

Особенности эмоциональных отношений больных шизофренией к членам своей семьи

Нешчадим Д.В.

Новосибирский Государственный Университет Экономики и Управления, Россия

Обзорная статья

Резюме. Шизофрения сопровождает человечество с древнейших времен. Симптомы этого заболевания находили свое отражение еще в античной литературе и в Святом Писании. Около 1% общей популяции населения страдают шизофренией в цивилизованных странах, и в свою очередь примерно от 25 до 50% пациентов психиатрических клиник представлены больными именно шизофренией. В.Д. Вид приводит данные о том, что шизофрения является причиной 39,9% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям, и связывает столь высокий процент заболеваемости с недостаточной разработкой и проведением вторичной и третичной профилактики. Целью данной статьи было исследовать особенности эмоциональных отношений больных шизофренией к окружающим людям и членам семьи, в частности, представленные в научной литературе.

Можно выделить две группы авторов, имеющих противоположное мнение насчет эмоциональных отношений больного шизофренией. Одна группа авторов (Э. Блейлер, Э. Крепелин, В. П. Критская и соав., И. Я. Лагун, Д. Хелл и М. Фишер-Фельтен, К. Ясперс) отмечает, что в начале заболевания, а в последствии в протекающем слабо или при ярко выраженном дефекте личности у больных развивается эмоциональное охлаждение, отгороженность от близких людей. Другая группа (В.Д. Вид, А.А. Кемпинский, Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева, Коцюбинский А.П. и соав., А.С. Тиганов и соав., А.Б. Холмогорова и соавт., S. Arieti) располагает свидетельствами о том, что в какой-то степени сохраняется альтруистическое, внимательное отношение к абстрактным, малознакомым и незнакомым людям, а также могут иметь место «симбиотические» отношения к одному из родителей. Эти противоречивые аспекты эмоциональной стороны, такие как отражение эмоциональной привязанности, отношения больных к близкому окружению, позволяют наметить вектор последующей экспериментальной проверки и уточнений.

Ключевые слова: шизофрения, причины возникновения, эмоциональные отношения, эмоциональная привязанность, семейные отношения.

Информация об авторе:

Нешчадим Дмитрий Владимирович* — e-mail: d.neshchadim@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5575-1459>

Как цитировать: Нешчадим Д.В. Особенности эмоциональных отношений больных шизофренией к членам своей семьи. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:2:93-104. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-680>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Features of emotional relationships of patients with schizophrenia to their family members

Dmitry V. Neshchadim

Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russia

Review article

Summary. Schizophrenia has accompanied mankind since ancient times. The symptoms of this disease were reflected in ancient literature and in Holy Scripture. About 1% of the general population suffers from schizophrenia in civilized countries, and in turn, about 25 to 50% of patients in psychiatric clinics are represented by patients with schizophrenia. VD Vid cites data that schizophrenia is the cause of 39.9% of



cases of the total number of mentally disabled people and links such a high percentage of morbidity with insufficient development and implementation of secondary and tertiary prevention. The purpose of this article was to investigate the features of emotional relationships of schizophrenia patients to other people and family members presented in the scientific literature. There are two groups of authors with the opposite opinion about the emotional relationships of a schizophrenic patient. One group of authors (E. Bleiler, E. Kraepelin, V.P. Kritskaya et al., I.Ya. Lagun, D. Hell and M. Fischer-Felten, K. Jaspers) notes that at the beginning of the disease, and then—in a developing weakly or with a pronounced personality defect, patients develop emotional cooling, isolation from loved ones. Another group (V.D. Vid, A.A. Kempinski, Cz.P. Korolenko and N.V. Dmitrieva, A.P. Kotsiubinsky etc., A.S. Tiganov etc., A.B. Kholmogorova etc., S. Arieti) at the same time has information that to some extent an altruistic, attentive attitude to abstract, unfamiliar and unfamiliar people is preserved, and can also have a “symbiotic” relationship with one of the parents. These contradictory aspects of the emotional side, as a reflection of emotional attachment, the relationship of patients to their close environment, allow us to outline the vector of subsequent experimental verification and refinement.

Keywords: schizophrenia, causes of occurrence, emotional relationships, emotional attachment, family relationships.

Information about the author:

Dmitry V. Neshchadim* — e-mail: d.neshchadim@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5575-1459>

To cite this article: Neshchadim DV. Features of emotional relationships of patients with schizophrenia to their family members. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2023; 57:2:93-104. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-680>. (In Russ.)

Conflict of interest: the author declares no conflicts of interest.

В последнее время наблюдается рост числа людей, страдающих шизофренией. Однако, следует отметить, что заболевание часто протекает в более благоприятной форме. Статистически было показано, что выздоровление наступает в 20–30% случаев, а тяжелые случаи течения заболевания встречаются все реже [8; 18; 46]. При этом стоит отметить, что на заключительных этапах течения заболевания примерно в 27% случаев отмечается наступление полной ремиссии и где-то в 22% случаев наблюдается низкая резидуальная (остаточная) симптоматика. Данная динамика, несомненно, повышает шансы больных на менее травматичное вхождение в социум после прохождения лечения. Несмотря на тот факт, что злокачественно текущих форм шизофрении встречается меньше, больные испытывают большие трудности во взаимодействии с обществом, своим близким окружением, что приводит к социальной дезадаптации и увеличению рецидивов.

На первый план выходит непосредственное взаимодействие больных данным недугом с близкими людьми, поскольку от того, каким образом строятся данные взаимоотношения, начиная с детских лет, будет зависеть, насколько качественно больной будет входить в общество и взаимодействовать с ним. Особенно актуально это для лиц женского пола, так как возможные нарушения в диадных отношениях «мать и дитя» больных шизофренией находят свое отражение во взаимоотношении уже со своими детьми. Английский психоаналитик Д.В. Винникотт писал: «Без любви ребенка можно вскормить, но воспитание, лишенное любви и человеческого тепла, некогда не преуспешет в том, чтобы сделать из него самостоятельного человека» [53]. Это также перекликается с трудностями в современном мире, когда молодым мамам сложно идентифицировать себя

с образом «достаточно хорошей матери». Отечественных работ по данной проблематике еще достаточно мало, что, несомненно, является ощутимым недостатком.

Таким образом, тенденция заболевания в современном мире позволяет расширить возможности психотерапевтических вмешательств в лечение и профилактику заболевания шизофренией. Развитие данной темы позволит разработать эффективные методики реабилитации больных, их взаимодействия с социумом и близкими людьми. Учитывая данные факты и достаточно высокий уровень распространенности данного заболевания среди населения (составляет примерно 1%), возрастает практическая значимость и актуальность исследований подобного рода, направленных на изучение качественного содержания личностной сферы больных шизофренией. В частности, в данной работе затронута проблема эмоционального отношения к близким людям, в частности, к членам семьи. На данный момент проведено большое количество исследований, которые касаются таких явлений, как мышление, воля, эмоции больных шизофренией. Как будет показано, имеются разрозненные свидетельства из психиатрической практики о том, как именно меняется отношение больных шизофренией к окружающим людям. Эти свидетельства обычно основаны на частных наблюдениях психиатров и данных, полученных из бесед с их родственниками (Э. Блейлер, В.Д. Вид, А. Кемпенский, Э. Крепелин, И.Я. Лагун и др.) [4; 8; 18; 28; 30]. Имеется информация об общей отчужденности и холодном, равнодушном отношении больных к членам своей семьи. Но как в действительности эти отношения выглядят с точки зрения внутреннего мира самого больного и способен ли он испытывать эмоциональную привязанность к членам

своей семьи — не ясно, поскольку масштабных эмпирических исследований подобного рода не проводилось. Цель нашего исследования заключается в теоретическом рассмотрении особенности эмоционального отношения больных шизофренией к членам своей семьи в трудах как отечественных, так и зарубежных авторов.

Определение заболевания «шизофрения». Впервые шизофрению как отдельное заболевание выделил немецкий психиатр Э. Крепелин [11; 28]. Ранее был описан следующий ряд заболеваний: гебефрения (Э. Геккер), кататония (К. Кальбаум) и паранойя (В. Маньян), — которые Э. Крепелин объединил в общую группу заболеваний, в развитии которых наблюдалось своеобразное слабоумие. В «Международную классификацию болезней» (МКБ-10) включены следующие формы шизофрении: гебефренная, кататоническая, параноидная, недифференцированная, резидуальная, простая, постшизофреническая депрессия, другие формы шизофрении и шизофрения неуточненная. В американском «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» (англ. DSM-IV) выделяют следующие субтипы шизофрении: кататоническая, дезорганизованная, параноидная и недифференцированная. В связи с этим Э. Крепелин объединил эти три группы болезней и назвал их «ранним слабоумием» (лат. dementia praecox). Термин «шизофрения», обозначающий «расщепление ума» («шизо» с греческого — расщепление, «френ» — душа, разум), был введен в 1911 г. швейцарским психиатром Э. Блейером [4].

Шизофрения входит в группу эндогенных и эндогенно-органических психических заболеваний [17; 20; 22; 23; 54]. При шизофрении происходят следующие личностные изменения: нарастает замкнутость, отгороженность от окружающих людей, обеднение эмоциональных реакций, снижение активности и целенаправленности деятельности, происходит утрата единства психических процессов, процессы мышления становятся своеобразными. Заболевая шизофренией, люди, которые раньше вели нормальный образ жизни, погружаются в новый мир, отличный от реально существующего, мир необычных ощущений, странных мыслей, искаженных чувств, двигательных нарушений. Наблюдается потеря контакта с действительностью, что характеризует психоз. Больные практически теряют способность взаимодействовать с окружающим миром, что отрицательно сказывается на их деятельности дома, на работе и в кругу друзей. Шизофренией болеют люди, принадлежащие к различным слоям общества, разного возраста и пола. Женщины и мужчины в одинаковой степени страдают от этого заболевания, но у мужчин оно начинается на более ранних этапах онтогенеза и протекает более тяжело [23].

Наиболее распространенным является следующее определение, которое наиболее полно характеризует данное психическое заболевание: «Шизофрения — психическое заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, мо-

торики, эмоций), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности» [46].

К. Шнайдер, немецкий психиатр и патопсихолог, выделял признаки (симптомы) на основании их значимости для диагностики шизофрении первого и второго ранга [24; 54]. Согласно автору, заболевание диагностируется, прежде всего, на основании наличия симптомов первого ранга, но диагноз может также быть поставлен и на основании симптомов второго ранга (если для этого существуют другие клинические основания). Последнее дополнение приводило к расплыванию границ диагностики. Следует подчеркнуть, прежде всего, следующие нарушения протекания психических процессов: нарушения мышления, эмоций и воли. К симптомам первого ранга К. Шнайдер [24] относил следующее: звучание мыслей; голоса, аргументирующего и/или дискутирующего характера, комментирующие голоса; переживание соматической пассивности; отнятие мыслей или другие переживания, связанные с влиянием на мысли; транслирование мыслей; бредовое восприятие; другие переживания, включающие в себя «деланность» аффекта, импульсов, волевых функций. К симптомам второго ранга К. Шнайдер относил: другие нарушения восприятия; внезапное возникновение бредовой идеи; спутанность; депрессивные и эйфорические изменения настроения; чувство эмоционального обеднения.

В 1980-х гг. британский психиатр Т. Кроу [24] в соавторстве предложил классификацию, подразделяющую шизофрению на первый и второй типы. В основании данного деления лежит наличие позитивных или негативных признаков (соответственно продуктивные или дефицитарные). Первый тип определяется преобладанием продуктивных признаков, которые, по мнению Т. Кроу, относительно хорошо устраняются. Он считал, что наличие продуктивных симптомов позволяет говорить о «нормальной мозговой структуре». Второй тип определяется главным образом негативными признаками, с часто диагностируемыми структурными мозговыми аномалиями, выявляющимися при сканировании. Второй тип характеризуется плохим прогнозом при лечении.

Необходимо отметить, что в современных редакциях классификации МКБ-11 и DSM-V группа шизофрении претерпела значительное изменение в сторону выделения шизофренического спектра вместо рассмотрения дискретных подгрупп. В новом издании МКБ-11 аналогичный раздел носит уже название «Шизофрения и другие первично психотические расстройства», куда вошли следующие категории: шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, острое и транзиторное психотическое расстройство, бредовое расстройство и другое первичное психотическое расстройство (кататония выделена

в отдельную рубрику). В новой версии DSM-V в группе «Шизофренический спектр и другие психотические расстройства» также выделяют множество схожих подгрупп, определяющихся патологическими изменениями в пяти областях: бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизация мышления (речи), значительно выраженное дезорганизованное или патологическое моторное поведение (включая кататонию) и негативные симптомы.

Таким образом, шизофрения является эндогенным психическим заболеванием с приступообразным и непрерывным течением, вследствие которого происходят следующие изменения в личности больного: утрата единства психических процессов, нарушение мышления и воли, снижение активности, эмоциональная холодность. Можно также сделать вывод о том, что происходит непрерывная эволюция понятия шизофрении в сторону шизофренического континуума или спектра в пересмотре современных классификаций.

Психологические теории причины возникновения шизофрении. Несмотря на то, что исследований личностной сферы больных шизофренией очень мало и клиническая психология достаточно скупо освещает этот момент, тем не менее, В. Н. Мясищев подчеркивал «диагностическое, терапевтическое и патогенетическое значение исследования личности при шизофрении», настаивая, в первую очередь, на том, что «без опоры на учение о личности нельзя построить подлинно научную теорию этого заболевания» [39]. По этой причине приходится обратиться, в основном, не к патопсихологическим исследованиям, а к наблюдениям ученых-психиатров. Рассмотрим возможные причины возникновения данного заболевания посредством анализа концепций и теорий шизофрении, включающих понятия «отношения» и «межличностная коммуникация». На данный момент времени существует три подхода, объясняющих возникновения шизофрении: *биологический*, *психологический* и *социокультурный* [23]. Психологический подход включает в себя: психодинамические, бихевиористские и когнитивные теории. В данной статье были рассмотрены преимущественно психодинамические теории возникновения шизофрении.

Американский психолог и психиатр Г.С. Салливан [41] разработал межличностную теорию психиатрии, в которой пытается объяснить возникновение психических расстройств вследствие нарушения межличностных отношений, и последние могут быть поняты в контексте социальной среды. Большая часть работ Г. С. Салливана посвящена исследованию и лечению шизофрении.

Г.С. Салливан видит причину возникновения шизофрении, как косвенный результат нездоровых межличностных отношений, которые существуют в диаде «ребенок-родитель». Данные отношения характеризуются повышенной тревожностью, как реакция ребенка на происходящее вокруг (в частности, на тревожную мать). Г.С. Салливан предполагает, что восприятие тревоги ребенком происходит через «эмпатию». Невозможность ре-

бенком преодолеть данное состояние приводит к дальнейшей дезинтеграции личности и внутренним психических процессов.

Схожие идеи можно встретить в работах английского психоаналитика и ученика М. Кляйн, У. Биона [3], создавшего оригинальную теорию мышления в рамках психоаналитического подхода психотерапии. Согласно данной теории, определена ранняя форма мышления, которая представляет собой основу для более поздних его разновидностей. В ходе эмоционального взаимодействия матери и младенца последний, используя первичные формы мышления, «научается» посредством опыта переживания. По У. Биону мышление — это эмоциональный опыт попытки познать себя или другого. Автор данной теории также видит причину возникновения психотической личности (например, шизофрении) во взаимоотношении ребенка с матерью, которая оказалась неспособной выполнить «функцию принятия, контейнирования и преобразования проецируемых ребенком бурных эмоций» (агрессии) [14], и как следствие, может оказать патологическое воздействие на мышление и развитие личности в целом.

Большой вклад в изучение возникновения шизофрении внесли результаты наблюдений за коммуникацией в семьях больных шизофренией немецко-американским врачом и психоаналитиком Ф. Фромм-Райхманн из так называемой группой Пола Альто (США, Калифорния, 1956 г.), куда вошли в будущем яркие на сегодняшний день представители семейной терапии: Г. Бейтсон, Дж. Хейли, Дж. Уикленд, Д. Джексон, а затем П. Вацлавик и В. Сатир [6; 51]. Ф. Фромм-Райхманн описывает матерей больных, страдающих шизофренией, как «холодных», «доминантных» и «не заинтересованных в потребностях ребенка». Согласно ее исследованиям, матери данного типа говорят о своем «самопожертвовании», но в реальной жизни используют детей для удовлетворения собственных потребностей. Они дезориентируют ребенка, одновременно практикуя гиперопеку и отвергая последнего, и тем самым подготавливают почву для «шизофренического функционирования». Ф. Фромм-Рейчманн называет таких матерей «шизофреногенными» (вызывающими шизофрению). Однако данная теория шизофрении не получила серьезной поддержки [23].

Г. Бейтсон [2] и его сотрудники из группы Пола Альто выдвигают гипотезу «двойной связи» или «двойного послания с двойным принуждением» [51]. Согласно данной гипотезе, человек, получающий «двойное послание», воспринимает одновременно противоречивые указания и эмоциональные послания на различных коммуникативных уровнях. Например, на словах может выражаться забота и любовь, и одновременно в поведении может проявляться недовольство и ненависть. Данная позиция называется «двойным принуждением». Человек, попавший в данное положение, таким образом рискует быть наказным (или почувствовать себя виноватым). В последствии такой член семьи становится «злым» или

«безумным» в глазах других за то, что показал имеющееся несоответствие между тем, что он видит, и тем, что он «должен был бы» видеть или испытывать. Такая форма коммуникаций в семье может стать одной из причин рецидивов заболевания у больных шизофренией.

М. Боуэн, один из отцов-основателей системной и семейной терапии, в 1954 г. в своем исследовании обращает внимание на то, что родители детей, страдающих шизофренией, имеют склонность к стилю воспитания, характеризующегося либо «чрезмерной близостью», либо «чрезмерной отдаленностью» [6; 36]. Эмоциональную конфигурацию таких взаимоотношений М. Боуэн определил как «триангуляцию» (или образование «треугольника отношений» с ребенком). Триангуляция возникает в ситуациях, когда родители пытаются разрядить возникшее вследствие конфликта напряжение на ребенка. Автор полагает, что, если принудить пару самостоятельно решить свои проблемы, то можно предотвратить поиск так называемого «козла отпущения» или предотвратить вовлечение ребенка в «треугольник отношений», что является предпосылкой к развитию шизофрении.

Представители «антипсихиатров» (радикальная оппозиция психиатрии в 60-ые гг. XX в.), к которым можно отнести [9]: Д. Купера, Р.Д. Лэйнга [33], Т. Лидса, С. Ариети, Т. Саса и др., — полагают, что симптомы того, что принято называть душевной болезнью, являются постижимыми реакциями на невыполнимые требования, накладываемые общественной и в особенности семейной жизнью на некоторых чувствительных людей [9]. Данная группа, как и группа Пола Альто, большое внимание уделяет социальным и семейным коммуникациям.

Итальянский психиатр S. Arieti [55] большую роль в генезе психических расстройств уделяет психическим травмам, в противовес набравшей популярность в конце XX века модели психических заболеваний, рассматривающей их как проявления генетических дефектов и нейропатологий. Он практиковал психотерапию при шизофрении и известен как автор книги «Интерпретации шизофрении» (англ. *Interpretation of Schizophrenia*), удостоившейся Национальной Книжной Награды США в 1975 году. S. Arieti, отмечает, что единственные люди, перед которыми молодые люди уязвимы, это те, с которыми они эмоционально связаны с детства: «Прежде всего, здесь следует повторить то, о чем мы уже говорили [...], что условия очевидной внешней опасности, как в случае войн, бедствий или других неблагоприятных ситуаций, влияющих на общность, не вызывают тот тип беспокойства, который повреждает внутреннее Я, и сами по себе не вызывают шизофрению. Даже крайняя бедность, физическая болезнь или личные трагедии не обязательно приводят к шизофрении, если у них нет психологических последствий, которые нарушают осознание своего Я. Даже семьи, разрушенные смертью, разводом или оставлением одним из супругов другого, могут

быть менее деструктивными, чем семьи, где оба родителя живы, живут вместе и всегда подрывают способность образования у ребенка своего Я» [55].

О. Кернберг [19], один из наиболее известных и влиятельных психоаналитиков современности, предлагает следующую структурную модель организации личности: невротический, пограничный и психотический уровни (диагностика характера и нарушений проводится по двум основаниям: уровню развития личности и типу характера человека). О. Кернберг [19] и Н. Мак-Вильямс [34], предложившие свой вариант трехуровневой модели, относят больных шизофренией к шизоидным личностям с психотическим типом организации. Если говорить в общих словах, шизоидные личности на психотическом уровне «обращены внутрь себя со склонностью к различного рода фантазированию», для них характерны «интровертированность, эмоциональная холодность и изоляция от окружающих» [24], также они «внутренне опустошены и дезорганизованы» [34]. О. Кернберг [19] также соотносит психосексуальную модель развития З. Фрейда со своей структурной моделью: 1) истерический характер (генитальная фиксация либидо) — невротический; 2) obsессивно-компульсивный характер (анально-садистическая фиксация) — пограничный; и 3) оральная фиксация (фиксация на оральной зависимости) — психотический уровень. Фиксация на оральной стадии делает больных шизофренией похожими на «ребенка в возрасте до полутора лет: дети восхитительны в своей привязанности и пугают своими потребностями» [34]. Н. Мак-Вильямс приводит по этому поводу слова своего супервизора: «Я бы не стал работать с шизофреником [...], если бы не был готов быть съеденным заживо» [34].

Объединяя рассмотренные теории с психоаналитическими концепциями развития пациентов (Дж. Боулби; Ф. Тайсон и Р.Л. Тайсон; М. Малер и др.) [5; 35; 44], можно сделать вывод, что больному шизофренией с психотической организацией личности характерно «застревание» на оральной стадии развития («регрессия к неонатальному опыту») [34]. «Базисный дефект» (по М. Балинту [1]) составляет оральную зависимость от значимого другого (матери) и нарушение базового доверия к окружающему миру. Процитируем слова Н. Мак-Вильямс: «природа основного конфликта потенциально склонных к психозам людей в буквальном смысле экзистенциальна: жизнь или смерть, существование или уничтожение, безопасность или страх <...> первичный конфликт в области отношений у шизоидных людей касается близости и дистанции, любви и страха. Их субъективную жизнь пропитывает глубокая амбивалентность по поводу привязанности. Они страстно жаждут близости, хотя и ощущают постоянную угрозу поглощения другими. Они ищут дистанции, чтобы сохранить свою безопасность и независимость, но при этом страдают от удаленности и одиночества» [34]. Тем не менее, атмосфера в семье может поддерживать данный паттерн поведения такого

больного или даже иногда быть причиной повторных эпизодов психоза.

Рассмотренные теории и концепции дают нам дальнейший толчок к рассмотрению нарушений эмоциональных отношений (привязанности) больного шизофренией к значимым людям (в первую очередь — матери), отголоском которых возможно является «базисный дефект» на первых годах жизни.

Особенности эмоциональных отношений и привязанности к окружающим у больных шизофренией. Как в дебюте шизофрении, так и в процессе развития заболевания, а также в дефекте личности, многие ученые находят признаки измененного специфического отношения больных к окружающим людям и членам своей семьи. Далее рассмотрим наблюдения некоторых отечественных и зарубежных авторов относительно изменения эмоционального отношения и связей больных шизофренией к другим людям и, прежде всего, к членам своей семьи.

Так, отечественный психиатр В.А. Гиляровский [12] пишет о том, что эндогенный психоз приводит к изменению установочных реакций по отношению к окружающим больного людям. Однако автор не дает описание конкретного содержания этих измененных установок.

В.Д. Вид более подробно описывает происходящие изменения и отмечает, что у больных отношение к окружающим чаще строится либо на «гипертрофированной потребности в принятии окружающими», либо «на компенсаторной потребности доминировать над окружающими» [8]. При этом, выбирая ту или иную стратегию, больные руководствуются чаще всего «регрессивными ролевыми шаблонами». Последние сопровождаются повышенной зависимостью больного от родителей и других значимых для него фигур, что не соответствует его возрасту. В такой ситуации определяется тенденция к установлению симбиотических отношений с окружающими людьми.

Российский психиатр И.Я. Лагун при анализе эмоциональных нарушений у больных шизофренией пишет, что так называемая «эмоциональная уплощенность» или «чувствительная тупость» данных больных «... проявляется в виде гаммы расстройств от ослабления эмоциональных контактов и привязанности к близким, прежде всего к родителям, до полной бесчувственности и враждебности к ним (симптом семейной ненависти). При этом может долго сохраняться вежливость и обходительность с посторонними людьми» [30].

А.С. Тиганов в соавторстве с видными психиатрами, такими как А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др., в двухтомнике «Руководства к психиатрии» говорит «... о прогрессирующем обеднении эмоциональных реакций вплоть до развития стойкой эмоциональной дефицитарности, а также их неадекватности и парадоксальности» [46]. Данные авторы утверждают, что обеднение эмоциональной реакции наблюдается уже в дебюте шизофрении, которая с течением времени только прогрессирует. В начале заболевания изменениям

подвергаются высшие эмоции (эмоциональная отзывчивость, сострадание и альтруизм). В перспективе больные становятся более холодными и эгоистичными. Также больные начинают меньше интересоваться событиями, происходящими в семье и на работе. Больные шизофренией могут разрывать старые дружеские отношения и утрачивают прежние чувства к родным и близким людям. В случае тяжелого течения болезни возрастающее эмоциональное опустошение может привести к стойкому бытовому апатии. А.С. Тиганов и соавторы также отмечают, что у значительной части больных проявляются «парадоксальность эмоциональных реакций» на фоне обеднения эмоциональной жизни. Например, больные могут проявлять равнодушие к несчастью, которое происходит в их семье. В то же самое время у них могут обнаруживаться интенсивные и неадекватные реакции (например, в случае некорректного высказывания соблезнования или по-другому совершенно ничтожному поводу). Тем не менее, А.С. Тиганов и соавторы замечают, что больные шизофренией сохраняют некоторую привязанность к кому-то из близких, несмотря на проявление признаков эмоциональной дефицитарности. Они отмечают, что можно отметить случаи, с одной стороны, глубокой привязанности матерей к своим детям, сопровождающаяся гиперопекой, а, с другой стороны, можно отметить привязанность с полной подчиняемостью больных детей к родителям [46]. А.В. Снежневский отдельно в своих лекциях, посвященных шизофрении, говорит о том, что у больных обнаруживаются колебания в виде быстрой смены симпатий и антипатий (с преобладанием последнего) [49]. Автором отмечается появление чувства антипатии почти ко всем окружающим людям, включая близких и родных.

В.П. Критская в соавторстве [29], анализируя нарушения общения у больных шизофренией (общение они рассматривают как категорию, непосредственно связанную с отношением личности к людям) с ее социальной направленностью, отмечает, что направленность личности больного меняется в сторону аутистических установок, уходя от потребности в общении и интереса к социальным контактам, в том числе к контактам с семьей.

Ц.П. Короленко [24; 25], новосибирский психиатр и приверженец психодинамического подхода, рассматривая больных шизофренией, говорит о важности точной диагностики и отделения от данной категории пациентов, людей с личностными расстройствами (например, шизоаффективное и шизотипическое), аффективным психозом, параноидным состоянием и т. д. В его «Социодинамической психиатрии» [25] нет четких указаний об эмоциональных взаимоотношениях больных (с разной формой шизофрений) и окружающими людьми, семьей. Тем не менее, Ц. П. Короленко говорит, что шизофрения может сопровождаться аффективным уплощением (что составляет негативную симптоматику); и могут нарушаться эмоциональные связи с семьей, в случаях включения их в родовую идею преследования больного.

Также, Ц. П. Короленко среди признаков хорошего прогноза называет: «хороший преморбидный социальный и профессиональный анамнез, продуктивные межличностные отношения», «состояние в браке», «наличие системы социальной поддержки» [24]; а среди признаков плохого прогноза можно встретить: «плохой преморбидный социальный, сексуальный и профессиональный анамнез», «отсутствие семьи», «слабая социальная система поддержки или ее отсутствие» [24]. Таким образом, можно сделать вывод, что Ц. П. Короленко не отвергает полностью способность больных шизофренией сохранять и устанавливать эмоциональные связи с семьей и окружающими людьми.

Немецкий психиатр Э. Крепелин, описывая выделенную им группу больных с «*Dementia praecox Schizophrenia*», указывал, что «обыкновенно вскоре после (начала течения заболевания) весьма заметным делается ослабление эмоционального тонуса, тупое безучастие, равнодушие к близким, к окружающему, к собственной судьбе, потеря психической подвижности, невнимательность, отсутствие желаний, надежд, опасений; вместе с тем могут обнаруживаться взрывы гневной раздражительности или нелепой веселости, по большей части без понятного повода» [28]. По истечении более продолжительного периода времени наступает «эмоциональная тупость». К. Ясперс, немецкий философ, психолог и психиатр, в своей монументальной «Общей психопатологии» описывает мир больных шизофренией. Он указывал на затрудненность понимания их внутренних переживаний, приводя следующие «субъективные термины», характеризующие личность больного со стороны: «странность, чуждость, холодность, недоступность, ригидность» [54].

Швейцарский психиатр Э. Блейлер в своей работе «Руководство по психиатрии» указывает на следующие изменения отношений больного шизофренией к миру в целом и отношения к семье, в частности: «Даже там, где мы видим более живые аффекты, все поведение носит на себе отпечаток равнодушия, особенно в важных вещах; больные проявляют полнейшее хладнокровие по отношению к своим жизненным интересам, к своему будущему, к судьбе своей семьи» [4]. Также он указывает на то, что у больного шизофренией «граница между Я и другими личностями, и даже предметами и отвлеченными понятиями может стухаться» [4]. Это опять же подчеркивает роль симбиотической утраты собственного Я, нарушение самоидентификации при попытке соотносить себя с окружающими людьми. Швейцарский психиатр Д. Хелл и немецкий психотерапевт М. Фишер-Фельтен, приводят следующие строки, характеризующие взаимоотношения в семье больного: «Они (больные шизофренией) страдают от непонимания близких, чувствуют себя отстраненными, уязвленными, отвергнутыми. Вследствие “иных” переживаний близкие им люди становятся чужими. Некоторые больные ощущают себя как бы находящимися за стеклянной стеной, видимыми, но

недостижимыми» [48]. Больной страдает не только от пережитого состояния психоза («переживания особого рода»), но и от реакции близких, которые, не понимая его, отдаляются (от него), тем самым, «в большинстве случаев больной испытывает страх, не будучи в состоянии поделить этим с окружающими в обычной для себя манере. Из-за этого больной чувствует себя неуверенно во времени и пространстве, он воспринимает себя по-другому и ощущает, что и окружающие воспринимают его не так, как прежде» [48]. Таким образом, рассмотренная группа немецких и швейцарских психиатров свидетельствует в пользу прогрессирующей «эмоциональной тупости» и эмоциональной отстраненности больного шизофренией от членов семьи.

Польский психиатр и психолог А. Кемпинский в своей работе «Психология шизофрении» [18] приводит свои, достаточно развернутые, наблюдения относительно изменения отношения больных шизофренией к близким, а также к окружающим его людям. Автор показывает, каким образом изменяется структура социальных контактов у больных шизофренией, через анализ формирования у здоровых людей иерархические структуры взаимодействия с окружающими, выраженной посредством личных местоимений: «я» и «мы», «ты» и «вы», «он» и «они». При этом чувство общности с другими («мы») формирует и усиливает чувство своей значимости, вместе с другими происходит освоение и применение новых форм поведения. При шизофрении дефицит взаимодействия с окружающими людьми, возникшей вследствие аутичности больного, приводит к тому, что самая близкая сфера контакта с ним деформируется. Другими словами, сфера «я-ты», «мы-вы» как бы атрофируется, а другие, более отдаленные, сферы «я-он», «они» гипертрофируются. «Они» начинают занимать место, в норме принадлежащее самым близким людям («ты» и «вы»). Также не происходит четкого формирования «мы» — больной чувствует себя глубоко одиноким. Резюмируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что А. Кемпинский развивает идею о том, что из-за аутизации, формирования специфического закрытого внутреннего мира, установки «от» окружения больной шизофренией не может развивать и поддерживать близкие и достаточно доверительные отношения, в частности, с близкими людьми. Можно также проследить некоторую схожесть во взглядах с В.Д. Видом. А. Кемпинский описывает размывание границы собственного внутреннего мира больного с окружающим миром, с другими людьми, а В.Д. Вид указывает на потребность в симбиотических отношениях с окружающими людьми у больных шизофренией.

Также А. Кемпинский приводит свои наблюдения того, как изменяются отношения больных шизофренией по отношению к членам собственной семьи — в частности, к родителям. Чаще всего, как отмечают А. Кемпинский и другие психиатры, первым сигналом начала болезни оказывается внезапное изменение эмоционального отношения

к ближайшему окружению. «Родители бывают поражены, когда их всегда послушная дочь или сын вдруг впадает в безудержную агрессию, либо, замкнувшись в себе, смотрит на них “злыми глазами”» [18]. Например, в данной ситуации ребенок с шизофренией может проявлять как нежные, так и враждебные чувства. А. Кемпинский отмечает, что центральное место больного занимает эмоциональное отношение к родителям. Например, ребенок может упрекать родителей в том, что они «холодны», «невнимательны» и «ограничивают его свободу». Также отмечается, что отношение к родителям становится «ярко симбиотическим».

При этом следует отметить, что наряду с описаниями А. Кемпинского о холодном и амбивалентном отношении больных шизофренией к членам своей семьи в его работах можно найти и утверждение о том, что больные, вопреки представлению об их эмоциональной тупости, обладают сильной ранимостью в отношениях с людьми, чрезвычайной правдивостью и альтруистическим отношением к другим, что не отмечается ни в одной другой из приведенных выше работ. А. Кемпинский пишет: «Наблюдая общественную жизнь психотиков, и особенно больных шизофренией, создается впечатление, что *societas schizophrenica* (“шизофреническое общество” — прим. авт.) является более здоровым, нежели среднее сообщество психически здоровых людей. В нем больше взаимопонимания, искреннего сочувствия, готовности помочь, а не соперничества, интриг, взаимного уничтожения» [18].

В целом данные об особенностях эмоциональных взаимоотношений больных шизофренией с окружающими людьми говорят в пользу современного психоаналитического понимания данного феномена [34; 37]. Больной имеет нарушенную эмоциональную привязанность к материнской фигуре, что отражается в тотальном чувстве недоверия к окружающему миру. Как правило фигура отца идеализируется и присутствует в структуре личности в позитивном образе, тогда как материнская фигура воспринимается с противоположным знаком. Утрата эмоциональной привязанности с первичным объектом не позволяет долго удерживаться в контакте с другим человеком, так как уровень имеющейся надежности не позволяет справиться с тревогой, возникающей в контакте с другим лицом. В основе данного феномена предположительно лежит «психотический конфликт». Немецкий психоаналитик С. Менцос описал следующий образом: «... стремление к экстремальной симбиотической близости или тенденции к слиянию, с одной стороны, и одновременно стремление к экстремальному дистанцированию с враждебностью, ненавистью и деструктивными тенденциями, с другой» [37]. Он, развивая данные идеи, говорит о том, что противоречивость, а именно стремление к слиянию и непереносимый страх утраты Я, является центральным направлением развития психоза.

В последние несколько десятилетий появляются все больше работ как эмпирических, так

и описания конкретных клинических случаев, свидетельствующих в пользу важности эмоциональной привязанности и отношений в ходе лечения больных шизофренией. King & Caronigro приводят данные, основываясь на поведенческих, психофизиологических исследованиях и исследованиях мозга, в пользу важности учета динамики эмоций при шизофрении [57]. Они показали, что люди, страдающие шизофренией, способны испытывать эмоции в данный момент, но у них возникают трудности с ожиданием будущих приятных переживаний, и это, возможно, влияет на их мотивацию к получению таких переживаний. О.В. Гусева и соавторы свидетельствуют в пользу наличия эмоциональной привязанности у больных шизофренического спектра, характеризующейся ненадежным типом эмоциональной привязанности к матери с неблагоприятными тенденциями течения заболевания [15]. Они также показали, что «ненадежная привязанность» отрицательно сказывается на психологическом восстановлении в процессе лечения и социально-психологической адаптации пациентов в целом (и требует соответствующих модификаций психотерапевтического взаимодействия) [16]. В основе данных исследований лежит *биопсихосоциальная модель* шизофрении, предложенная коллективом исследователей во главе с А.П. Коцюбинским [27].

Данная модель позволяет расширить методы лечения шизофрении, традиционно основанной в отечественной психиатрии на биологическом факторе, в сторону психологических и социальных факторов. Авторы вводят понятия «уязвимости», «диатеза» (их «барьеры») и «адаптационно-компенсаторного потенциала личности», раскрывающие больше нюансов и возможные причины запуска и протекания психического заболевания. Они также свидетельствуют в сторону важности эмоциональных отношений со стороны референтного окружения в ходе оказываемой психотерапии. А.Б. Холмогорова и соавторы также приводят обширный обзор работ в пользу влияния психологических и социальных стрессов на биологически детерминированную уязвимость при шизофрении, что в свою очередь может приводить к развитию болезни [21].

В то же самое время группа исследователей современного американского психоанализа Дж. Рид и соавторы также использует психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении [38], заложенные еще в трудах Г. Гантрипа [10], Х. Спотница [43], Federn [56] и др. В литературе прошлого века можно обнаружить множество клинических описаний позитивной динамики в лечении шизофрении посредством выстраивания психотерапевтической эмоциональной связи и отношений. Среди них можно упомянуть следующие работы: В. Тауска [45], М.А. Сешей [42], Rosberg & Karon [59]. Также нередки подробные самоотчеты пациентов, страдающих шизофренией после «успешного» лечения: Х. Грин [13], А. Лаувенг [31], Б. О’Брайен [40], С. Шпильрейн [50], Wagner & Spiro [60]. Во

многих работах подмечается важность теплых отношений между терапевтами и пациентами. Например, американский психоаналитик Э. Лигнер приводит в своей монографии подробное описание работы с пациентом с шизофренией, который излечивается через эмоциональное переживание ненависти в рамках переноса и контрпереноса [32]. Lotterman при обсуждении диагностики и лечения шизофрении также приводит данные в пользу учета эмоциональной сферы больных, которые не учитывались традиционной психиатрической диагностикой и терапией [58]. Автор преимущественно опирается на психоаналитическую модель понимания заболевания. Немецкий психиатр и психоаналитик К. Бриш разработал терапию нарушений привязанности [7], основанную на теории привязанности Дж. Боулби [5], в которой анализ динамики привязанности дает ключи к пониманию и лечению различных больных (в том числе и психотических). Например, в России активное применение психоаналитической модели понимания шизофрении в психиатрическом стационаре была осуществлена группой авторов во главе с Я.О. Федоровым при психоаналитической диагностике и последующем лечении больных шизофренией [47]. Они также приводят множество данных в пользу учета особенности эмоциональной привязанности и отношений больных при лечении. В России важность психотерапии больных шизофренией (индивидуальная, семейная и групповая) наравне с фармакотерапией были показаны еще раньше в работах отечественных

авторов: В.Д. Вида [8], А.П. Коцюбинского [26], Э.Г. Эйдемиллера и С.Э. Медведева [52], и др.

Выводы

Можно выделить две группы авторов с противоположным мнением насчет эмоциональных отношений больного шизофренией с близким окружением и семьей. Одна группа авторов отмечает, что в ходе заболевания у больных развивается эмоциональное охлаждение и отгороженность от близких людей. Другая группа при этом свидетельствует в пользу сохранения альтруистического и внимательного отношения к малознакомым и незнакомым людям, а также они говорят в пользу «симбиотических» отношений к одному из родителей. Больной имеет нарушенную эмоциональную привязанность к материнской фигуре, что отражается в тотальной чувстве недоверия к окружающему миру. Как правило фигура отца идеализируется и присутствует в структуре личности в позитивном образе, тогда как материнская фигура воспринимается с противоположным знаком. В последние десятилетия появляется все больше работ, говорящих в пользу важности особенности эмоциональной привязанности и отношений в ходе психотерапевтического взаимодействия и лечения. В данных работах формулируется биопсихосоциальная модель шизофрении и современная психоаналитическая модель психозов. Тем не менее, до сих пор противоречивые аспекты эмоциональной стороны больных шизофренией нуждаются в дальнейшем исследовании и проверке.

Литература / References

1. Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. Пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2002.
Balint M. Bazisnyj defekt: Terapevticheskie aspekty regressii. Per. s angl. M.: Kogito-Centr. 2002. (In Russ.).
2. Бейтсон Г., Джексон Д.Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. К теории шизофрении. Московский психотерапевтический журнал. 1993;1 [PsyJournals.ru]. PsyJournals.ru. 2023 [обновлено 15 января 2023]. Доступно: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1993_n1/25725
3. Бион У.Р. Научение через опыт переживания. Пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2008. Bion U.R. Nauchenie cherez opyt perezhivaniya. Per. s angl. M.: Kogito-Centr. 2008. (In Russ.).
4. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Пер. с нем. М.: НПА. 1993.
Blejler E. Rukovodstvo po psixiatrii. Per. s nem. M.: NPA. 1993. (In Russ.).
5. Боулби Дж. Привязанность. Пер. с англ. М.: Гардаки. 2003.
Boulbi Dzh. Privyazannost'. Per. s angl. M.: Gardaki. 2003. (In Russ.).
6. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. 3-е изд. Пер. с англ. СПб.: Питер. 2001.
Braun Dzh., Kristensen D. Teoriya i praktika semejnoy psihoterapii. 3-e izd. Per. s angl. SPb.: Piter. 2001. (In Russ.).
7. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. Пер. с нем. М.: Когито-Центр. 2012.
Brish K.H. Terapiya narushenij privyazannosti: Ot teorii k praktike. Per. s nem. M.: Kogito-Centr. 2012. (In Russ.).
8. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер. 2009.
Vid V.D. Psikhoterapiya shizofrenii. SPb.: Piter. 2009. (In Russ.).
9. Власова О.А. Антипсихиатрия: Становление и развитие. М.: РГСУ «Союз». 2006.
10. Vlasova O.A. Antipsixhiatriya: Stanovlenie i razvitie. M.: RGSU "Soyuz". 2006. (In Russ.).
11. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость. Пер. с англ. М.: ИОИ. 2010.
Gantrip G. Shizoidnye yavleniya, ob»ektnye ot-nosheniya i samost'. Per. s angl. M.: IOI. 2010. (In Russ.).
12. Гаррабе Ж. История шизофрении. Пер. с франц. СПб.: Психоневрологический институт им. Бехтерева В.М. 2000.

- Garrabe Zh. *Istoriya shizofrenii. Per. s franc.* SPb.: Psihonevrologicheskij institut im. Bekhtereva V.M. 2000. (In Russ.).
13. Гиляровский В.А. Избранные труды. Под ред. Г.К. Ушакова. М.: Медицина. 1973. Gilyarovskij V.A. *Izbranny'e trudy*. Pod red. G.K. Ushakova. M.: Medicina. 1973. (In Russ.).
 14. Грин Х. Я не обещала вам райской жизни. Пер. с англ. М.: Модерн. 2017. Grin H. *Ya ne obeshchala vam rajskoj zhizni*. Per. s angl. M.: Modern. 2017. (In Russ.).
 15. Гринберг Л., Сор Д., Табак де Б.Э. Введение в работы Биона: Группы, познание, психозы, мышление, трансформация, психоаналитическая практика. Пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2007. Grinberg L., Sor D., Tabak de B.E. *Vvedenie v raboty Biona: Gruppy, poznanie, psihozy, myshlenie, transformaciya, psihoanaliticheskaya praktika*. Per. s angl. M.: Kogito-Centr. 2007. (In Russ.).
 16. Гусева О.В., Коцюбинский А.П., Звенигородская Ю.Д. Нарушение привязанности как фактор психологической дезадаптации у здоровых и психически больных. Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2016;4(14):4. Научный сетевой журнал: «Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика» [www.medpsy.ru]. Medpsy; 2023 [обновлено 15 января 2023].
Доступно: http://www.medpsy.ru/climp/2016_4_14/article07.php
 17. Гусева О.В., Коцюбинский А.П., Звенигородская Ю.Д. Влияние привязанности на социально-психологическую адаптацию и ее динамику в процессе лечения у больных юношеского возраста с шизотипическим расстройством. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021;55(3):89–100. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-56-3-89-100>
Guseva OV, Kotsubinsky AP, Zvenigorodskaya YuD. *Influence of attachment on socio-psychological adaptation and its dynamics in the course of treatment in adolescent patients with schizotypal disorder. Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55(3):89–100. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-56-3-89-100>. (In Russ.).
 18. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Аномальная психология. Пер. с англ. СПб.: Питер. 2004. Karson R., Batchter Dzh., Mineka C. *Anomalnaya psihologiya*. Per. s angl. SPb.: Piter. 2004. (In Russ.).
 19. Кемпинский А. Психология шизофрении. Пер. с польск. СПб.: Ювента. 1998. Kempinskiy A. *Psihologiya shizofrenii*. Per. s pol'sk. SPb.: Yuventa. 1998. (In Russ.).
 20. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. Пер. с англ. М.: Класс. 2012. Kernberg O.F. *Tyazhelye lichnostnye rasstrojstva: Strategii psihoterapii*. Per. s angl. M.: Klass, 2012. (In Russ.).
 21. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер. 2010. Klinicheskaya psihologiya: Uchebnik dlya vuzov. 4-e izd. Pod red. B.D. Karvasarskij. SPb.: Piter, 2010. (In Russ.).
 22. Клиническая психология: В 4 т. Под ред. А.Б. Холмогоровой. Т.2. Частная патопсихология. М.: Академия. 2012. Klinicheskaya psihologiya: V 4 t. Pod red. A.B. Holmogorovoj. T.2. *Chastnaya patopsihologiya*. M.: Akademiya, 2012. (In Russ.).
 23. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. Пер. с нем.; под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер. 2012. Klinicheskaya psihologiya i psihoterapiya. 3-e izd. Per. s nem.; pod red. M. Perre, U. Baumanna. SPb.: Piter. 2012. (In Russ.).
 24. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-е изд. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК. 2005. Komer R. *Patopsihologiya povedeniya. Narusheniya i patologii psihiki*. 4-e izd. SPb.: Prajm-EVROZNAK. 2005. (In Russ.).
 25. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический проект; Екб.: Деловая книга. 2000. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. *Sociodinamicheskaya psixiatriya*. M.: Akademicheskij projekt; Ekb.: Delovaya kniga. 2000. (In Russ.).
 26. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. М.: НГПУ. 2009. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. *Homo Postmodernus. Psihologicheskie i psihicheskie narusheniya v postmodernistskom mire*. M.: NGPU. 2009. (In Russ.).
 27. Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. Сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2001;137:230–241. Kotsyubinskij AP. *Biopsychosocial model of schizophrenia. Psychosocial rehabilitation and quality of life. Sbornik nauchnyh trudov NIPNI im. V.M. Bekhtereva*. 2001;137:230–241. (In Russ.).
 28. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб.: Гиппократ+. 2004. Kotsyubinskij A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. i dr. *Shizofreniya: uyazvimosť-diatez-stress-zabolevanie*. SPb.: Gippokrat+. 2004. (In Russ.).
 29. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. 3-е изд. Пер. с нем.; Под ред. П.Б. Ганнушкина. М.: Наркомздрав. 1923. Krepelin E. *Vvedenie v psixiatricheskuyu kliniku*. 3-e izd. Per. s nem.; Pod red. P.B. Gannushkina. M.: Narkomzdrav. 1923. (In Russ.).

30. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: МГУ. 1991.
Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psichicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivaciya, obshchenie, poznanie. M.: MGU. 1991. (In Russ.).
31. Лагун И.Я. Причинность шизофрении: Конспект-анализ проблемы. Липецк: Ориус. 2008.
Lagun I.Ya. Prichinnost' shizofrenii: Konspekt-analiz problemy. Lipeck: Orius, 2008. (In Russ.).
32. Лаувенг А. Завтра я всегда была львом. Пер. с норвеж. Самара: ИД «Бахрах-М». 2012.
Lauveng A. Zavtra ya vseгда byla l'vom. Per. s norvezh. Samara: ID «Bahrah-M», 2012. (In Russ.).
33. Лигнер Э. Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении: Сб. Статей. Пер. с англ. Ижевск: ERGO. 2014.
Ligner E. Nenavist', kotoraya lechit: psihologicheskaya obratimost' shizofrenii: Sb. Statej. Per. s angl. Izhevsk: ERGO. 2014. (In Russ.).
34. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я». Пер. с англ. СПб.: Белый Кролик. 1995.
Leng R.D. Raskolotoe «Ya». Per. s angl. SPb.: Belyj Krol'ik. 1995. (In Russ.).
35. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. Пер. с англ. М.: Класс. 2010.
Mak-Vilyams N. Psihoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom processe. Per. s angl. M.: Klass. 2010. (In Russ.).
36. Малер М.С., Пайн Ф., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация. Пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2011.
Maler M.S., Rajn F., Bergman A. Psihologicheskoe rozhdenie chelovecheskogo mladenca: Simbioz i individualiatsiya. Per. s angl. M.: Kogito-Centr. 2011. (In Russ.).
37. Медведев С.Э. Опыт использования теории М. Боуэна в работе с семьями больных шизофренией на госпитальном этапе и в амбулаторных условиях. Журнал практической психологии и психоанализа. 2005;4. Журнал Практической Психологии и Психоанализа [psyjournal.ru]. Psyjournal; 2023; [обновлено 15 января 2023]. Доступно: http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2677&sphrase_id=32107
38. Менцос С. Психодинамическое модели в психиатрии. Пер. с нем. М.: Алетейя, 2001.
Mencos S. Psihodinamicheskoe modeli v psichiatrii. Per. s nem. M.: Aleteja, 2001. (In Russ.).
39. Модель безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. Пер. с англ.; Под ред.: Дж. Рид, Л. Мошер и Р. Бентал. Ставрополь: АНО «ПроПси». 2008.
Model' bezumiya: Psihologicheskie, social'nye i biologicheskie podhody k ponimaniyu shizofrenii. Per. s angl.; Pod red.: Dzh. Rid, L. Mosher i R. Bental. Stavropol': ANO «ProPsi». 2008. (In Russ.).
40. Мясущев В.Н. Психология отношений. Под ред. А.А. Бодалева. М.: МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК». 2003.
Myasishchev V.N. Psihologiya otnoshenij. Pod red. A.A. Bodaleva. M.: MPSI; Voronezh: NPO «MODEK». 2003. (In Russ.).
41. О'Брайен Б. Необыкновенное путешествие в безумие и обратно: Операторы и Вещи. Пер. с англ. М.: Класс. 1996.
O'Brajen B. Neobyknovennoe puteshestvie v bezumie i obratno: Operatory i Veshchi. Per. s angl. M.: Klass. 1996. (In Russ.).
42. Салливан Г.С. Интерперсональная теория психиатрии. Пер. с англ. СПб.: Ювента; М.: КСП+. 1999.
Sullivan G.C. Interpersonal'naya teoriya psichiatrii. Per. s angl. SPb.: Yuventa; M.: KSP+. 1999. (In Russ.).
43. Сешей М.А. Дневник шизофренички. Самонаблюдения больной шизофренички во время психотерапевтического лечения. Пер. с фр. М.: Когито-Центр. 2013.
Seshej M.A. Dnevnik shizofrenichki. Samonablyudeniya bol'noj shizofrenichki vo vremya psihoterapevticheskogo lecheniya. Per. s fr. M.: Kogito-Centr. 2013. (In Russ.).
44. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. СПб.: ВЕИП. 2004.
Spotnic H. Sovremennyy psihoanaliz shizofrenicheskogo pacienta. Teoriya tekhniki. SPb.: VEIP. 2004. (In Russ.).
45. Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. Психоаналитическая теория развития. Пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2017.
Tajson F., Tajson R.L. Psihoanaliticheskaya teoriya razvitiya. Per. s angl. M.: Kogito-Centr. 2017. (In Russ.).
46. Тауск В. О возникновении «аппарата влияния» при шизофрении. Пер. с нем. Ижевск: ERGO. 2011.
Tausk V. O vzniknovenii «apparata vliyaniya» pri shizofrenii. Per. s nem. Izhevsk: ERGO. 2011. (In Russ.).
47. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Том 1. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина. 1999.
Tiganov A.S., Snezhnevskij A.V., Orlovskaya D.D. i dr. Rukovodstvo po psichiatrii. V 2 tomah. Tom 1. Pod red. A.S. Tiganova. M.: Medicina. 1999. (In Russ.).
48. Федоров Я.О., Белова Е.Н., Клокова М.В., Шиканова Е.А. Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний (шизофрения, расстройства личности, аффективные расстройства и др.). 2-е изд., исправ. СПб.: ООО «ИПК «КОСТА»». 2018.
Fedorov Ya.O., Belova E.N., Klokova M.V., Shikanova E.A. Totem bez tabu: psihoanaliz doedipal'nyh

- sostoyanij (shizofreniya, rasstrojstva lichnosti, afektivnye rasstrojstva i dr.). 2-e izd., isprav. SPb.: ООО «ИПК "KOSTA"». 2018. (In Russ.).
49. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрения. Пер. с нем. М.: Алетея. 1998.
Hell D., Fisher-Fel'ten M. Shizofreniya. Per. s nem. M.: Aleteja. 1998. (In Russ.).
50. Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина. 1972.
Shizofreniya: Multidisciplinarnoe issledovanie. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Medicina. 1972. (In Russ.).
51. Шпильрейн С. О психологическом содержании одного из случаев шизофрении (Dementia praecox). Пер. с нем. Ижевск: ERGO. 2012.
Shpil'rejn S. O psihologicheskom sodержanii odnogo iz sluchaev shizofrenii (Dementia praecox). Per. s nem. Izhevsk: ERGO. 2012. (In Russ.).
52. Шутценбергер А.А. Синдром предков: Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы. Пер. с фр. М.: Психотерапия. 2009.
Shutcenberger A.A. Sindrom predkov: Transgeneracionnye svyazi, semejnye tajny, sindrom godovshchiny, peredacha travm i prakticheskoe ispolzovanie genosociogrammy. Per. s fr. M.: Psihoterapiya. 2009. (In Russ.).
53. Эйдемиллер Э.Г., Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. СПб: Речь. 2012.
Ejdemiller E.G., Medvedev S.E. Analitiko-sistemnaya semejnaya psihoterapiya pri shizofrenii. SPb: Rech'. 2012. (In Russ.).
54. Ягнюк К.В. Психология и психотерапия в афоризмах. М.: ИКСР. 2008.
Yagnyuk K.V. Psikhologiya i psihoterapiya v aforizmax. M.: ICSR. 2008. (In Russ.).
55. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М.: Практика. 1997.
Yaspers K. Obshchaya psihopatologiya. Per. s nem. M.: Praktika. 1997. (In Russ.).
56. Arieti S. Interpretation of Schizophrenia (2nd Ed.). New York: Basic Books. 1974
57. Federn P. Ego Psychology and the Psychoses. New York: Basic Book. 1952
58. Kring AM, Caponigro JM. Emotion in Schizophrenia: Where feeling Meets Thinking. Curr. Dir. Psychol. Sci. 2010;19(4):255–259.
<https://doi.org/10.1177/0963721410377599>
59. Lotterman A. Psychotherapy for People Diagnosed with Schizophrenia: Specific Techniques. New York: Routledge. 2016.
60. Rosberg J, Karon BP. The Oedipus complex in a case of deteriorated schizophrenia. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1958;57(2):221–225. <https://doi.org/10.1037/h0044623>
61. Wagner P.S., Spiro C.S. Divided Mind: Twin Sisters and Journey Through Schizophrenia. New York: St. Martins Griffin. 2005.

Сведения об авторе

Дмитрий Владимирович Нещадим — кандидат биологических наук, доцент кафедры психологии, педагогики и правоведения Новосибирского государственного университета экономики и управления, г. Новосибирск, Россия.

Поступила 22.09.2022

Received 22.09.2022

Принята в печать 09.01.2023

Accepted 09.01.2023

Дата публикации 19.06.2023

Date of publication 19.06.2023