

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИКРОСОЦИАЛЬНОГО КОНТЕКСТА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (НА ПРИМЕРЕ ШИЗОФРЕНИИ)

А.ХОЛМОГорова

Исходя из тезиса о влиянии психологических и социально-психологических факторов на течение и исход психических заболеваний, автор рассматривает существующие в современной психологии и психотерапии клинико-психологические исследования этих факторов и соответствующие модели помощи. Хотя каждая из психологических или психотерапевтических школ придерживается собственных взглядов на модель болезни, разные подходы к психическим нарушениям, по мнению автора, отражают лишь разные их аспекты, что отвечает сложной многофакторной био-психо-социальной природе болезни. Основные из ныне существующих подходов, на примере классического психического заболевания – шизофрении, фундаментально представлены в данной статье.

С древних времен люди отмечали позитивную роль поддержки и участия в облегчении страданий больных людей. Одним из первых исследователей, обративших внимание на важную роль социального окружения в психическом и физическом здоровье, был создатель метода групповой психотерапии Якоб Морено Леви. В конце первой мировой войны он в качестве молодого врача-терапевта оказывал помощь южно-тирольским беженцам в Австрии. Беженцы проживали в одинаково суровых условиях – лишенных каких бы то ни было удобств бараках. Между тем, в глаза молодому врачу бросились существенные различия в состоянии здоровья людей, проживающих в разных бараках. «Морено был поражен, насколько по-разному были выражены у них недуги, нередко проявлявшиеся в вегетативных симптомах, которые сегодня мы бы назвали психосоматическими. Он наблюдал, что более благополучные делили, как правило, свои бараки с родными, старыми знакомыми или новыми друзьями, тогда как в хибарах его постоянных пациентов в порядке вещей были раздражение, натянутые отношения и склоки» (Лейтц, 1994, с.29).

Я.Л.Морено ввел понятие «социального атома» как всей системы со-

циальных связей человека и понятие «социальной смерти», желая подчеркнуть, что резкое сужение поддерживающих социальных связей в социальном атоме может приводить к преждевременному старению, способствовать развитию психических и физических недугов. Таким образом, Морено был одним из первых психиатров, призывавших работать с социальным окружением больных в целях психопрофилактики и с социальным окружением здоровых людей ради создания положительно заряженного эмоционального поля, в целительном действии которого он убеждался и в психиатрических больницах и на обычных предприятиях.

Однако, лишь начиная с конца 50-х годов, стали проводиться систематические междисциплинарные исследования, доказавшие влияние социальных и социально-психологических факторов на распространение и течение психических заболеваний. Перечислим наиболее значимые направления в этой области.

1. Работы в рамках теории ярлыков (*labeling-theory*), которые показали, что не только психические нарушения ведут к «наклеиванию ярлыка» психически больного, но существует и обратная зависимость: ярлык усугубляет болезнь, причем нередко за счет неадекватного отношения к больному и его заболеванию со стороны социального окружения (*Scheff, 1973*). Сейчас для характеристики последствий предвзятого отношения к психическим нарушениям западные исследователи применяют термин «стигматизация» (*stigmatization*), считая важнейшим условием ее предотвращения широкое просвещение.

2. Изучение негативной роли длительного пребывания в клинике, или госпитализма (*institutionalism-study*). К наиболее существенным его последствиям относятся, прежде всего, разрушение социальных связей больного и утрата социальных навыков (*Wing, Brown, 1970*).

3. Исследования связи, существующей между социальным положением и психическими заболеваниями, выявившее большее распространение последних среди городского населения, сравнительно с сельским, а в городе, главным образом, – среди малообеспеченных социальных слоев (*Hollings head, Redlich, 1958*). Выявленная зависимость может быть обусловлена, в частности, большей стрессогенностью жизни бедных городских слоев населения, по сравнению с сельскими жителями и обеспеченными социальными классами.

4. Ряд работ посвящен проблеме влияния стрессогенных жизненных событий на манифестацию и течение психических заболеваний (*stressfull-life-events-study*) (*Brown, Birley, 1968*). Имеются в виду стрессы, прежде всего, в межличностных отношениях (смерти близких людей, разлуки, разводы и другие межличностные потери).

5. Изучение влияния коммуникативного стиля семьи на течение заболевания, установившее зависимость между частотой обострений болезни и уровнем эмоциональной экспрессии в семье (*Brown et al., 1972*).

6. Исследования влияния социальных сетей и социальной поддержки

на психическое здоровье (*social network and social support study*), в результате которых была выявлена зависимость между количеством и качеством социальной поддержки и психическим здоровьем (*Brugha, 1995*).

Полученные суммарные данные приводили к выводу о существовании сложной многофакторной *био-психо-социальной природы* психических расстройств. Во всем мире все большее значение стала приобретать социальная психиатрия, направленная на изучение роли социальных и социально-психологических факторов, а также взаимоотношений больных с их окружением в возникновении и течении психических заболеваний (*Finzen, 1987*).

Социальная психиатрия как научная дисциплина не имеет четких границ и находится на пересечении психиатрии, социологии и социальной психологии. Ее практическая цель – выздоровление и реабилитация психически больного человека посредством оптимальной организации его социальной среды. Решение этой задачи возможно только благодаря совместным усилиям бригады специалистов, включающей врача-психиатра, психолога, социального работника, психотерапевта, а также младший медицинский персонал. Кроме того, необходимо достаточно четкое представление о том, какая среда является оптимальной для конкретного больного и каковы методы ее оптимизации. В данной статье мы остановимся на психологических исследованиях, результаты которых важны для понимания психологических основ решения вышеупомянутой задачи, и в первую очередь – на клинико-психологических моделях психических расстройств.

Хотя многие из ныне существующих психологических и психотерапевтических школ, соблюдая «школьные» традиции, придерживаются собственных подходов к психическим нарушениям, в каком-то смысле их взгляды лишь дополняют друг друга. Внутриличностные и межличностные конфликты в психоаналитической и интерперсональной традициях, нарушения поведения в бихевиоральной психотерапии и переработки информации – в когнитивной отражают разные аспекты одних и тех же заболеваний. Мы постараемся подробно остановиться на каждом из этих аспектов на примере классического психического заболевания – шизофрении.

Как известно, шизофрения – наиболее тяжелое и инвалидизирующее из всех известных психических заболеваний. Со времен Е.Блейлера она стала предметом интенсивных клинико-психологических исследований. Исторически пионерами в изучении психологических факторов этого заболевания выступают психоаналитики. В своих самых первых моделях шизофрении они исходили из идеи психогении, предполагая, что в основе болезни лежит глубокое нарушение эмоционального контакта ребенка с матерью на самых ранних ступенях развития. В настоящее время эти представления утратили свою приоритетность, отступив перед более

сложной многофакторной моделью, утверждающей, как уже отмечалось, био-психо-социальную природу этого заболевания. Однако многие наблюдения и представления, сделанные психоаналитиками, продолжают оставаться важной основой психологической и психотерапевтической работы с больными шизофренией и хорошо согласуются с данными современных клинко-психологических экспериментальных исследований.

СЕМЕЙНЫЙ КОНТЕКСТ

Традиция исследований семейного контекста шизофрении заложена работами Р.Лидз и Т.Лидз (*Lids, Lids*, 1949; 1976), а также классика системного подхода к семье М.Боуэна (*Bowen*, 1971; 1976). Коротко охарактеризуем модели болезни, предложенные этими авторами.

По мнению Р.Лидз и Т.Лидза, решающим фактором в развитии шизофрении являются симбиотические отношения с матерью, а психотерапия трактуется соответственно как процесс разрушения подобного рода отношений на основе развития самостоятельности и чувства собственной идентичности пациента благодаря осознанию и свободному проявлению своих потребностей. Симбиотическая связь с одним из родителей, чаще всего с матерью, описывается этими авторами как наиболее распространенная форма развития больных шизофренией. Речь идет о матерях, которые как бы «присасываются» к своим детям, стремясь навсегда привязать их к себе. При этом оба Эго настолько сливаются и смешиваются, что границы «Я» как у матери, так и у ребенка, исчезают. У последнего не возникает чувства идентичности и собственной значимости, он не может получить ответ на вопрос: «Кто я?»

Исходя из этой концепции шизофрении, Р.Лидз и Т.Лидз формулируют цель психотерапии: развитие чувства идентичности, отказ от потребности в симбиотических отношениях и от пассивных ожиданий найти всезнающий и могущественный объект. Для достижения этой цели психотерапевт помогает больному решить ряд задач:

- 1) осознать собственные желания в соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией;
- 2) почувствовать возможность установления качественно иных близких человеческих отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам;
- 3) разорвать те фрустрирующие ограничения, которые всегда возникают при его связях с другим человеком. Наконец, в процессе терапии инфантильное отношение к родителям должно перейти в формы зрелого и независимого поведения.

Задачи психотерапии диктуют основные линии поведения терапевта. По мнению авторов, оно не должно создавать иллюзию всемогущества, в которое так хочет верить и, как правило, верит больной. Терапевт должен быть готов помочь пациенту, избегая как собственного доминирования, так и манипулирования собой. Среди прочего рекомендуется:

1) открыто выражать раздражение или недовольство пациентом, которые, возникнув, могут проявиться в голосе терапевта, тем самым не оставляя больному возможности интерпретировать их в духе «двойной связи» (см. ниже);

2) учитывая амбивалентность высказываний и поведения самого пациента, терапевту следует интерпретировать его слова вслух, в мягкой и ненавязчивой форме;

3) важно не избегать тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как «враждебного» родителя. Все эти принципы поведения с больным, в целях создания психотерапевтической среды, могут быть перенесены на любого медицинского работника, имеющего дело с больным.

В рамках модели системной психотерапии шизофрении, предложенной М.Боуэном (*Bowen, 1971; 1976*), возникновение болезни трактуется как разрешение конфликта между естественным процессом взросления подростка или юноши и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью, т.е. остаться ребенком. Психотерапию М.Боуэн рассматривает как процесс направленного изменения семейной структуры, прежде всего, отношений доминантности-подчинения. Новым в его концепции является интерпретация роли отца как фигуры, непосредственно включенной в систему отношений «мать-дитя». Психические расстройства рассматриваются этим исследователем в качестве следствия не только нарушенного эмоционального контакта, но и нарушенных отношений между родителями (*Bowen, 1971; 1976*).

В семьях, обследованных Боуэном, была выявлена типическая схема взаимоотношений: сверхстарательная, доминантная мать, беспомощный ребенок (пациент) и неспособный к принятию решений «растяпа»-отец, выступающий как периферическая фигура. Поэтому в процессе психотерапии основное внимание уделяется эмоциональному разрыву между родителями, который внешне зачастую не только остается незаметным, но и активно отвергается обеими сторонами. В своей работе терапевт направляет усилия на то, чтобы муж, ощутив себя главой семьи, отказался от позиции невмешательства. Вначале это может вызвать страх и агрессию со стороны жены, но затем она с радостью сознает, что, наконец-то, чувствует себя в браке с мужчиной. Если психотерапевту удастся таким образом преодолеть эмоциональный разрыв между родителями, то состояние больного ребенка начинает постепенно улучшаться.

Из классических исследований шизофрении, до сего времени не утративших своего значения, следует упомянуть также концепцию «двойной связи» (*double bind*) Г.Бейтсона, или, в другом варианте перевода, «двойного зажима» (*Бейтсон с соавт., 1993*). В 50-70-х гг. эта концепция, будучи чрезвычайно популярной, дала толчок многочисленным исследованиям коммуникаций в семьях больных шизофренией. Она

возникла на принципиально новой, по сравнению с психоанализом, методологической базе, основу которой составил интенсивно развивающийся в науке того времени системный подход. Тем не менее, многие аналитически ориентированные психотерапевты стали опираться на нее в своей работе.

Гипотеза двойной связи в том виде, в каком она была сформулирована Г.Бейтсоном, подтверждалась многочисленными эмпирическими наблюдениями, но с трудом подвергалась экспериментальной проверке с позитивистских позиций. Поэтому ей суждено было, подобно Эдипову комплексу, остаться психологическим мифом, относительно которого одни занимали скептическую позицию, а другие убежденно восклицали, ссылаясь на опыт общения с семьями больных: «Как можно не видеть этого! Вот же она, двойная связь!» Двойная связь – это способ коммуникации родственников, чаще всего матери, с больным. Главный признак двойной связи – расхождение между вербальным содержанием коммуникативного акта и его эмоциональным подтекстом. Например, на словах мать говорит о своей любви, на уровне же действий избегает физической и эмоциональной близости, удерживая ребенка на дистанции при любой его попытке к сближению. Есть еще один важный признак двойной связи – явный или неявный запрет на то, чтобы указанное противоречие сделать предметом обсуждения или, выражаясь в терминах системного, на *метакоммуникацию*. При таком общении ребенок обнаруживает себя в тисках «двойного зажима»: мать может упрекать его за холодность, за то, что он недостаточно ценит ее любовь и заботу, но при малейшей с его стороны попытке установить открытые доверительные отношения реагировать отвержением. Эта ситуация без выбора и без возможности выхода, так как что бы ребенок ни сделал, он станет объектом осуждения, критики и недовольства. А единственный способ разрешения конфликта – открыто обсудить ситуацию – также исключается запретом на метакоммуникацию. Нарушение любого из запретов опасно для ребенка, так как он полностью зависим от матери. При условии хронического воспроизведения ситуация, действительно, «может сводить с ума». Приведем пример одной из таких ситуаций, описанной в статье Бейтсона с соавторами (Бейтсон с соавт., 1993, с.5).

«Ситуацию двойного зажима иллюстрирует анализ небольшого происшествия, имевшего место между пациентом-шизофреником и его матерью. Молодого человека, состояние которого заметно улучшилось после острого психотического приступа, навестила в больнице его мать. Обрадованный встречей, он импульсивно обнял ее, и в то же мгновение она напряглась и как бы окаменела. Он сразу убрал руку. "Разве ты меня больше не любишь?" – тут же спросила мать. Услышав это, молодой человек покраснел, а она заметила: "Дорогой, ты не должен так легко смущаться и бояться своих чувств". После этих слов пациент был

не в состоянии оставаться с матерью более нескольких минут, а когда она ушла, он набросился на санитаров и его пришлось фиксировать».

Из собственной практики мы можем привести случай больной девушки с суицидальной попыткой, к которой мать с самого детства относилась крайне амбивалентно.

Девушка была талантлива, и мать, честолюбиво мечтая об успехе, всячески подталкивала ее к достижениям. Однако когда девушка делала реальные успехи, в матери просыпались конкурентные чувства и закипало раздражение и недовольство. Таким образом, девушка находилась в ситуации двойного зажима, так как постоянно получала два взаимоисключающих послания, которые не подлежали обсуждению: «Добейся многого, всего, что не удалось мне» и «Не смей превосходить меня, быть лучше меня». Такая ситуация неизбежно приводит к хроническому конфликту и постоянному эмоциональному напряжению.

Как мы уже упоминали, сделать эту гипотезу предметом экспериментальной проверки, т.е. регистрировать такого рода ситуации в искусственных условиях, практически невозможно. Также невозможно отследить и найти адекватные способы фиксации всех выделенных Г.Бейтсоном параметров двойной связи.

Однако многолетняя традиция наблюдений за дисфункциональной коммуникацией в семьях больных шизофренией не пропала даром и дала толчок целому направлению экспериментальных клинико-психологических исследований, значение которых для современной практики лечения шизофрении трудно переоценить. Речь идет об исследованиях *эмоциональной экспрессивности* – ЭЭ (*expressed emotion study*), начатых в начале 60-х гг. английской исследовательской группой под руководством Г.Броуна (*Brown et al., 1962; 1972*), а затем продолженных С.Воном, Е.Лефом (*Vaughn, Leff, 1976*) и др. Результаты исследований, проведенных в разных странах и культурах, полностью корреспондируются друг с другом, подтверждая со всеми статистическим выкладками следующий вывод. Если в семье пациента, страдающего шизофренией, кто-либо из родственников склонен выражать в его адрес большое число негативных эмоций, то у больного резко повышается риск обострения и неблагоприятного течения болезни.

Эмоциональная экспрессивность определяется высотой тона, оттенками интонации, эмоциональным содержанием высказываний. Традиционно измерение индекса эмоциональной экспрессивности проводится с помощью *Кэмбервильского семейного интервью (CFI)*, разработанного группой Броуна (*Brown, Rutter, 1966*). Интервью строится на основе полуструктурированного опросника, включающего пять показателей эмоциональной экспрессивности:

- 1) критические комментарии;

- 2) позитивные комментарии;
- 3) враждебность;
- 4) сверхвключенность;
- 5) тепло.

Наиболее сложным показателем является *сверхвключенность*, то есть сверхконтроль, повышенная эмоциональная включенность во все дела и проблемы больного, нередко сопровождающаяся самопожертвованием и гиперпротекцией, а также эмоциональной экзальтацией (аналог *симбиотической связи* по Лидзу и Боуэну). Следует отметить, что сам термин «эмоциональная экспрессивность» – не очень удачен. Он создает иллюзию, что можно переживать отрицательные эмоции, не выражая их, и дело лишь за тем, чтобы обучить родственников не выражать отрицательные эмоции вообще. Между тем существующие негативные установки и эмоции обязательно находят косвенное выражение в поведении, по крайней мере, невербальном. Наконец, сверхвключенность, помимо способа выражения эмоций, характеризует общую организацию жизни семьи. Все это следует учитывать, работая с данной категорией. За тем, что называется эмоциональной экспрессивностью, фактически стоит качество отношений между членами семьи.

Приведем иллюстрирующий сверхвключенность фрагмент кэмбервильского интервью с матерью, дочь которой больна шизофренией (Leff, 1989):

«Эмми никогда особенно не любила своего отца, с самого рождения. Она кричала и не спала очень долго в младенчестве и ребенком. Я никуда не могла уйти, потому что она шла за мной. Когда она стала постарше, она тоже не пускала меня навестить друзей. Знаете, другие дети играли, но не Эмми. "Мама, иди сюда", – это всегда повторялось и при этом очень патетично».

«Это случалось по ночам. Я должна была просыпаться по ночам. Мне снился какой-нибудь приятный сон, и тут она меня будила и спрашивала: "С тобой все в порядке, мама? Я думала, ты умерла". С Эмми было сложно еще и потому, что она могла подойти к Вам и сказать: "Я не хочу расти, мама, я не хочу, чтобы у меня были месячные, я не хочу, чтобы у меня были дети". И тогда я, конечно, чувствовала подавленность. Она как будто специально это делала иногда» (Leff, 1989, с.141).

Лефф так комментирует этот случай: «Очевидно, что Эмми испытывала трудности в сепарации от матери уже маленьким ребенком, была сверхзабочена здоровьем матери и провоцировала у нее чувство вины. Этим она зеркально отражала материнскую сверхвключенность (5 соответствующих высказываний) и эксплуатировала эту сверхвключенность, провоцируя у матери чувство вины. Для решения проблемы сверхвключенности нам пришлось работать с обоими

родителями и пациенткой, так как все они были зависимы друг от друга» (*Leff*, 1989, с.141).

Родственник рассматривается как человек, имеющий высокую ЭЭ, если он или она делает шесть или более критических замечаний во время интервью, выражает хоть какую-то враждебность и высказывает хотя бы три комментария, свидетельствующих о сверхвключенности. Если хотя бы у одного члена семьи баллы по этим трем шкалам выше нормы, то вся семья определяется как имеющая высокую ЭЭ.

В настоящее время существует более 30 исследований эмоциональной экспрессивности в семьях больных шизофренией, подтверждающих связь уровня ЭЭ с выходом из болезни. По данным Каванага (*Kavanagh*, 1992), которые, в целом, совпадают с результатами других исследователей, лишь 21% больных из семей с низкой ЭЭ (против 48% больных из семей с высокой ЭЭ) имеют рецидивы в течение года после лечения.

Итак, высокая ЭЭ в семьях больных шизофренией оказалась в разных культурах надежным предиктором последующего рецидива заболевания, позволяя надежно выявлять стрессогенное семейное окружение. Напротив, низкая ЭЭ не является нейтральным показателем, а ассоциируется с успешным выходом из болезни (*Brown et al.*, 1972; *Vaughn, Leff*, 1976). Во всех исследованиях отмечается негативная корреляция между показателями внутрисемейного тепла и высоким уровнем ЭЭ. В интервенционном исследовании Лефа и соавторов было показано, что снижение уровня критицизма в результате работы с семьей сопровождается повышением тепла (*Leff et al.*, 1985). Таким образом, низкая ЭЭ и высокий уровень теплоты внутрисемейных отношений ассоциируются с поддержкой и помощью в преодолении стресса.

Тут логично перейти к характеристике следующего этапа в традиции исследований ЭЭ – этапа так называемых интервенционных исследований, где авторы пытаются добиться снижения количества рецидивов шизофрении в семьях с высокой ЭЭ путем целенаправленной психотерапии. Эти исследования также убедительно показали важность работы с семьей для более благополучного течения болезни.

Леф проводит сравнительный анализ пяти исследований (*Leff*, 1989), сопровождающихся разными интервенциями. Все эти исследования имели общий дизайн:

1) контрольная группа с антипсихотическим психофармакологическим лечением;

2) одна или более экспериментальных групп, в которых к медикаментозному лечению добавлялась та или иная форма социально-психологической интервенции. Во всех исследованиях интервенции были направлены на семейное окружение, а в двух они были комбинированными, включая тренинг социальных навыков с больными и работу с семейным окружением. При чисто медикаментозном лечении частота

приступов оказалась в 4-5 раз выше, чем в экспериментальных группах.

Наиболее впечатляющие результаты были получены в интервенционном исследовании Хогарти (*Hogarty et al.*, 1986), которому удалось в результате комбинации тренинга социальных навыков у больных и системной работы с семьей свести в экспериментальной группе количество рецидивов в течение года до нуля. Как показывает анализ (*Leff*, 1989), столь высокая эффективность связана с тем, что тренинг социальных навыков был сосредоточен на изменении поведения больного, провоцирующего родственников на проявления повышенной ЭЭ (несамостоятельность, грубость и т.д.).

В целом, можно сделать заключение о значительном преимуществе комбинированного лечения, по сравнению с медикаментозным. Исследователи также приходят к выводу (*Leff*, 1989), что в семейных интервенциях важно не снижение уровня эмоциональной экспрессивности само по себе, а изменение стоящих за ее неумеренными проявлениями дисфункциональных внутрисемейных отношений, что требует работы со всей семьей, включая больного. Важно, что родственники с низкой ЭЭ не просто нейтральны, но оказывают поддержку и помогают больным справляться с жизненными стрессами, в то время как родственники с высокой ЭЭ сами становятся источником постоянно действующего стресса. Так, в одной из работ показано, что в присутствии родственников с высоким баллом ЭЭ у больных на соответствующей аппаратуре регистрируются все физиологические корреляты психологического стресса (*Tarrier*, 1979; 1986).

Таким образом, в работе с семьями больных существует тенденция к переходу от чисто поведенческого тренинга родственников к системной психотерапии семьи.

Мы уже охарактеризовали взгляды пионера системной психотерапии шизофрении М.Боуэна. Добавим еще несколько слов к общей характеристике системного подхода в работе с семьями психически больных.

Синтезируя различные системные школы и модели, мы предлагаем выделять следующие аспекты семейной системы, которые важно учитывать в психотерапевтической работе с семьей (*Холмогорова*, 1999) – 1) *структуру*, 2) *микродинамику*, 3) *макродинамику* и 4) *идеологию*.

1. Структура, или квазипространственная организация семьи.

Структура семьи характеризуется через систему следующих понятий.

а) *Иерархия* или отношения доминантности-подчинения в семье. Для семей больных шизофренией характерны нарушения семейной иерархии, уже упоминавшиеся выше – слишком много власти сосредоточено в руках одного из членов семьи, очень мало влияния и самостоятельности у больного.

б) *Связь* или квазипространственная близость членов семьи. Для семей больных шизофренией типичны симбиотические отношения: у

больного очень мало автономии

и огромная зависимость от других членов семьи, чаще всего от матери.

в) *Границы*, чем характеризуется степень открытости-закрытости семейной системы для внешнего мира и внешних влияний; семьи больных шизофренией чаще всего характеризуются закрытыми границами.

г) *Коалиции и границы* между подсистемами. Здоровые семьи характеризуются достаточно четкими границами между родительской и детской подсистемой. Коалиции, как правило, – признак нарушения семейного функционирования, когда связи между одним из детей и одним из родителей становятся теснее, чем связь между родителями. В семьях больных шизофренией обычна коалиция матери с ребенком при отце, отодвинутом на периферию отношений.

д) *Триангуляции*, или семейные «треугольники», характеризуют такой способ взаимодействия, как привлечение третьего для решения конфликта между двумя другими. В дисфункциональных семьях болезнь ребенка нередко бывает условно выгодной, так как объединяет родителей или позволяет им не решать серьезных конфликтов, назревших в их отношениях.

ж) Понятие *роли* отражает функцию того или иного члена семьи в работе целостной системы. Для дисфункциональных семей типично смешение ролей, когда ребенок должен компенсировать для матери дефекты ее отношений с мужем в плане близости или тепла и она фактически взваливает на него не свойственную ему роль.

2. Микродинамика, или коммуникативный аспект.

а) *Устойчивые паттерны* или стереотипы взаимодействия. Например, для семей с больным шизофренией может быть типичен повышенный контроль или сверхконтроль, как форма взаимодействия.

б) *Циркулирование информации* в системе. Для семей больных шизофренией типично блокирование в циркулировании информации, многочисленные семейные секреты, и, как уже отмечалось, наличие взаимопротиворечащих паттернов коммуникации (double-bind).

в) *Метакоммуникация* – открытое обсуждение коммуникации или внутрисемейного взаимодействия. Метакоммуникация – важнейшее условие решения возникающих в любой семейной системе проблем. Для семей больных шизофренией характерен запрет на метакоммуникацию в виде невозможности обсудить истинные чувства или проблемы в отношениях.

г) *Стиль эмоциональной коммуникации* в семье. Характеризуется, прежде всего, соотношением положительных и отрицательных эмоций, например, соотношением похвалы и критики в адрес больного. Высокий уровень критики, как было показано в рассмотренных выше исследованиях ЭЭ, – крайне патогенен и способствует неблагоприятному течению шизофрении.

3. Семейная макродинамика: изменения семейной системы во времени.

а) *Семейная история* или эволюция семейной системы. Еще М.Боуэн отмечал, что для семейной истории больных шизофренией характерно накопление дисфункциональных паттернов или трансмиссия их из поколения в поколение.

б) С семейной историей тесно связано понятие *семейного сценария* или повторяющегося из поколения в поколение распределения ролей, способов взаимодействия. Например, из поколения в поколение доминантные женщины вступают в брак с беспомощными зависимыми мужчинами.

в) *Цикл развития* – фазы семейной макродинамики, связанные с рождением, смертью, замужеством или женитьбой, взрослением детей и требующие от семьи

изменения распределения ролей и способов коммуникации. В семьях больных шизофренией отмечается большое сопротивление системы изменениям, ее повышенная ригидность. Так, типична стигматизация больного в роли ребенка и трудности в период взросления и сепарации.

4. Семейная идеология.

Имеются в виду: а) семейные нормы, б) ценности, в) традиции, г) ритуалы, д) требования и ожидания.

Для семей больных шизофренией, так же как для многих других дисфункциональных семей, характерны нечеткость правил и норм, противоречивость требований, непроговоренность того и другого.

Применение системного подхода на практике требует довольно длительного и глубокого специального обучения. Однако, помимо него, важное место в современных коррекционных и реабилитационных мероприятиях занимают обучающие программы, предназначенные для родственников и направленные на информирование об основных особенностях больных шизофренией и поддержку семьи (*Atkinson et al., 1986*). В частности, очень важно помочь родственникам понять, что негативные симптомы шизофрении – неотъемлемая часть болезни, подобным образом содействуя им в изменении критических установок, которые ведут к большому числу критических комментариев и, соответственно, высокой ЭЭ. Нередко осознание болезни приходит к родственникам постепенно, без вспомогательной информации, но нередко оно требует слишком много времени, в течение которого травмируются и сам больной, и его родные. Приведем фрагмент из интервью с отцом больного шизофренией (*Leff, 1989, с.140*).

«Я думал, он здоров и просто валяется в постели. Больше всего мне хотелось подойти и вытащить его. Если бы я думал, что он, действительно, ленив, я бы сказал: "Ты! Вставай и отправляйся работать или я вытащу тебя, и тебе даже не удастся дослушать все это до конца".

Но сейчас я все понял и примирил себя с фактом, что он на самом деле болен».

Рассмотрим пример *образовательной программы* для группы родственников, предполагающей 10 встреч по 1,5 часа каждая.

1. *Что означает шизофрения для Вас?*

Занятие направлено на то, чтобы каждая семья сформулировала свое представление о болезни и поделилась собственным опытом жизни с больным.

2. *Что такое шизофрения?*

Семье сообщается информация о существующих моделях и факторах болезни: генетических, биохимических, психологических, когнитивных и психосоциальных. Важно, во-первых, избежать упрощений, так как в настоящее время не существует доказанной и общепринятой модели происхождения шизофрении, и во-вторых, помочь клиентам интегрировать полученную информацию с ее собственными представлениями и наблюдениями.

3. *Почему?*

Переработка тяжелых чувств, связанных с переживанием «Почему это случилось именно с нашей семьей?». Оказание поддержки и нейтрализация непродуктивного чувства вины наряду со стимуляцией ответственности за дальнейший ход заболевания в том, что касается помощи больному в переживании стрессов и перегрузок.

4. *Лечение шизофрении.*

Информирование о существующих методах лечения и наиболее эффективных их комбинациях.

5. *Проблемы родственников.*

Обсуждение затронутых клиентами планов жизни, связанных с совместным проживанием с больным.

6. *Семья и шизофрения.*

Информирование о существующих исследованиях ЭЭ и связанных с этим принципах поведения с больным.

7. *Важность создания нестрессогенной среды.*

Обсуждение негативной роли стресса в течении шизофрении и путей снижения стресса, связанного с информационными, интеллектуальными и эмоциональными перегрузками.

8. *Как справляться с нарушениями поведения.*

Обсуждение наиболее эффективных способов коррекции нарушений поведения и адекватного реагирования на них.

9. *Как справляться с кризисами.*

Обсуждение способов поведения в ситуациях кризиса и обострения болезни.

10. *Как использовать полученную информацию?*

Последнее занятие направлено на обобщение всей полученной информации и обсуждение возможностей ее практического

применения.

Подведем итоги теме семейного окружения и исследованиям роли эмоциональной экспрессивности в течении шизофрении. Для организации благоприятной лечебной среды необходимо, чтобы ближайшее окружение больного, включая родственников и медицинский персонал, не проявляли по отношению к нему негативных эмоций в виде резких критических замечаний и враждебности, а также избегали сверхвключенности в его жизнь в виде повышенного контроля и излишней эмоциональной опеки. Однако необходимо помнить, что простое подавление негативных эмоций мало эффективно. Исследователи эмоциональных коммуникаций выявили, что больные шизофренией достаточно чувствительны к расхождению вербального и невербального поведения, неизбежно возникающего при подавлении негативных эмоций. Поэтому необходима специальная работа с родственниками и персоналом.

Как показали исследования медперсонала, ЭЭ заметно ниже у тех сотрудников, которые не сосредотачиваются на своих негативных чувствах или негативных сторонах пациента, а могут и стараются отыскать в общей ситуации что-то позитивное (*Kuiper, 1995*). При работе с родственниками и персоналом рекомендуется специальный тренинг переключения с негативных аспектов на позитивные (позитивирование, когнитивный тренинг с целью перестройки произвольной селекции негативной информации и формирования установки на целенаправленный поиск положительного, наряду с негативным). Рекомендуется разъяснение особенностей болезни, чтобы родственники и персонал перестали видеть в ее симптомах проявления дурного характера, распушенности и пр.

С всесторонним информированием семьи, а также тренингом поведения, как самого больного, так и родственников, необходимо совмещать системную семейную психотерапию с целью перестройки дисфункциональных отношений в семье.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЙ КОНТЕКСТ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Как было выявлено в результате многочисленных экспериментально-психологических исследований психических функций (внимания, мышления, памяти), переработка информации у больных шизофренией происходит крайне неэффективно. Выражаясь метафорически, их мозг и сознание как бы «захлестнуты» многочисленными стимулами из внешней среды, поскольку селекция, осуществляемая с помощью торможения «ненужных» стимулов, в данном случае нарушена. Нормальный человек, воспринимая различные сигналы из внешнего мира, автоматически делит их на «фигуру и фон», в зависимости от того, что для него в данный момент важно. Это хорошо иллюстрирует знаменитый пример из книг по информатике, в котором говорится о вечеринке с коктейлем, где из множества голосов человек выделяет единственный голос интересующего

его собеседника, а остальные как бы не слышит. Напротив, больной шизофренией не способен затормаживать ненужную информацию и, в результате, ни на чем не может сконцентрироваться.

В недавно вышедшей на русском языке книге Ф.Торри приводится яркое описание состояния перегруженности стимуляцией, сделанное самим больным (Торри, 1996):

«Кажется, что все притягивает мое внимание, хотя ничем особенным я не интересуюсь. Сейчас я разговариваю с Вами, но одновременно слышу шумы, раздающиеся за соседней дверью и в коридоре. Мне трудно отсесть их и поэтому тяжело сконцентрироваться на том, о чем я говорю. Часто мое внимание привлекают самые идиотские вещи. Нет, не так. Они меня не привлекают, я просто ловлю себя на том, что обращаю на них внимание, и это отнимает у меня огромное количество времени... Я мог бы нарисовать портреты людей, проходивших мимо меня по улице. Я помнил номера машин, которые проезжали мимо, пока мы ехали в Ванкувер. Помню, что за бензин мы заплатили 3 доллара 57 центов. Пока мы стояли там, по радио передали восемнадцать сигналов».

Удивительно достоверно психология больного шизофренией передана Дастином Хофманом в фильме «Человек дождя». Окружающий мир обрушивается на похищенного из клиники больного огромным количеством пугающих стимулов, но неспособность к селекции информации неожиданно приносит его брату потрясающий успех в казино, так как больной, оказывается, способен, подобно компьютеру, запоминать нескончаемые наборы цифр. У обычного человека и память, и внимание подчинены цели или установке, и он может произвольно запоминать сложную информацию, если наделяет ее смыслом. Совершенно иначе работает память больного шизофренией. В исследованиях Т.Д.Савиной (1982) было показано, что смысловая связность для таких больных не имеет существенного значения, зато произвольное запоминание протекает у них значительно лучше, чем у здоровых. Так, больные шизофренией значимо чаще, сравнительно с выборкой здоровых, правильно воспроизводят цвет букв, из которых они составляли слова (здоровые люди, сосредоточенные на основной задаче – составить как можно больше слов из данного буквенного набора, чаще всего цвета даже не отмечают).

Нарушение селективного внимания, в виде «поломки фильтров», исследовано и описано в психологической «модели фильтра» (Me Chie, Chapman, 1961; Rayn, 1966). В качестве последствий выступают снижение концентрации, отвлекаемость, быстрое утомление, а в поведении, ввиду отсутствия защиты от сверхстимуляции, – неуверенность, пугливость.

Внимание – не только фильтр, но и готовность к восприятию и переработке информации, т.е. своего рода ожидающее поведение, координирующее защиту от лишних раздражителей и поддержание концентрации. В этом смысле Д.Жаков говорит

о соподчиненных установках (*Shakow*, 1962; 1971). Модель установки («set-modell») Жакова возникла на базе так называемого эффекта «cross-over», открытого при изучении реакций больных и здоровых на световые сигналы в ситуациях сначала закономерного, а затем беспорядочного их предъявления. Требовалось реагировать двигательной реакцией лишь на определенные сигналы, оттормаживая другие. Cross-over эффект заключается в том, что при ответе на закономерное следование сигналов больные совершают больше ошибок, чем здоровые (иначе говоря, у них не формируется соответствующая установка) и, наоборот, при отсутствии какой-либо закономерности в следовании сигналов они ошибаются меньше (тогда как у здоровых продолжает действовать уже выработанная установка). Такие особенности организации внимания могут во многом объяснить известный феномен не целенаправленности внимания и поведения, т.е. трудности подчинения последних какой-либо цели.

Из вышеописанных исследований следует очень важный вывод об опасности сверхстимуляции для больного шизофренией, о необходимости очень четкой организации и, по возможности, ограничения адресованной ему информации и стимуляции. Так как нарушения внимания проявляются, прежде всего, в условиях перегрузки, то К.Нойхтерлайн и соавторы сделали вывод, что подобные нарушения у больных сводятся к ограниченным возможностям в переработке информации (*Neuchterlein et al.*, 1986). Все это имеет важные последствия для организации психокоррекционной работы с пациентами, страдающими шизофренией.

Весьма многочисленны психологические исследования нарушений мышления у таких больных, в том числе отечественные (*Зейгарник*, 1962; *Поляков*, 1982 и др.). Долгое время конкурировали две основные модели нарушений мышления – Гольдштейна и Камерона. Согласно первой модели, у больных происходит снижение уровня обобщения и отмечается конкретность мышления. Так, при задаче объединения трех предметов из четырех (гусь, бочка, бабочка, очки) по единому основанию больной шизофренией может объединить гуся, бабочку и бочку, поскольку гусь и бабочка могут попить воды из бочки. С другой стороны, Н.Камерон отмечает у них тенденцию к сверхобобщению, т.е. обобщению по неадекватному, с учетом уровня абстракции, признаку. Например, больной может объединить гуся, бабочку и бочку, как элементы окружающей природы. Есть основания предполагать, что обе, казалось бы, взаимоисключающие тенденции имеют место в мышлении больных. Эта гипотеза, выдвинутая Пейном, была проверена в нашем диссертационном исследовании, выполненном в 1983 году (*Холмогорова*, 1983).

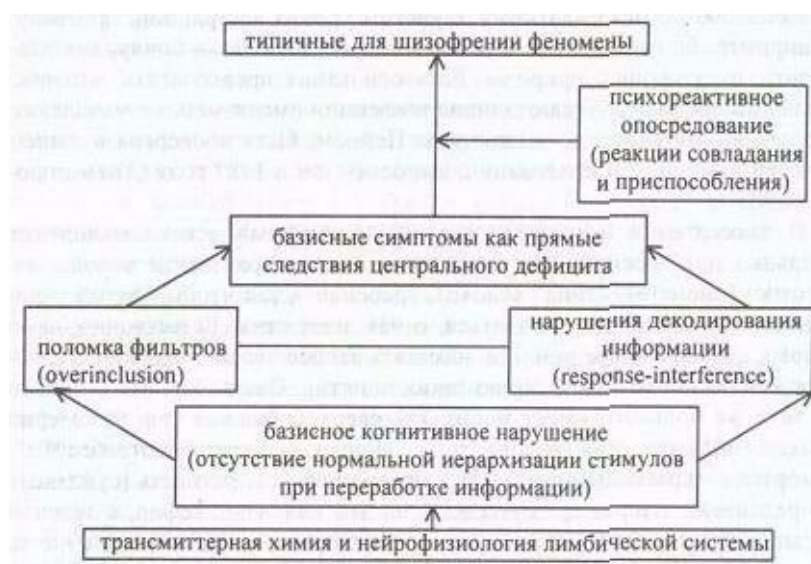
В диссертации исследовался коммуникативный аспект мышления больных шизофренией. Им предлагалось дать определение хорошо известному понятию (типа «яблоко», «ребенок»), так чтобы другой человек мог безошибочно догадаться, о чем идет речь. Естественно, само слово,

обозначающее понятие, называть запрещалось. Каждый больной должен был определить серию таких понятий. Оказалось, что у одного и того же больного имеет место, как сверхобобщение (т.е. чрезмерно емкие, широкие определения типа «яблоко – предмет потребления», «морковь – красный конус»), так и чрезмерная конкретность (суженные определения, например «бутылка – во что наливают кефир, с зеленой крышкой»). Больные гораздо реже, чем здоровые, находили именно те признаки, которые обладают наибольшей дискриминационной силой. Таким образом, мышление больных характеризуется неустойчивостью оснований, нецеленаправленностью, рыхлостью. А главное – они не могут поставить себя на место того, для кого они определяют понятие и кто должен угадать его значение, другими словами, у них страдает коммуникационный аспект мышления. Этот вывод также может иметь существенное значение для коррекционной работы с больными шизофренией и принципов ее организации.

Особенно сильно у людей, страдающих шизофренией, нарушается произвольная регуляция психических функций: произвольное внимание, произвольное запоминание. Принято говорить о снижении их психической активности. Психологические механизмы этих нарушений были исследованы и подробно описаны коллективом лаборатории ВНЦПЗ АМН (Савина, 1982; Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Курек, 1996).

Таблица 1

Концепция базисного когнитивного нарушения Г.Губера



Все социальные реабилитационные программы должны строиться с учетом состояния когнитивных процессов, а также возможностей волевой или произвольной регуляции психических функций и поведения, т.е. психической активности больного. Выбор работы, возможности учебы можно определить только после тщательной психологической диагностики.

Таблица 2

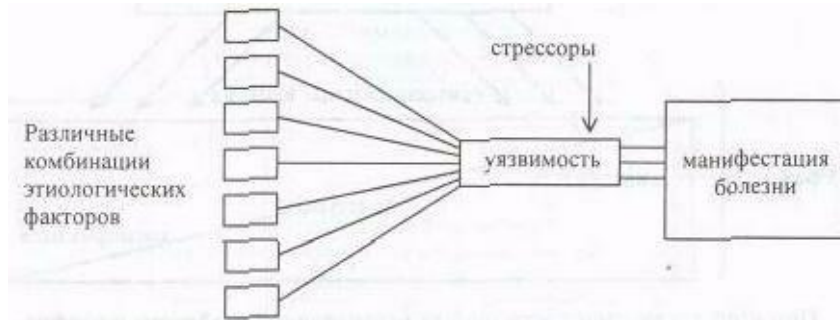


При всей дискуссионности любых исследований в области шизофрении, большинство исследователей сходятся в том, что нарушения когнитивных процессов могут лежать в основе других нарушений, сопровождающих данное заболевание. Поэтому они получили название *центрального психологического дефицита* (core psychological deficit). Так, Г.Хубер считает, что когнитивные нарушения, возникающие в результате поломки биохимических механизмов, ведут к основным базисным симптомам шизофрении (Huber, 1983). В таблице 1 в виде несколько упрощенной схемы представлена «концепция базисного когнитивного нарушения» Губера.

Л.Чомпи (Chiompi, 1989) считает, что комбинация генетических и психосоциальных факторов (в частности, таких как семейный коммуникативный стиль) ведут к преморбидной уязвимости относительно болезни (vulnerability) или диатезу в виде нарушения процесса переработки информации. На фоне любых неспецифических стрессов и перегрузок преморбидная уязвимость может приводить к психотической декомпенсации. При этом исход и течение болезни во многом зависят от комплекса психосоциальных факторов. В таблице 2 в несколько упрощенном виде представлена трехфазная мультифакториальная модель Чомпи.

Известная модель шизофрении, разработанная Д.Шубиным (Zubin, 1987), также представляет собой вариант «диатез-стресс модели» (см. табл.3).

Таблица 3

«Модель уязвимости» Д.Шубина**ТРЕНИНГ ДЕФИЦИТА КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ**

Описанные исследования и модели, ввиду их многочисленности и убедительности, не могли не оказать влияния на реабилитационную работу с больными шизофренией в плане как организации лечебной среды, так и разработки тренинговых коррекционных программ. Впервые программа по нормализации функций переработки информации была предложена Д.Майхенбаумом и Р.Камероном (*Meichenbaum, Cameron, 1973*). Она основана на самоинструкциях и самоуказаниях, которые используются больным для фокусировки внимания, самоободрения в тяжелых ситуациях и даже уменьшения бреда и галлюцинаций. Затем были разработаны другие более специфицированные программы (*Brenner et al., 1987*).

В 90-е годы все больше внимания уделяется нейропсихологическому дефициту, предположительно лежащему в основе когнитивного дефицита, чем обусловлена новая волна интереса к тренингу когнитивных функций. Опишем созданную нами в тот период модель тренинга когнитивных функций у больных шизофренией. Она была разработана на основе синтеза тренинговой программы, предложенной Бреннером и Родером, и отечественных исследований когнитивного дефицита.

В основе программы лежали полученные в отечественных исследованиях данные о нарушениях произвольной регуляции когнитивных функций и коммуникативного аспекта мышления (*Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Курек, 1996; Холмогорова, 1983; Зейгарник, Холмогорова, 1986, Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989*). Швейцарская программа тренинга когнитивного дефицита была направлена, прежде всего, на работу с самими нарушениями, а не их механизмами, и построена она как тренировка собственно внимания и мышления. Между тем, один из

механизмов нарушений внимания и памяти, согласно данным перечисленных выше отечественных исследований, гипотетически заключается в снижении психической активности, т.е. произвольной регуляции психических процессов. Компенсация нарушений внимания и памяти возможна за счет усиления произвольной регуляции или, выражаясь словами Б.В.Зейгарник, опосредования психической деятельности. Другой же механизм – нарушения коммуникативной направленности мышления.

В рамках данной программы были выделены основные направления работы. Среди них:

1) усиление произвольной регуляции памяти и внимания путем обучения использованию специальных средств;

2) усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления с помощью упражнений на совместную деятельность в парах и в группе;

3) развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия; тренировка распознавания невербальных коммуникаций (мимики, позы, жестов) и точности воспроизведения речевого поведения партнера;

4) снижение интеллектуальной ангедонии путем связывания интеллектуальной деятельности с игровым компонентом и успехом;

5) регуляция больным своих эмоциональных состояний и процесса мышления посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструментированию и совладающему диалогу.

Наиболее эффективна комбинация тренинга когнитивного дефицита и группового тренинга социальных навыков, дефицит которых является еще одной хорошо известной особенностью больных шизофренией. Вместе с тем, как отмечает западногерманский специалист в области групповой психотерапии В.Бендер, роль и ценность групповой психотерапии с больным шизофренией не вполне бесспорна (*Bender, 1985*). Это связано с опасностью эмоциональных перегрузок (*Vaughn and Leff, 1976*) и расшатывания защитных механизмов в результате возникновения тесных эмоциональных контактов (*Hafner, 1976*), что может приводить к эксацербации психотических симптомов (*Heinrich, 1976*). Поэтому в групповой работе необходимо соблюдать ряд принципов – щадящие информационные и эмоциональные нагрузки, ограниченная длительность занятия, их структурированность, позитивный эмоциональный фон, небольшая группа, позволяющая ведущим группе отслеживать эмоциональные состояния участников.

Наиболее распространенной моделью групповой работы с больными шизофренией, начиная с 70-х годов и до сегодняшнего дня, является тренинг социальных навыков (*Wallace et al., 1980*). Американский психиатр А.Беллак (*Bellack, 1986*) определяет тренинг социальных навыков как структурированную обучающую программу, которая формирует

навыки социального поведения, необходимые для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса, развившегося в результате интерперсональных конфликтов и неудач.

Специалист в области методов психотерапии, американский исследователь Дж.Кори описывает ряд стратегий социального научения, применяемых в психиатрической клинике. Основные среди них:

- 1) инструкция, как вести себя в той или иной ситуации;
- 2) обратная связь – анализ и подкрепление определенных видов поведения;
- 3) моделирование – воспроизведение модели поведения, живой (при участии терапевта) или символической (использование фильма или видеозаписи);
- 4) разыгрывание ролей;
- 5) социальное подкрепление – использование похвал, когда наблюдается желательное поведение;
- 6) домашние задания на отработку желаемого поведения (Corey, 1986).

Учитывая трудности научения, присущие многим больным, швейцарский специалист Р.Либерман рекомендует строить тренинг социальных навыков при шизофрении с опорой на подчеркнута директивные методы. Дефицит внимания и трудности переработки информации, характерные для больных шизофренией, а также их нередко обостренная чувствительность к эмоциональным воздействиям повышают вероятность возникновения эмоционального стресса при сверхстимуляции или же в условиях небрежно спланированного, недостаточно структурированного занятия. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Р.Либерман считает, что эффективность использования тренинга социальных навыков находится в прямой зависимости от соблюдения принципа индивидуального подхода. Так, для пациентов, способных к усвоению стратегий решения проблем в сфере социального поведения, он рекомендует тренинг, ориентированный на оптимизацию процесса переработки информации. В соответствии с этапами переработки информации, в тренинге выделяются три стадии:

- 1) отработка способов приема информации;
- 2) выбор ответной реакции;
- 3) выбор подходящей формы ответа.

На всех стадиях терапевт стимулирует с помощью наводящих вопросов анализ проблемной ситуации и дает пациенту постоянную обратную связь, поощряя любое правильное действие (Lieberman et al., 1976; 1986).

Обобщая результаты более пятидесяти исследований, проведенных за последние 15 лет и описанных в соответствующих обзорах (Wallace, 1984; Tarrier, 1989), Р.Либерман и Т.Экман отмечают, что, во-первых,

социальный тренинг выступает средством оптимизации социального поведения у психотиков, а, во-вторых, у больных редуцируются клинические симптомы и уменьшается вероятность эскалации заболевания (Lieberman & Eckman, 1989). Подобные выводы стимулируют к дальнейшему активному использованию метода социального тренинга в современной психотерапии шизофрении.

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ

Остается затронуть еще одно важное направление исследований микросоциального контекста психических расстройств, бурное развитие которого началось в 70-х годах. Имеются в виду исследования социальных сетей и социальной поддержки (*social support and social network study*). Сам термин «социальная сеть» пришел из работ социологов и социальных антропологов, в которых изучались социальные связи здоровых людей.

В психиатрии эти исследования ведутся в рамках социальной психиатрии (Caplan, 1974). Такие исследователи как Б.С. и Б.Р.Доренвенд (1974), а также Г.Броун и Т.Харрис (1978) пришли к проблеме социальной поддержки, изучая связь между жизненными стрессами (stressful life-events) и психическими нарушениями. Те и другие исследовали социальную поддержку, чтобы понять, почему при наличии стрессов у одних возникают психические заболевания, а у других – нет. Так называемая стресс-буферная модель социальной поддержки в своих современных аспектах была также инспирирована сообщениями Д.Кассела. Он развил гипотезу, что благоприятное социальное окружение повышает резистентность к биологическим вредностям (таким, как инфекции) и к психологическим стрессам (Cassel, 1976).

Мысль, что внимание друзей помогает преодолеть боль, высказанная еще Сократом и ставшая одной из главных в концепции Морено, в последние два десятилетия легла в основу широкой практики, направленной на охрану психического здоровья.

Почему проблемы социальной поддержки приобретают такую остроту и популярность именно сейчас? Думается, что это во многом связано с распадом традиционных семейных и клановых структур, а также возрастающей ценностью индивидуальности, что при конкретном воплощении оборачивается нередко все большей изоляцией людей друг от друга. Как бы там ни было, современная социальная психиатрия во многом построена на создании и развитии систем социальной поддержки с целью реабилитации больных.

Большинство авторов понимает под социальной сетью систему связей с людьми, от которых человек получает эмоциональную и инструментальную (экономическую, физическую, информационную) поддержку. Важной функцией социальной сети является также чувство идентичности и принадлежности к определенной социальной группе, что повышает уверенность в себе и чувство собственной ценности.

Социальная поддержка – результат не только взаимодействия членов сети, но и *восприятия* этого взаимодействия человеком, получающим помощь. Таким образом, имеется в виду, скорее, воспринимаемая, чем реально получаемая поддержка. Между тем, очевидно, что это не всегда совпадает, и порой то, что воспринимается человеком в качестве поддержки, может оказаться, например, сверхвключенностью, которая, как уже говорилось выше, лишь тормозит развитие самостоятельности. Наконец, возможно и обратное: человек в силу неадекватных требований не ценит реально оказываемую ему поддержку.

Итак, субъективность того, что в исследованиях называется социальной поддержкой, значительно затрудняет реальную оценку данного явления. В настоящее время разработано достаточно большое количество опросников, которые в той или иной степени позволяют снять субъективность оценки и более объективно выявить количество и качество получаемой человеком помощи.

Приведем в качестве примера показатели калифорнийского опросника социальной сети, который был модифицирован нами.

К основным характеристикам социальной сети относится *размерность*, определяемая по общему числу входящих в нее людей. Для того, чтобы определить размер социальной сети, обычно задаются вопросы типа: «Кто может присмотреть за Вашей квартирой и полить цветы в Ваше отсутствие?», «У кого Вы можете занять в долг крупную сумму денег?», «С кем Вы можете обсудить свои личные проблемы?» и т.д. Затем подсчитывается общее число людей, упомянутых в связи с разными типами поддержки, которое и представляет собой размер социальной сети. Для здоровых эта цифра измеряется 10-30 человеками. Вопросы типа первых двух выявляют уровень инструментальной поддержки, типа третьего – эмоциональной. В зависимости от количества названных при ответе на эти вопросы людей говорится о величине соответствующего вида социальных поддержек.

Индекс *плотности* социальной сети определяется числом, полученным от деления суммы всех лиц, включенных в социальную сеть, на *ядро* социальной сети, которое образуется количеством наиболее значимых лиц. Последние выявляются вопросами типа «Кто оказывает Вам помощь в принятии наиболее важных жизненных решений?» В норме размер всей социальной сети в два – два с половиной раза превышает размер ее ядра. Если этот показатель приближается к единице, то можно говорить о чрезмерной плотности социальной сети, что выступает вполне определенным показателем социального неблагополучия.

Помимо этого, учитывается частота *контактов* (человек может иметь широкую сеть, но видется с теми, кто в нее входит, крайне редко), *гомогенность* сети (сходство или различия членов сети по признакам пола, возраста, социальной принадлежности), *дисперсия* (физическая близость или отдаленность индивидов, которые могут проживать в одной

квартире или в разных городах), *симметричность* контактов (степень инициативности-рецептивности общения – человек может получать поддержку, но не оказывать ее в свою очередь) и т.д.

Отличительные особенности сетей больных шизофренией – их малая размерность, большая плотность и, в основном, родственный состав. По клиническим данным, заболевание манифестирует, когда возникает необходимость перестроить социальную систему или встроиться в новую (что бывает, например, при смене среды в связи с окончанием школы, изменением места жительства или работы). В такие моменты социальная сеть находится в состоянии кризиса, для которого характерны эмоциональный стресс и дефицит поддержки. Социальный жизненный стресс нередко служит фактором, провоцирующим манифестацию или рецидив заболевания. Как свидетельствуют результаты некоторых исследований, после манифестации заболевания сеть начинает разрушаться.

В отличие от больных другими психическими расстройствами, например депрессией, больные шизофренией после перенесенного приступа испытывают чувство собственной измененности и неуверенности, а родственники и знакомые нередко настроены по отношению к ним весьма настороженно – ведь именно эти больные особенно часто получают ярлык «сумасшедших». Таким образом, у них образуется дефицит поддержки, и именно тогда, когда они более всего в ней нуждаются.

Важнейшая задача, которая встает перед персоналом, – предотвращение распада социальной сети больного. Практики, работающие в сфере охраны психического здоровья, давно поняли, насколько необходимо создание окружающей среды, активизирующей социальные контакты между как самими пациентами, так и пациентами и медперсоналом. Мы уже описали выше программы тренинга социальных навыков, которые часто дополняются специальным тренингом решения проблем, что дает неплохие результаты. По данным исследований, больные, обучавшиеся социальному поведению с помощью этих программ, отличаются лучшей социальной адаптацией, реже госпитализируются и реже переносят рецидивы, по сравнению с больными, не проходившими тренинга. Тем не менее, многие навыки, необходимые для приспособления в обществе, не внедрялись этими программами. Сами же больные были не в состоянии самостоятельно создавать и поддерживать свою социальную сеть. Поэтому во многих странах были разработаны программы с целью включения бывших пациентов в расширенные психо-социальные системы родственно-дружеских связей. Базой для них служили специальные гостиничного типа дома. Длительные амбулаторные группы открытого типа могут проводиться при клиниках и диспансерах, создавая сеть социальных контактов и необходимой поддержки для выписавшихся больных (О.Казьмина, 1997).

Пациентов, которые возвращаются к самостоятельной жизни, под-

держивали и другими способами, позволяющими укрепить их социальные связи. Так, после их предварительного сплочения в результате психологической работы, они могут выписываться группами и селиться вместе в домиках или квартирах. Здесь с ними встречается и периодически проводит занятия социальный работник или клинический психолог (как со всей группой, так и, по необходимости, с каждым индивидуально). Цель занятий – поддержка благоприятной эмоциональной атмосферы и развитие навыков общения и самостоятельности (закупка продуктов, стирка, готовка, уборка, оплата жилья и т.д.).

В последнее время завоевала популярность модель клубного дома. Бывшие пациенты не только учатся здесь общаться, но и вовлекаются в различного рода совместную деятельность, в процессе которой устанавливаются новые контакты, укрепляются прежние, и социальная сеть становится более широкой (Доненко, Заярная, 1995).

ВЫВОДЫ

1. Из имеющихся исследований *коммуникативных процессов в семье* можно сделать следующие выводы:

а) индивидуальный план реабилитационных мероприятий должен включать оценку уровня эмоциональной экспрессивности в семье, т.е. критики, враждебности, сверхвключенности, тепла;

б) при условии высокого уровня ЭЭ, необходима целенаправленная работа с целью изменения внутрисемейных отношений и поведения;

в) наиболее эффективна работа со всей семьей на основе системного подхода, которая может дополняться тренингом социальных навыков с больными;

г) большое значение принадлежит информационным и образовательным программам для семьи, направленным на разъяснение родственникам особенностей болезни и последствий того или иного их поведения, с точки зрения течения и исхода заболевания.

2. Из имеющихся исследований связи *социальной поддержки и психического здоровья*, а также эффективности различных программ по укреплению и созданию социальных сетей можно сделать следующие выводы:

а) индивидуальный план реабилитационных мероприятий должен включать оценку социальной сети больного с точки зрения качества и количества получаемой инструментальной и эмоциональной поддержки, а также оценку уровня его социальной компетенции;

б) необходима специальная работа с семьей, а также с другими значимыми членами социальной сети в случае, если больному существенно не хватает поддержки и понимания;

в) необходимо внедрять программы тренинга социальных навыков, обучающие больных строить контакты и справляться со стрессами; не менее важно – создание клубов и открытых групп, где, благодаря включению больных в разного рода совместную деятельность, они по-

лучают возможность расширить сферу своих контактов – источник разного рода поддержки.

Помимо диагностики микросреды больного, не меньшее значение для разработки реабилитационных мероприятий имеет *индивидуальная диагностика* его психических функций и личностных особенностей. Многие современные программы грешат перекосом в ту или иную сторону. Между тем, опыт показывает, что наиболее эффективно сочетание обоих подходов, а их разрыв ведет к снижению эффективности каждого. Диагностика семейного окружения и социальной среды должна обязательно дополняться индивидуальной диагностикой психических функций и личностных проблем, а психокоррекционная и психотерапевтическая работа – вестись и с пациентом, и с его ближайшим окружением.

ЛИТЕРАТУРА

- Бейтсон Г., Джексон Д.Д., Уикленд Дж.* К теории шизофрении // Московский Психотерапевтический Журнал. – 1993. – № 1. – С.5-40.
- Бейтсон Г., Джексон Д.Д., Уикленд Дж.* К теории шизофрении // МПЖ. – 1993. – № 2, С.5-18.
- Доненко И.Е., Заярная О.Г.* Клубный дом в России (опыт благотворительного фонда «Душа человека») // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 3. С.43-48.
- Зейгарник Б.В.* Патология мышления. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. – 242 с.
- Зейгарник Б.В.* Патопсихология. – М.: МГУ, 1986. – 237с.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б.* Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1985. – № 12.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С.* Саморегуляция в норме и патологии // Психологический журнал. – 1989. – № 2.
- Казьмина О.Ю.* Особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской прогрессирующей шизофренией: Автореферат... канд. психол. наук. – М., 1997.
- Коченов М.М., Николаева В.В.* Мотивация при шизофрении – М.: МГУ, 1978. – 65 с.
- Критская В.П., Мелешко Г.К., Поляков Ю.Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: МГУ, 1991: – 256с.
- Курек Н.С.* Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь – М.: ИП РАН, 1996. – 246 с.
- Лейтц Г.* Классическая психодрама Я.Л.Морено. Теория и практика – М.: Прогресс – Универс, 1994.
- Поляков Ю.Ф. (ред.)* Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. – М., 1982.

- Савина Т.Д.* Изменение характеристик произвольного внимания у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении – М., 1982. – С.149-162.
- Соколова Е.Т.* Мотивация и восприятие в норме и патологии – М.: МГУ, 1976.
- Торри Ф.* Шизофрения (для родственников больных) – М., 1996.
- Холмогорова А.Б.* Методика исследования нарушений рефлексивной регуляции мышления на материале определения понятий // Вестник МГУ. – сер. 14 «Психология». – 1983. – № 36.
- Холмогорова А.Б.* Основные тенденции развития психотерапии шизофрении за рубежом // Личность, общение, групповые процессы – М., 1991.
- Холмогорова А.Б.* Коммуникативный аспект мышления и его нарушения // Психологические модели рефлексии в анализе и корректировке действительности. – Новосибирск, 1991.
- Холмогорова А.Б.* Психотерапия шизофрении: модели, тенденции // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 2.
- Холмогорова А.Б.* Здоровье и семья: модель анализа семьи как системы // Развитие и образование особенных детей. – М.: Институт педагогических инноваций РАО, 1999. – С.49-54.
- Anderson C.M., Reiss D.J. & Hogarty G.E. (1986).* Schizophrenia in the Family: A Practical Guide to Psycho-education and Management – N. Y.: Gilford Press.
- Bellack A.S. (1986).* Das Fraining sozialer Fertigkeiten zur Behanding chronisch Schizophrener. Bewaltigung des Schizophrenie – Bern, p.121-131.
- Bender W. (1985).* Psychotherapie bei psychotischen Patient // Nervenarzt – B., Bd. 56. № 9, 465-471.
- Bowen M. (1971).* The use of Family Theory in Clinical Practice // Changing Families – N.Y., 73-91.
- Bowen M. (1976).* Gleichzeitige Beobachtung und Behandlung der Familie // Psychoterapie schizophrener Psychosen – Hamburg, 155-177.
- Brenner H.D., Hodel H., Kube G. & Roder V. (1987).* Kognitive Therapie bei Schizophrener: Problemanalise u. Empirische Ergebnisse // Nervenarzt – B., Bd. 58, № 2, 72-83.
- Brown G. & Rutter M. (1966).* The measurement of family activities and relationships. Human Relations, 241-63.
- Brown G.W., Monks E.M. & Carsfairs J.M. (1962).* Influence of Family Life on the Course of Schizofrenic Illness // Brit. J. Of Preventive Social Medicine – L., V.16, N 1, 55-68.
- Brown G.W., Birley J.L. & Wing J.K. (1972).* Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders // Brit. J. Of Psychiatry – L., V.121, N 562, 241-258.

- Broun G.W. & Birley J.L. (1968).* Crises and Life Changes and the Onset of Schizophrenia // *J. Of Health a. Social Behavior* – Albany, V.9, N 3, 203-235.
- Broun G.W. & Harris T. (1978).* The Social Origins of Depression – N.Y.: Free Press.
- Brugha T.S. (1995).* Social support and psychiatric disorder: overview of evidence // *Social Support and Psychiatric Disorder*, ed. by T.S.Brugha – Cambridge: University Press.
- Caplan G. (1974).* Support Systems // *Support Systems and Community Mental Health*, ed. by G.Caplan – N.Y.: Basic Books.
- Cassel J. (1976).* The contribution of the social environment to host resistance // *American Journal of Epidemiology*, V.104, 107-23.
- Ciampi L. (1989).* Intermediare Prozesse in der Schizophrenie // *Schizophrenie als systematische Störung* – Bern, 27-39.
- Corey G. (1986).* Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy – Monterey.
- Dohrenwend B.S. & Dohrenwend B.R. (1974).* Overview and prospects for research on stressful life events. Ed. by B.S.Dohrenwend & B.P.
- Finzen A. (1987).* Sozialpsychiatrie als Sozialwissenschaft // *Schweizer Arch. Fur Neurologie u. Psychiatrie* – Zurich, Bd. 38, N 6, 25-34.
- Hafner H. (1976).* Rehabilitation Schizophrener // *Therapie, Rehabilitation und Pravention schizophrener Erkrankungen* – Stuttgart, 265-285.
- Heinrich K. (1976).* Diskussion zu J.K.Wing // *Therapie, Rehabilitation und Pravention schizophrener Erkrankungen* – Stuttgart, 55-69.
- Hogarty G.E., Anderson C. M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Javna C.D. & Madonia M.J. (1986).* Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizofrenia. One year effects of a controlled study on relapse and Expressed Emotion // *Archives of General Psychiatry*. V.43, 633-42.
- Hollingshead A.B. & Redlich F.S. (1958).* Social Class and Mental Illness – N.Y.
- Huber G. (1983).* Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung fur Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen // *Nervenarzt* – B., Bd.54, N 1, 23-32.
- Kavanagh D.J. (1992).* Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia // *British Journal of Psychiatry*, V.160, 601-20.
- Kuiper L. (1995).* Expressed Emotion: measurement, intervention and training issues // *Social Support and Psychiatric Disorder*, ed. by Brugha T.S. – Cambrige: University press.
- Leff J. (1989).* Review Article. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion // *The International Journal of Social Psychiatry*, V.35, N 2, 133-445.
- Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeon D.* A controlled trail of social intervention in the families of schozophrenic patients: two year follow up.

- British Journal of Psychiatry, 146, 594-600.
- Lids R. & Lids T. (1949). The Family Environment of Schizophrenic Patients // Amer. J. Of Psychiatry-Wash., V.106, N 5, 332-345.*
- Lids R. & Lids T. (1976). Loslösung aus Symbiotischer Elternbeziehung // Psychotherapie schizophrener Psychosen – Hamburg, 96-104.*
- Lieberman R.P., Jacobs H.E., Boon S.E. & Foy D.W. (1986). Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an der Gemeinschaft // Bewältigung der Schizophrenie – Bern, 96-112.*
- Lieberman R.P., McCann M.J. & Wallace Ch. (1976). Generalization of Behavior Therapy with Psychotics // Brit. J. Of Psychiatry – L., V.129. N 5, 490-496.*
- Lieberman R.P. & Eckman T.A. (1989). Zur Vermittlung von Trainingsprogrammen für soziale Fertigkeit an psychiatrischen Einrichtungen // Schizophrenie als systematische Störung – Bern, 256-269.*
- Mc Chie A. & Chapman J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia // Brit. J. of Medical Psychology, V.34, 103-116.*
- Meichenbaum D.W. & Cameron R. (1973). Training Schizophrenics to Talk To Themselves // Behavior Therapy – Oxford, V.4, N 6, 515-534.*
- Neuchterlein K.H., Snyder K.S., Dawson M.E. & Rappe S. (1986). Expressed Emotion, Fixed-dose Fluphenazine Maintenance and Relapse in Resistant Onset Schizophrenia // Psychopharmacology Bull. – Bethesda, V. 22. N 2, 633-639.*
- Payn R.W. (1986). The measurement of significance of overinclusive thinking and retardation in schizophrenic patients // Psychopharmacology of schizophrenia, ed. by P.H.Hoch & J.Zubin – N.Y.: Crane Stratton.*
- Scheff Th. (1973). Das Etikett der Geisteskrankheit. – Frankfurt a. M.*
- Schakow D. (1962). Segmental Set: A Theory of the Formal Psychol. Deficit in Schizophrenia // Arch. Of General Psychiatry – N.Y. – Vol.6, N 1, 1-17.*
- Schakow D. (1971). Some observations on the psychology (and some fewer on the biology) of schizophrenia // Journal of Nervous and Mental Disease, V. 153, 300-316.*
- Tarrier N., Vaughn C., Lader M.H. & Leff J.P. (1979). Bodily Reaction to People and Events in Schizophrenics // Arch. General Psychiatry – N.Y., V.36, N 3, 311-315.*
- Tarrier N. (1989). Elektrodermale Aktivität expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie // Schizophrenie als systematische Störung – Bern, 106-116.*
- Vaughn C. & Leff J.P. (1976). The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness // Brit. J. Of Psychiatry – L., V.129, N 2, 125-137.*
- Wallace Ch., Nelson C., Lieberman R.P. & Aitchinson R.A. (1980). A Review and Critique of Social Skills with Schizophrenic Patients// Schizophrenia Bull. – Wash., V.6, N 1, 42-63.*
- Wallace Ch. (1984). Community and Interpersonal Functioning in the Course*

of Schizophrenic Disorders // Schizophrenia Bull. – Wash., V.10, N 2, 233-253.

Wing J. & Broun G. (1970). Institutionalism and Schizophrenia – Cambrige.

Zubin J. (1987). Zur Dynamik komplexer biologisch-psychozialer Systeme: Vier Fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie // Schizophrenie als systema tische Storung – Bern, 14-27.