля и манипуляций, требуют своей расшифровки, понимания. Шизофрения трактуется как один из способов существования. Взгляд на шизофрению как особую форму бытия человека вызывал резкую критику оппонентов. Но для данной монографии важно, что автор вслед за другими учеными подчеркивал искажения восприятия больными социальной реальности как особо значимый для понимания сути шизофрении фактор.

В поисках причин генеза психотической личности психоаналитики не отрицали возможной биологической почвы нарушений, поскольку отношения со значимыми другими в ранний период детства ребенка могут быть нарушены вследствие разных причин – как в связи с депривацией, так и из-за генетически/органически заданных особенностей самого ребенка. Предопределяющим фактором влияния становятся сильные первичные аффекты, роль которых в развитии способности к мышлению в символической форме подчеркивал У. Бийон (Бийон, 2008). Ранние нарушенные отношения со значимыми другими (ключевой этиологический фактор с точки зрения психоанализа) порождают с неизбежностью неудовлетворительные, неясные, фрагментированные, полные предвосхищаемой, ожидаемой агрессии образы других людей, контакт с которыми невозможен, не нужен или требует столько усилий и чреват такими разочарованиями, что лучше его не инициировать (Armelius, Granberg, 2000).

Таким образом, идеи о нарушениях социального познания и социального взаимодействия не только присутствуют в психоаналитических интерпретациях, но являются ключевыми для понимания генеза психоза. При этом адекватность и обоснованность психоаналитических моделей шизофрении, роль психоанализа в лечении психозов продолжает активно обсуждаться и разрабатываться психоаналитически ориентированными авторами (см.: R. Lucas, 2003).

В качестве одного из направлений актуальных разработок можно указать изучение структурных и динамических особенностей идентичности у пациентов с расстройствами психотического уровня с попыткой выделения психодинамических профилей больных, квалификацией уровней интеграции идентичности на основе новых психодиагностических инструментов, таких, как «конфигурационный анализ» (Horowitz, 1987). Помимо доказательства тезиса о значительной степени искажений, дезинтеграции идентичности больных шизофренией, были описаны особые стили взаимодействия пациента с психологом в ходе психодинамического интервью. Феноменология различных вариантов нарушения идентичности, контакта с партнером по общению важна как для эффективного осуществления дифференциальной диагностики, так и для выработки адекватной стратегии психологической помощи пациентам с разными вариантами психотических состояний (Кадыров, Толпина, 2008; Короленко, Дмитриева, 2000, 2010; Соколова, 2015; Толпина, 2009).

1.2. Вклад когнитивно-бихевиоральной психотерапии в изучение дефицитов и возможностей их коррекции при шизофрении

Бихевиоризм как направление, ставящее во главу угла поведение человека, трактует шизофрению (и другие психические расстройства) как результат неправильного научения, когда патологические паттерны поведения каким-то образом неоднократно подкреплялись, вследствие чего стали стабильными. Впервые больные шизофренией оказались объектом наблюдения представителей бихевиорального направления, когда Б. Скиннер и О. Линдсли, разрабатывая модель оперантного обусловливания, экспериментировали с различными категориями испытуемых, включая пациентов психиатрических больниц. Используя процедуры, аналогичные скиннеровскому «проблемному ящику», когда пациент получал награду в случае правильно выполненного простого действия, ученые продемонстрировали, что психически больные не хуже здоровых усваивают простые алгоритмы при введении оперантного подкрепления, при этом симптоматика (галлюцинаторная, бредовая или связанная с развившимся дефектом) значения не имела (см.: Rutherford, 2003). Другая исследовательская работа доказала возможности изменения речи больных при использовании экспериментатором некоторых вербализаций (эмоционально экспрессивных) как подкрепляющих стимулов (см. обзорную работу Salzinger et al., 1970). Полученные результаты пробудили интерес и оптимизм в отношении возможности влиять на поведенческие особенности, включая болезненные проявления психически больных, следствием чего стала разработка программ модификации поведения, основанных на принципах оперантного обусловливания.

Первоначально предлагались индивидуальные программы для уменьшения «психотического поведения» и обучения больных личной гигиене, самообслуживанию, трудовым навыкам (см. обзор Leitenberg (Ed.), 1976). Были предложены варианты терапевтической среды на основе бихевиоральной модели, самой популярной стала «жетонная система» (token economy) (Ayllon, Azrin, 1965, 1968); позже к процедурам на основе оперантного подкрепления добавились систематическая десенсбилизация, релаксация, приемы типа «шейпинг», «моделирование», контроль стимула и фактически весь арсенал средств бихевиоральной терапии.

В результате внедрения программ удалось преодолеть психотерапевтический нигилизм в отношении серьезно нарушенных больных, была доказана роль психосоциальных интервенций, дан импульс развитию средств диагностики состояния больных на основе описания и квалификации их поведения, оценке эффективности различных форм помощи пациентам. Критики подхода предостерегали от излишнего оптимизма, особенно в отношении возможности повлиять на продуктивные симптомы (Paul, Lentz, 1977), высказывали сомнения в стойкости достигнутых изменений (Wakefield, 1977).

Выбор мишеней для желательных изменений при проведении интервенций был основан на использовании критерия функциональности, т. е. адаптивности, – ключевого для бихевиорально ориентированных психотерапевтов (Lieberman, 1972). У больных шизофренией определялись дефициты функционирования, на которые направлялись в дальнейшем обучающие воздействия. С методологической точки зрения речь идет об эмпиризме как принципе организации исследования (и интервенций), когда внешне наблюдаемые дефициты сразу переформулируются в мишени для коррекционной работы. Подобная тактика широко применялась при организации помощи психически больным (не только в рамках собственно психокоррекционной работы, но и при организации трудотерапии, социальной работы). Однако о недостаточности прямого, «лобового» тренинга отсутствующих навыков, тем более сложных, социальных, не раз писали ученые, призывая к продолжению серьезных теоретических разработок, к

построению моделей имеющихся нарушений, учитывающих первичные дефициты, иерархию и динамику возникающих дефектов (Wykes, Gaag, 2001). Несмотря на минусы, у такого подхода есть и определенные позитивные стороны, например, чувствительность специалистов бихевиорального направления к реальным, повседневным проблемам больных, мешающим их адаптации. По мере становления практики оценки состояния больных с точки зрения поведенческих проблем, оттачивания приемов и техник изменялись и мишени терапии.

Если первые программы фокусировались на обучении больных простым бытовым, гигиеническим навыкам, позже основой программ стало формирование более сложных навыков общей регуляции и организации поведения: планирование своих действий, разные способы самоконтроля (в том числе продуктивной симптоматики) и, наконец, социальные навыки. Специализированные тренинги перечисленных навыков, психообразовательные программы для пациентов и членов их семьи, проверенные в рандомизированных исследованиях, показали себя как эффективные, привлекательные для больных и персонала, дающие пролонгированный эффект (Lieberman et al., 1994; Smith et al., 1996). Эти технологии прочно вошли в арсенал врачебной практики как составная часть реабилитационных программ, причем данный подход органично дополняет лечение с использованием психофармакотерапии.

К наиболее известным программам тренинга социальных навыков (social skills training) относятся следующие:

- тренинг управления стрессом (stress management training) (Meichenbaum, Cameron, 1973) и развития совладающего со стрессом поведения (Bradshaw, 1996; Tarrrier et al., 1998),
- тренинг уверенного поведения (assertiveness training) (Degleris et al., 2008),
- тренинг коммуникативных навыков (communication skills training) (Wallace, 1984; Smith et al., 1996; Liberman et al., 1989),
- тренинг навыков решения проблем (problem solving skills) (Lieberman et al., 1986).

Этот список можно продолжить: тренировка навыков, необходимых для трудоустройства и пребывания в рабочем коллективе, для индивидуального и независимого проживания (Nicol et al., 2000; Практикум по психосоциальному лечению..., 2002). Эмпирические данные подтверждают эффективность бихевиоральных интервенций для реабилитации больных (Wallace et al., 1992; Pilling et al., 2002; Heinssen et al., 2000; Холмогорова, 1993).

Когнитивная психотерапия, родоначальником которой стал А. Бек, возникла позже психоанализа и бихевиоральной психотерапии, что позволило ей интегрировать многие эвристичные идеи этих направлений. Начиная с 70-х гг. XX века, в рамках когнитивной психотерапии удалось разработать целый ряд интервенций для лечения широкого круга психических расстройств. На сегодня это психотерапевтическое направление занимает лидирующее положение как по диапазону пригодности предлагаемых интервенций, так и по частоте использования в клинике. Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) не является однородной, так как впитала ряд идей и концепций, и «...представляет собой особую категорию психологических интервенций, базирующихся на научных моделях поведения, когнитивных процессов и эмоций» (Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies, 2000, p. 8); КБТ обладает высоким интегративным потенциалом для создания индивидуализированных интервенций на стыке бихевиорального и психодинамического подходов (Холмогорова, Гаранян, 2000; Холмогорова, 2011).

Применительно к шизофрении предложено несколько вариантов КБТ. Первый вид интервенций, определяемых как «когнитивные», основан на модели научения, и фокус данного подхода – процессы переработки информации, нарушенные при шизофрении. Теоретическая основа – концепция нейрокогнитивного дефицита, а интервенции представляют собой коррекционные программы, направленные на восстановление нарушенных когнитивных функций, что вне клиники шизофрении традиционно используется для пациентов после черепно-мозговых травм или инсультов (Bellack et al., 1999; Green, 1993-1999; Wykes et al., 1999, 2003). Программы включают упражнения для тренировки памяти, внимания, так называемых «исполни-

тельских функций»; к числу таких программ относятся «Cognitive remediation» (Green, 1993; Wykes, 2003), «Neurocognitive remediation» (Wykes et al., 1999), «Neurocognitive Engagement Therapy» (Bell et al., 2005; Hogarty, Flesher, 1999a, b), «Schematic cognitive therapy» (Kingdon, Turkington, 2005), «Cognitive-Behavioural Group Therapy» (Veltro et al., 2006) и другие. Создатели программ выделяют страдающие при шизофрении когнитивные способности и тренируют их в сериях упражнений; воздействие направлено на механизмы когнитивных процессов, содержание мышления и деятельности рассматриваются как вторичные.

В последние годы эти программы претерпевают изменения, поскольку их создатели все чаще отмечают дефициты социального познания (social cognition) у больных шизофренией и внедряют процедуры, направленные на достижение большей социальной эффективности больных. В программы включают модули для тренировки навыков ведения диалога, взаимодействия в повседневных и конфликтных ситуациях, коррекции нарушений когнитивного стиля, препятствующих адекватному восприятию социальной реальности. Используют при обосновании предлагаемых для больных шизофренией коррекционных программ и современные концепты, например, эмоциональный интеллект (Eack et al., 2007).

Оценка эффективности интервенций проводится на основе улучшения у больного параметров социального познания и адаптации к социуму (Davidson, Strauss, 1995; Hogarty et al., 2004; Strauss, 1994; др.). Масштабные проекты, направленные на восстановление социального функционирования и превенцию рецидивов, специально разработаны для недавно заболевших шизофренией лиц; например, когнитивно-ориентированная психотерапия в клинике первого эпизода – «Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis» (Jackson et al., 1998; 1999) и интегративная нейрокогнитивная терапия – «Integrated Neurocognitive Therapy» (Mullier, Roder, 2010).

Исследования эффективности КБТ при шизофрении (Gould et al., 2001; Rector, Beck, 2001; Pilling et al., 2002; Tarrier, Wykes, 2004) свидетельствуют об улучшении состояния когнитивных процессов, развитии совладающих стратегий, включая способность справляться с порождаемыми заболеванием социальными проблемами. Но прямой связи терапевтических интервенций с симптоматикой и ее динамикой выявлено в большинстве случаев не было, скептики сомневаются в возможности влияния этого вида КБТ на уменьшение интенсивности клинических симптомов и превенцию обострений (Lynch et al., 2010).

На протяжении более 20 лет разрабатывался вариант КБТ, названный интегративной психологической терапией – «Integrated Psychological Therapy» (IPT) (Brenner et al., 1994; Spaulding et al., 1999), получившей широкую известность (см.: Холмогорова с соавт., 2007). В качестве основного фокуса в этой программе рассматриваются нарушения социального познания и социального функционирования. Фактически программа является попыткой интеграции нескольких подходов к психотерапии шизофрении и включает ряд специализированных тренингов, ориентированных на восстановление способности пациентов функционировать как полноценные субъекты социального взаимодействия. Эффективность интегративной психологической терапии убедительно доказана (Addington, Saeedi, Addington, 2006; Green et al., 2004; Roder et al., 2006). Нормализация когнитивного функционирования рассматривается в ней как условие повышения социальной компетентности больных (Roder et al., 2006). На основе IPT была разработана программа тренировки когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией, направленная на совершенствование социального познания (когнитивной точности, дифференцированности) и социального поведения (навыки взаимодействия, разрешения проблем), а также развитие коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации с другими людьми (Холмогорова с соавт., 2007; см. Приложение).

Вторым важнейшим направлением КБТ стало использование техник воздействия на психотические симптомы. Вектор данного направления был еще в начале 1950-х гг. задан А. Беком, описавшим случай лечения пациента с параноидным бредом (Beck, 1952), где осно-

вой психотерапии стал психологический анализ содержания и происхождения симптомов. В ходе терапии детально анализировались события и обстоятельства жизни пациента, сопутствующие возникновению параноидной симптоматики; в результате применения приемов совместного исследования симптомов и мягкого опровержения деструктивных мыслей и убеждений пациент отказался от бредовой интерпретации и идентификации окружающих как «преследователей», находя иное объяснение их поведению. Эффект данного терапевтического вмешательства сохранился и в дальнейшем.

Когнитивная психотерапия шизофрении имеет свои особенности, связанные со спецификой заболевания и его тяжелых последствий (Kingdon, Turkington, 2005). К наиболее важным задачам можно отнести следующие: развитие терапевтических отношений, альтернативное объяснение входящих в структуру клинических симптомов параноидных или иных болезненных интерпретаций, снижение влияния последних на суждения и поведение пациента, повышение приверженности к лечению через использование адекватных моделей болезни. Предлагаются специализированные техники для коррекции галлюцинаций (Bentall et al., 1994; Trower et al., 2004), бредовых убеждений (Chadwick et al., 1996; Fowler et al., 1995; Kingdon, Turkington, 2000, 2005; Turkington et al., 1998-2006; Туркингтон с соавт., 2011), приемы воздействия на негативные симптомы заболевания (Perivoliotis, Cather, 2009), а также техники для снижения влияния продуктивной и негативной симптоматики на поведение больных (Turkington, Siddle, 1998; Turkington, Kingdon, 2000).

Анализ индивидуальных случаев показал, что как минимум некоторые из болезненных убеждений выполняют определенную психологическую функцию – поддержания самооценки, оправдания своего неуспеха, избегания пугающих контактов и т. д. В качестве концептуальной основы для осмысления такого рода феноменов выступает теория каузальной атрибуции: анализ системы убеждений больных шизофренией показал, что они особенно чувствительны к материалу, представляющему опасность для их самооценки и самоуважения (Bentall et al., 1989, 1991, 1999). Больные предпочитают использовать интернальные атрибуции при оценке позитивных результатов и экстернальные, внешне обвиняющие – для негативных обстоятельств жизни (Bentall et al., 1991; Kinderman, Bentall, 1996). Нельзя не отметить, что данная модель атрибутивного стиля объясняет искажения в восприятии другого человека, групп людей и самого себя как социального объекта, т. е. речь идет о механизмах нарушения социального познания.

В последние годы был предложен метакогнитивный тренинг – «Metacognitive Training» (Moritz, Woodward, 2007a,b; Moritz et al., 2010), целью которого является обучение пациентов с шизофренией обнаружению систематических ошибок в собственных рассуждениях; подобные ошибки тесно связаны с параноидальными установками и бредовыми убеждениями. Психотерапевт ассистирует пациентам в анализе ими ошибок в собственных суждениях, осознании несовершенства привычной тактики рассуждений и перехода к выводам о внешних реалиях (в первую очередь социальных), а затем постепенно обучает больных изменять стиль своих рассуждений, приближая его к более реалистичному. В ходе работы больные тренируются в использовании альтернативных способов рассуждений и обучаются анализу привычных для них способов суждений с последующей их оптимизацией.

Направление КБТ, ориентированное на работу с продуктивной симптоматикой больных, мало освещалось в отечественной литературе (Холмогорова, 2012б; Туркингтон с соавт., 2011), но зарекомендовало себе как продуктивное и продолжает развиваться. Новый импульс ему придает находящая все новых сторонников концепция восстановления (recovery) после психоза (Deegan, 1997; McGorry, 1992; Perivoliotis, Cather, 2009). Что касается техник КБТ шизофрении, то следует отметить их значительную пестроту. Авторы проблемной статьи (Turkington, McKenna, 2003) указывают, что дескриптор «когнитивно-бихевиоральная терапия» является «довольно неопределенным ярлыком», обозначающим весьма разные виды

интервенций: от нескольких сессий психообразовательной программы, предпринятых для поддержки группы пациентов с начавшимся заболеванием, до длительной работы в индивидуальном формате, имеющей целью ослабление симптомов и радикальное изменение структуры базовых когнитивных схем пациента.

Для интервенций КБТ последних лет все чаще в качестве главного ориентира определяется повышение способности больных функционировать в социуме, а в качестве основы воздействия заявляются комплексные, мультимодальные, интегративные варианты интервенций, содействующие развитию социальной компетентности, навыков общения, способности к точной оценке сложных социальных ситуаций. Программы направлены на улучшение социального восприятия, социального познания и широкого набора связанных с ними навыков и умений. Именно поэтому большинство современных программ в качестве теоретической основы используют модели шизофрении, учитывающие нарушения в области социального познания (Lynch et al., 2010; Velligan et al., 2009; Mullier, Roder, 2010; Холмогорова с соавт., 2007, Холмогорова, 2012б). Более подробно конкретные психотерапевтические интервенции описаны в главе 7.

1.3. Центрированные на семье и интерперсональных отношениях модели генеза нарушений коммуникации при шизофрении

Предположениями о важной роли родительских фигур, семейного контекста в генезе шизофрении мы обязаны психоанализу. В наиболее безапелляционной форме эта идея представлена в теории «шизофреногенной матери», предложенной Ф. Фромм-Райхман. К середине XX века представления о величайшей значимости матери доминировали в сознании психиатров, педиатров, психологов, что было обусловлено как влиянием психоаналитических воззрений, так и получившими широкую известность работами по ранней детской депривации (Р. Спиз), нарушениям привязанности и ее последствий (Дж. Боулби), исследованиями в области зоопсихологии (Г. Харлоу). Ф. Фромм-Райхман, а также Б. Беттельхайм в известной монографии о раннем детском аутизме (Беттельхайм, 2004) прямо утверждали, что мать своим поведением и отношением может предопределять развитие у ребенка психопатологии, в том числе шизофрении; акцентировались такие черты матери ребенка с аутизмом, как эмоциональная холодность, склонность к доминированию, подавлению, игнорирование интересов ребенка, конфликтность, морализаторство. Роль отца описывалась как незначимая из-за его отстраненности, периферической позиции, не позволявшей компенсировать давление матери на ребенка (Браун, Педдер, 1998).

Впоследствии, на волне движения антипсихиатрии, произошел пересмотр многих концептуализаций в сторону гуманизации, и от понятия «шизофреногенная» мать отказались как от стигматизирующего (Neill, 1990), но есть мнение, что полной ясности с данной концепцией нет, опровергнуть ее окончательно не удалось (Hartwell, 1996).

Известный американский психиатр Т. Lidz, критикуя позиции биологической психиатрии, в поисках объяснения причин шизофрении также обратился к анализу семьи больного (Schizophrenia and the Family, 1965). Используя опыт совместных встреч с пациентами и их родителями, он описал патологические паттерны семейных отношений: «расщепленного супружества» (marital schism) и «смещенного супружества» (marital skew), где роль ребенка состоит в восстановлении равновесия в браке. Эту невыполнимую для него задачу ребенок решает ценой своего психического здоровья. Т. Lidz сформулировал положения теории «супружеского раскола и перекося», когда патологические отношения между родителями больного, определенные как совместный или обоюдный психоз (folie à deux), становятся впоследствии семейным психозом (folie en famille). В этой модели основным этиологическим фактором развития психотического состояния у ребенка предлагается считать не позицию матери и ее неадекватное запросам ребенка отношение к нему, но дезадаптивные паттерны семейных коммуникаций в целом.

Высоко эвристичными для психологии и психопатологии стали идеи культуролога Г. Бейтсона, который описал феноменологию общения пациентов с шизофренией и их родственников с позиции системного подхода и циркулярной причинности. Итоги его наблюдений представлены в знаменитой книге «Steps to an Ecology of Mind» (Бейтсон, 2000). Работая совместно с опытным клиницистом Д. Джексоном, Г. Бейтсон, исключив общепринятые схемы, отказался анализировать содержание сообщений и сосредоточился на законах их построения. Он полагал, что психология реального общения отличается от формальной логики с ее строгими законами, поскольку реальное общение постоянно выходит за пределы логических построений (в первую очередь это касается использования метафор, юмора, фальсификаций); причем в большинстве случаев сообщения остаются понятными, читаемыми. Однако не для больных шизофренией, которых отличает неспособность понимать подобные искажения в речи

других, неумение строить собственную речь по таким житейским законам, как и неумение точно определять тип содержания своих переживаний (отличать фантазию от реальности, ложные и истинные впечатления и т. д.). Причиной этой недостаточности Г. Бейтсон полагал «некое специфическое травматическое переживание в инфантильном опыте, а характерные последовательности паттернов переживаний»; причем «шизофреник должен жить в мире, где последовательность событий такова, что его необычные коммуникативные привычки в определенном смысле уместны» (там же, с. 231–232). Речь идет не столько об уместности, сколько о вынужденности, что в дальнейшем автор отметит в концепции «двойной связи» (double bind), говоря о «жертве» подобных коммуникаций (Бейтсон, 2000).

Г. Бейтсон ввел концепт «метакоммуникация», обозначив так коммуникацию по поводу коммуникаций, призванную прояснять последние при их неясности. При наличии искаженных, запутанных коммуникаций, отражающих противоречивые чувства участников взаимодействия, и при запрете на метакоммуникацию, предопределяющем невозможность прояснения происходящего, возникает отчуждение ребенком частей собственного Я. Возможно, для других членов семьи ситуация аналогична, но страдает слабое звено – ребенок, который и заболевает. Шизофрения интерпретируется как заболевание семьи, где родственники больного также являются носителями патологических паттернов поведения. Идеи были дополнены П. Вацлавиком, который описал уровни коммуникации, доказал циркулярность (она же «кольцевая причинность») паттернов взаимодействия и сформулировал «парадокс коммуникации»: невозможность отсутствия коммуникации, поскольку отказ от общения уже имеет коммуникативное значение (Вацлавик с соавт., 2000). Если ранее З. Фрейд говорил о коммуникативном значении симптома при конверсионных расстройствах, то при переходе к шизофрении в качестве коммуникативно значимых симптомов, прерывающих неудовлетворяющие взаимодействия, выступают проявления кататонии, ступора, негативизма, нарушения мышления, речи.

Данные идеи оказали значительное влияние на семейную психотерапию пациентов с шизофренией (Палаццоли с соавт., 2010) и представляются важными в контексте предмета данной монографии. Анализ объяснительных моделей Г. Бейтсона и П. Вацлавика свидетельствует, что нарушение коммуникации, имеющее отношение к семейному контексту и «преследующее» ребенка с детства, не может не быть значимым для усвоения им социальной информации. Следовательно, указанные модели утверждают неизбежность искаженного, дефицитарного представления ребенка (будущего больного шизофренией) о других людях, их мнениях, суждениях, истинных намерениях, переживаниях, т. е. всего того, что касается знания о другом человеке – социального знания.

М. Боуэн, наблюдая за членами семьи больного шизофренией, которых включал в лечение пациента, и работая психотерапевтически с дисфункциональной семьей, предложил анализ триады мать-отец-ребенок для понимания происходящего. Впоследствии он сформулировал свою теорию семейной системы (Bowen, 1978), описав ряд феноменов:

- триангуляция – вовлечение третьего члена семьи для разрешения проблем двух других, как это нередко бывает при «эмоциональном разводе» (emotional divorce);
- дифференциация – понятие, обозначающее степень, в которой члены семьи способны разграничить свои эмоциональные и интеллектуальные процессы (и понятие «недифференцированной эго-массы» для случаев отсутствия внутренних границ в дисфункциональной семье);
- понятие «нуклеарной» семьи как части многопоколенного семейного окружения, которое также многое предопределяет в судьбе семьи;
- понятие транслирования паттернов отношений (multigenerational transmission process), объясняющее накопление из поколения в поколение патологических признаков до появления в одном из поколений семьи больного шизофренией;
- понятия «эмоционального разрыва» (emotional cut off);

- роль порядка рождения сиблингов для становления их личности.

М. Боуэн полагал семейные процессы – накопление уровня тревоги, напряжения, неразрешенных эмоциональных проблем – причиной появления большого шизофренией. Присущими уже заболевшему пациенту он полагал низкую дифференциацию собственного Я и, как следствие, невозможность дифференциации мыслей и чувств, искаженность восприятия реальности. Для нас важно, что указанные проявления, согласно М. Боуэну, нарушают реалистичность видения больным членов своей семьи и мира социальных объектов в целом.

Еще одна исследовательская группа изучала роль средовых факторов (в первую очередь – семейных), имеющих отношение к ухудшению состояния больных (сокращению срока ремиссий, учащению приступов) (Brown et al., 1958, 1972). Релевантным оказался фактор, имеющий отношение к особенностям эмоциональной составляющей переживаний больного при возвращении в родительскую (или собственную) семью: особый тип нарушений эмоциональной составляющей семейных коммуникаций – эмоциональная экспрессивность (expressed emotion – EE), чрезмерно выраженная в исследованных семьях (Brown et al., 1958, 1972; Vaughn, Leff, 1976). Позже был разработан диагностический инструмент – Кембервильское семейное интервью (Camberwell Family Interview – CFI), позволяющее оценивать степень выраженности эмоциональной экспрессивности (Rutter, Brown, 1966; Vaughn, Leff, 1976). В числе значимых параметров эмоциональной экспрессивности были выделены критицизм, враждебность, эмоциональная сверхвключенность или, напротив, проявления симпатии, эмпатии, позитивного отношения и уважения к границам (Platman, 1983).

Другие авторы описывали сходные проявления в семьях больных шизофренией, используя термины «аффективный стиль» (Doane et al., 1981), «негативный аффективный стиль» (Diamond, Doane, 1994), «коммуникативные девиации» (Lewis et al., 1981; Miklowitz, Stackman, 1992). В исследования включались больные шизофренией разного возраста, лица с высоким риском развития психоза (Valone et al., 1983; Jones et al., 1994; Cannon et al., 1999), они сравнивались с больными других нозологических групп (Hooley et al., 1986; Hodes, LeGrange, 1993), данные анализировались с учетом культурных влияний (Vaughn et al., 1984); кросскультурные исследования активно проводятся по настоящее время, география их расширяется (Isohanni M. et al., 2001; Wearden et al., 2000; Kymalainen et al., 2008).

Дисфункциональные отношения в родительских семьях больных шизофренией изучали и отечественные психологи и психиатры, преимущественно представители Ленинградской школы, уже в советский период ориентированные на психотерапевтическую помощь больным с психическими расстройствами. Теоретической основой подхода стали концепция отношений В. Н. Мясищева (Мясищев, 1960, 1995) и идеи о необходимости системного подхода к человеку Б. Г. Ананьева (Ананьев, 1969). Концепция В. Н. Мясищева преимущественно разрабатывалась на основе изучения пациентов с невротическими расстройствами, у которых автор находил нарушения личности; последняя трактовалась как система отношений человека с окружающей действительностью (Мясищев, 1995). Он писал, что «самое главное и определяющее личность – ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. В этом пункте субъективное отношение, отчетливо проявляясь в реакциях и действиях, обнаруживает свою объективность, а индивидуально-психологическое становится социально-психологическим» (Мясищев, 1960, с. 21). Такой подход предопределил интерес к системе отношений больного (не только психоневрозами, но и при других расстройствах), а также к происхождению имеющейся у больного системы отношений. Были проведены эмпирические исследования, доказывающие роль семейных отношений в актуальном состоянии больного (Воловик, 1978, 1980; Эйдемиллер, 1973; Щелкова, 1988), значимость коррекции дисфункциональных отношений и сопутствующего изменения социальной позиции больного для прогноза его состояния (Бурковский с соавт., 1988; Штыпель, Коцюбинский, 1984 и другие).

В современных разработках по проблематике семейных дисфункций у больных шизофренией прослеживается стремление к соединению подходов, имеющих различные теоретические источники: психоаналитических моделей, основанных на теории объектных отношений, концепции эмоциональной экспрессивности (Migone, 1991), модели нарушенных паттернов поведенческих взаимодействий (Miklowitz et al. 1989; Moore, Kuipers, 1992). Эти изыскания отражают процесс поиска интегративной модели, способной стать основой психотерапевтической работы, направленной как на улучшение состояния больного (без его стигматизации, с оптимальным уровнем поддержки от родных), так и на интересы других членов семьи (снижение нагрузки на семью). Важной частью интегративной модели и соответствующей ей терапии может стать коррекция нарушений социального познания и поведения больного.

1.4. Влияния за пределами семьи

Данные первых эпидемиологических исследований шизофрении содержали указания на причастность социальных факторов к ее генезу в виде связи частоты заболевания с социальным статусом (Hollingshead, Redlich, 1958); это стало основанием для гипотез социального стресса (social stress) и социальной обусловленности (social causation) (там же), а также концепции «социального дрейфа» (social drift) (Clark, 1949; Dohrenwend, Shrout, 1985).

Психология и психофизиология стресса, начиная с работ Г. Селье и концепции стресса и копинга Р. Лазаруса, доказали высокую значимость психологических и социальных стрессоров в генезе психопатологии (Folkman, Lazarus, 1988; Lazarus, 1990). Однако эпидемиологические исследования в клинике шизофрении не подтвердили простых каузальных связей между социоэкономическими параметрами и заболеваемостью (Dohrenwend, Shrout, 1985), потребовали введения в объяснительные гипотезы промежуточных переменных, которые опосредуют влияние собственно жизненных событий на психическое (и соматическое) здоровье человека (безусловно, это касалось не только шизофрении).

Результатом анализа клинических наблюдений стала гипотеза о значимости в этиологии шизофрении критических или изменяющих жизнь событий (life events), и в ряде работ были подтверждены подобные предположения, хотя уверенно можно утверждать влияние критических событий на обострение уже имеющегося заболевания (Холмогорова, 2012б; Malla et al., 1990). Аналогичным образом влияют на вероятность рецидива и нарушенные семейные коммуникации (Brown et al., 1972). Еще одним аспектом исследований стало изучение значимости эмиграции как одного из повышающих риск психоза факторов (см. обзоры Jarvis, 1998; Sharpley et al., 2001). Для объяснения данных о более высокой частоте психических заболеваний, включая шизофрению, у лиц первого или второго поколения эмигрантов, привлекались разные модели – от генетических до социальных и социально-психологических (Cooper, 2005; Selten, Cantor-Graae, 2005; Hjern, 2004). Была показана роль таких факторов, как безработица (Fossion et al., 2004), плохие условия проживания (Mallett et al., 2004), проблемы семейных взаимоотношений (Patino et al., 2005), изоляция детей эмигрантов от сверстников, недостатки образования и медицинской помощи (Cooper, 2005). Современные мета-обзоры свидетельствуют о причастности к росту заболеваемости шизофренией среди мигрантов широкого круга факторов, связанных с социальной изоляцией, этнической дискриминацией и сопутствующим ей высоким уровнем социального стресса (Cantor-Graae, Selten, 2005; Selten et al., 2007).

Чрезвычайно интересным с точки зрения теории социальной поддержки представляется тот установленный факт, что шизофрения благоприятнее течет в неиндустриальных странах – странах третьего мира (материалы ВОЗ, 2001). Исследователи объясняют этот факт более тесными связями между людьми в развивающихся странах, меньшей конкуренцией, более терпимым отношением к психически больным, которым социальное окружение охотнее предоставляет определенную нишу, сохраняя контакты с ними.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.