

УДК 159.972

Модель психологического развития больного шизофренией как консультативная задача

Леденцова Светлана Леонидовна

Кандидат психологических наук,
доцент кафедры психологии,
Сургутский государственный университет,
428403, Российская Федерация, Сургут, просп. Ленина, 1;
e-mail: Leden-svet@yandex.ru

Аннотация

В статье рассматривается модель психологического развития больного шизофренией, раскрывающая психологические генезис, структуру и функции заболевания. К психологическим причинам, способствующим появлению особых черт личности, отнесены: скрытое отвержение, подавление, присвоение Я-ребенка, патологический симбиоз; парадоксальная коммуникация; «патологизирующие роли» в семье.

Нарушения в социальной ситуации формируют особенности личности: несформированность Я-идентичности, неумение определять авторство потребностей, мыслей и чувств, не различение границ Я-не Я, полярные оценки себя и мира.

Ключевой конфликт возникает в ситуации непринятия или подавления значимым Другим ведущей потребности личности в прерывании / сохранении патологического симбиоза. При неудаче реализации потребности возникает психотический способ реагирования. Семантика продуктивной симптоматики определяется типом фрустрированной ведущей потребности.

Результаты работы вскрывают необходимость психологического консультирования подопечных и членов их семей, что позволит больным решить ключевой внутриличностный конфликт и использовать эффективные способы переживания проблем, снижающих появление психотических симптомов.

Для цитирования в научных исследованиях

Леденцова С.Л. Модель психологического развития больного шизофренией как консультативная задача // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018. Т. 7. № 5А. С. 133-143.

Ключевые слова

Шизофрения, семантика продуктивной симптоматики, модель психологического развития больного шизофренией, психологическое консультирование.

Введение

Для современного развития российской патопсихологии, где теоретические принципы имеют прочные медицинские, психиатрические традиции определения синдромного анализа, а условия практических исследований тяготеют к классической объективной парадигме, остро проявляются проблемы, определяющие динамику ее развития. Акценты в изучении развития личности больного в патопсихологическом направлении смещены в сторону изучения специфики нарушений высших психических функций (ВПФ), а психологическое сопровождение больного редуцируется до попыток компенсации нарушений ВПФ, считающейся основным способом инклюзии больного в социум. Подобные способы психологического сопровождения можно считать симптоматическими. Мы считаем, что основополагающей задачей патопсихологии должно стать исследование контекста и содержания аномального развития личности: исследование потребностей болеющего человека, его основных психологических конфликтов, причин и обстоятельств, приводящих к патовым критическим ситуациям; исследование связей критической ситуации и фрустрации основных потребностей развития личности с содержанием психотических симптомов и пр.

Литературный обзор

Основным методом исследования аномального развития и одновременно ключевым средством нормализации развития может стать психологическое консультирование (ПК), так как именно в ПК развитие личности в развивающихся же реальных обстоятельствах жизни является основным предметом анализа. Продуктивно осмыслять ПК не как частый метод отдельной школы или направления, а как методологию исследования развития, в частности, его аномального варианта. Это становится возможным при использовании потенциала отечественной психологии. Применение центральных понятий, сложившихся как у Л.С. Выготского, описавшего развитие личности через знаково-символическое опосредствование, заданное культурно-исторически; так и в трудах его последователей (А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина, П.Я. Гальперина, Л.И. Божович и пр., а в области патопсихологии Г.В. Биренбаум, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Т.И. Тепеницыной, Ю.Ф. Полякова, В.В. Николаевой Т.К. Мелешко, В.П. Критской и др.), обосновавших принципы деятельностного подхода в понимании развития, позволяют наметить стратегию ПК, которая может быть применима для сопровождения больных шизофренией [Леденцова, 2008, 112; Леденцова, 2012, 423]. ПК правомерно понимать как социальную ситуацию развития (ССР) больного шизофренией, в которой с помощью подбора и использования психологом системы средств для интерпретации критической ситуации расширяется зона ближайшего развития подопечного и провоцируется появление ведущей деятельности, направленной на ее разрешение. Результатом процесса ПК должны стать психологические новообразования, позволяющие купировать продуктивную симптоматику через раскрытие содержания психологической проблемы, ее нормализации, через освоение иных способов ее преодоления и решение тех задач возраста, которые в связи с болезнью стали неразрешимыми для него. Такое понимание цели ПК требует построения теоретической модели психологического развития больного шизофренией.

Материалы и методы

Описание особенностей ССР личности больных шизофренией в ПК с применением понятий культурно-исторической теории малочисленны, но в зарубежных исследованиях можно увидеть размышления о генезисе шизофрении в терминах, содружественных с понятиями Л.С. Выготского. Работы психоанализа позволяют взглянуть на проблему шизофрении с точки зрения нарушения социального опосредствования. Так, З. Фрейд сформулировал идеи о механизме появления шизофрении как попытке отрицания человеком не принимаемой им реальности [Фрейд, 1924, 4]. Далее, в теории объектных отношений были тщательно проанализированы социальные условия, которые влекут за собой искажение развития структуры личности и провоцируют появление продуктивной симптоматики. Такие авторы как М. Малер, М. Кляйн, Ф. Дольто, Р. Шпиц, Д. Коблинер, О. Фенихель, Р. Ферберн, О. Кернберг, Х. Кохут, Д. Мастерсон, Н. Мак-Вильямс и др. описали шизофрению как регрессию к симбиотическому состоянию «мать и дитя», как полную утрату «собственного Я» и хорошего объекта в ситуации хронической потери удовольствия [Тэхкэ, 2012, 464].

На основе теории объектных отношений расширяется исследование развития больных шизофренией в рамках семейной психотерапии, и следующие авторы: М. Боуэн, Г. Бейтсон, Д. Джексон, М. Сельвини-Палаццоли, К. Витакер, К. Маданес, Э.Г. Эйдемиллер, Г.В. Старшенбаум и др. считали, что психическое заболевание играет роль стабилизатора на уровне всей семейной системы, препятствуя психологической сепарации взрослых детей, вовлеченных в родительский конфликт [Черников, 2005, 400]. В такой семье были выявлены нарушения коммуникации, в которых симптомы шизофрении играли роль «закодированного сообщения», имеющего символическое значение.

Далее исследователи шизофрении вывели понимание этиологии и патогенеза в более широкий культурно-исторический контекст. Так, Л. Бинсвангер представил экзистенциальную теорию шизофрении, где болезнь представляет собой развитие особого мира, в котором нарушается согласованность естественного опыта, расщепление его на альтернативы, на жесткое «или-или» [Бинсвангер, 1999, 300].

Радикальные последователи Л. Бинсвангера, в частности Р. Лэнг, А. Эстерсон, Т. Сас полагали, что шизофрения – это симуляция, отвлекающие маневры, «чтобы сбить опасных людей со следа». Шизофрения начинает пониматься как нормальная реакция на ненормальные обстоятельства [Лэнг, 2012, 286]. Д. Мак-Дугалл доказывала мысль о шизофрении как о способе защиты значимого Другого от ненависти Я [Мак-Дугалл, 2007, 480].

В отечественной психологической теории также встречаются работы авторов, описывающих защитную функцию шизофрении. Так, В.П. Руднев считал, что шизофрения – это защита против угрожающей психотической личности реальности XX в., приводящая к появлению равноправных, но не сочетаемых характерологических радикалов, мешающих формированию ядра личности [Руднев, 2012, 406].

Апогеем культурно-исторического понимания генезиса шизофрении можно считать точку зрения Р. Столороу, Б. Брандшафта и Д. Атвуда, утверждавших, что аномалия развития личности имеет интересубъектный характер и распределена между больным и его окружением [Столороу, 1999, 252].

Опираясь на результаты работ авторов психоаналитического и отечественного направлений, мы выдвинули гипотезу о взаимосвязи особенностей ССР, содержания ключевого психологического конфликта личности больного и семантики продуктивного симптома как

связи, определяющей фрустрацию основной потребности подопечного [Леденцова, 2016, 185]. Нами было проведено эмпирическое исследование на базе СК ПНД г. Сургута, в котором приняли участие 23 больных мужского пола с диагнозом F20.0 – шизофрения (параноидная форма). Возраст подопечных составил от 25 до 55 лет. В ходе ПК в качестве диагностических процедур нами были использованы такие методики как «Неоконченные предложения», Тест «Розенцвейга», ТАТ, «Кинетический рисунок семьи», Тест «Шкала семейного окружения» (ШСО), выписки из эпикриза, клиническая беседа, результаты которых анализировались с помощью разработанных нами диагностических критериев.

В ходе исследования во всех клинических случаях были обнаружены патологические условия ССР личности подопечных такие как: психотоксическое поведение матери (95,6 %), патологическая коммуникация (100 %), наличие патологизирующих ролей (100 %) (см. табл. 1).

**Таблица 1 – Результаты исследования особенностей
ССР подопечных, больных шизофренией**

Критерии	Кол-во человек	% показатели
Психотоксическое поведение матери	22	95,6 %
Патологическая коммуникация	23	100 %
Патологизирующие роли	23	100 %
Наличие ключевого конфликта	23	100 %

Было выяснено, что у матерей наших подопечных остались несформированными мотивы совместно-разделенной деятельности с ребенком, роль матери не принималась ими, что демонстрируют, например, такие фразы подопечных как: «Считаю, что большинство матерей, очень любят своих сыновей, кроме моей матери». Но факт непринятия ребенка вытеснялся матерью из сознания, так как ее сознательным нормативом являлся постулат о хорошей матери, которая должна любить своего ребенка. В парадоксальной ситуации невозможности избежать эмоционального контакта с отвергаемым ребенком и проявлять к нему любовь родитель бессознательно находит способ минимизировать противоречие и снять свой внутренний конфликт. Этот способ можно описать как попытку освоения ребенка в качестве орудия, продолжения своего Я для минимизации его представленности в сознании матери. Для этого мать «поглощает» мотивы, потребности, эмоции, мысли ребенка. В результате при возникновении у ребенка потребности, не согласующейся с материнской, возникает ее отчуждение. Тотальность материнской фигуры проявляется в описании ее подопечными как Богоподобной, великой, доброй и / или ужасно страшной, выступающей источником всех норм и правил жизни подопечного, например, «мое начальство - это мама и бабушка», «любимая ужасная мамочка», «святая мамочка», «любимая моя» и пр.

Следующим выявленным патологическим условием ССР являлось нарушение коммуникации в семье, которое встречалось в 100 % случаях. Оно проявлялось в противоречивом, скрытом, невербальном и / или парадоксальном характере сообщений, исходящих от значимого члена семьи ребенку, в которых контекст отрицает содержание сообщения. Подопечные часто указывали на то, что не понимают, чего хочет от них мать, или указывали на то, что не имели право говорить: «Говорили мне неправду всегда». Такие нарушения коммуникации могут объяснять симптом «стекла и дерева», характерный для больных.

Третьей особенностью ССР является нарушение ролевого компонента, проявляющееся в наличии «патологизирующих ролей», которые были обнаружены в 100 % случаев. Подопечному

в семье отводилась роль «козла отпущения» или «аутсайдера», в то время как другой ребенок в семье мог быть принимаемым и любимым. Так, например, подопечный говорил о том, что мама больше любит брата: «Я – папин сын, а брат – мамин, зачем она мне так говорит?», или подопечные указывали на то, что матери часто обвиняют их в чем-либо: «Это ты во всем виноват», или указывали на авторитарный контроль: «Мама берет все под контроль».

Создание ситуации отвержения и жесткое подчинение ребенка потребностям Другого в ситуации патологического симбиоза провоцирует возникновение особых черт личности, проявляющихся в нарушении Я-идентичности больных. У них не формируется новообразование «Я-сам», не означаются границы, разделяющие его личность и личность значимого Другого. Подопечный не умеет определять авторство потребностей, мыслей и чувств, он не может отделить друг о друга когнитивные, аффективные и поведенческие аспекты психической жизни. В том случае, когда значимые, ведущие потребности подопечного не принимаются значимым лицом, либо на них наложен запрет, возникает центральный конфликт подопечных, наблюдающийся в 100 % случаях. Его содержание зависит от типа фрустрированной потребности.

Результаты и обсуждения

Мы выяснили, что развитие ключевой проблемы начинается с прерывания (действительного или фантазийного) ситуации патологического симбиоза и может иметь два варианта развития (прогрессивный и регрессивный) в зависимости от того, кто является инициатором дистанцирования, и определяется двумя типами потребностей. В первом варианте автором разрыва эмоционально близких отношений является значимый Другой, что актуализирует у подопечного потребность в симбиозе (регрессивный вариант). Во втором – потребность в отделении от значимого Другого принадлежит самому подопечному, что можно считать прогрессивным вариантом развития по наличию признаков новообразования «Я-сам». Существование двух типов ведущей потребности раскрывалось в исследовании через различия в отношении подопечных к своей семье и значимому Другому, через разницу в стратегиях поведения, используемых подопечными в конфликтных ситуациях (см. табл. 2).

Таблица 2 – Особенности проявления ключевого конфликта подопечных, больных шизофренией, в зависимости от типа фрустрированной потребности

Критерии содержания ключевого конфликта	Подопечные с фрустрированной потребностью в симбиозе		Подопечные с фрустрированной потребностью в отделении	
	кол-во человек	% от общего кол-ва подопечных	кол-во человек	% от общего кол-ва подопечных
1. Фрустрация потребности в симбиозе	11	47,8	0	0
2. Фрустрация потребности в отделении	0	0	12	52,2
3. Оценка семьи как высокоорганизованной	11	47,8	0	0
4. Оценка семьи как низкоорганизованной	0	0	12	52,2
5. Идеализация образа матери	11	47,8	1	4,3

Критерии содержания ключевого конфликта	Подопечные с фрустрированной потребностью в симбиозе		Подопечные с фрустрированной потребностью в отделении	
	кол-во человек	% от общего кол-ва подопечных	кол-во человек	% от общего кол-ва подопечных
6. Обесценивание образа матери	1	4,3	11	47,8
7. Конформная стратегия поведения при потребности в симбиозе	11	47,8	1	4,3
8. Противостоящая стратегия поведения при потребности в отделении	0	0	11	47,8

Так, в группе с потребностью в симбиозе подопечные идеализировали образ матери и семьи. Семью они оценивали как бесконфликтную, высокоорганизованную, экспрессивную и контролирующую. В то время как подопечные с потребностью в отделении обесценивали образ матери и представляли свою семью как конфликтную, контролирующую, с низким уровнем экспрессивности и с низким уровнем организации. Это указывает на значимость симбиоза в первой группе и объясняет ощущение травмирующей брошенности у подопечных при его разрыве, и его неактуальность во второй группе, в которой подопечные воспринимают семью как удушающие и сковывающие обстоятельства на пути к свободе.

Подтверждает наличие двух типов потребностей и разница в стратегии поведения в конфликтных ситуациях. У испытуемых первой группы при фрустрации значимым Другим их стремления к симбиозу с ним возникает конформное поведение. Подопечные стремились любой ценой вернуть значимого человека, выполняя его желания и подавляя собственную агрессию по отношению к нему. Часто они обвиняли себя в происходящем и пытались исправить свое поведение. Подопечными второй группы при фрустрации потребности в отделении реализовывалась стратегия противостояния, бунта против норм и правил значимого лица. Они считали виноватыми в межличностных конфликтах не себя, а окружающих или обстоятельства. Основными индикаторами ключевого конфликта у подопечных в исследовании выступали эмоциональные переживания и появление продуктивной симптоматики (см. табл. 3).

Таблица 3 – Семантика продуктивной симптоматики в зависимости от типа ведущей фрустрированной потребности больного шизофренией (% от общего кол-ва подопечных)

Критерии содержания ключевого конфликта	Подопечные с фрустрированной потребностью в симбиозе	Подопечные с фрустрированной потребностью в отделении
1. Преобладание вины при актуализации потребности	8,6	47,8
2. Преобладание страха при актуализации потребности	39,2	4,3
3. Проекция страха нападающего Мира	47,8	0
4. Интроекция активности Мира (Богоподобность)	0	52,2

Критерии содержания ключевого конфликта	Подопечные с фрустрированной потребностью в симбиозе	Подопечные с фрустрированной потребностью в отделении
5. Поддерживающие голоса (интроекция Другого)	47,8	0
6. Нападающие голоса (проекция нападающего Другого)	04,3	52,2

Так, у подопечных с тенденцией к регрессу ведущими эмоциями были страх отвержения Другим / страх нападения Мира и ощущение собственной незащищенности (47, 8 %). В немногочисленных случаях (8,6 %, когда симбиоз был действительно прерван) они переживали вину за свою несостоятельность, «плохость» с точки зрения Другого и пытались исправиться. У подопечных второй группы с прогрессивным вектором развития преобладала вина за проявления самости, за авторство мыслей и поступков (47,8 %), а также страх наказания Другим за разрыв симбиоза (52,2 %). В некоторых случаях (при абсолютной невозможности разорвать симбиоз из-за запрета значимого Другого) наблюдалось переживание страха поглощения и разрушения себя значимым Другим (4,3 %).

Содержание переживания позволило объяснить семантику продуктивной симптоматики двух групп подопечных. Мы выделили несколько вариантов кодирования ведущей потребности в символах психотической продукции. Во-первых, это вариант проекции. Такой способ взаимодействия с собственной потребностью позволяет подопечному не чувствовать вину за авторство поступков, мыслей и действий. Он встречается чаще при фрустрации потребности в отделении. Собственные желания отделения от семьи (обычно конкретизированные в потребностях, определяющихся задачами ведущей деятельности того возрастного периода, в котором находится подопечный, например, в желаниях построения отношений с противоположным полом) приписываются другому (голосам, отдающим приказ убить значимое лицо, либо уничтожить другого человека, которому подопечные присваивают черты значимого Другого, чтобы освободиться от удушающих отношений).

Вторым вариантом проявления ведущей потребности в продуктивной симптоматике является ее реализация с помощью патологического фантазирования и создания фантастических образов достижения желаемого с помощью интроекции. Так, при фрустрации потребности в симбиозе при разрыве отношений со значимым Другим в содержании продуктивного симптома могут появляться одобряющие голоса («Ты правильно делаешь») как фантазийная замена значимого Другого, позволяющая в психологическом мире подопечного продолжать слияние и выполнять роль основы его личности, предохраняя ее от распада. В случае фрустрации потребности в отделении ее псевдоудовлетворение и создание границ своего Я может проявляться в идеях Богоподобности, противопоставленности себя остальным, как доказательстве своей инаковости.

В-третьих, в семантике психоза может быть отражено переживание горевания, базального страха от невозможности реализовать свою потребность. Преимущественным использованием такого способа символизации характеризуются подопечные с регрессивной тенденцией в развитии – с фрустрацией потребности в симбиозе. При разрыве отношений со значимым Другим в идеях распада себя, в разложении своего тела и т. п. проявляется материализация, символизация переживания отсутствия целостности Я.

В – четвертых, в психотическом символизме может быть представлено переживание последствий от возможной реализации потребности. Этот способ характерен для прогрессивного развития мотивационной сферы и фрустрации потребности в отделении. Испытываемая вина за авторство своих поступков часто проецируется и выражается в виде нападающих, управляющих голосов (которые являются прообразами карающего Другого).

На основе обобщения полученных результатов мы составили модель психологического развития больного шизофренией:

1. Особенности социальной ситуации развития, способствующие появлению особых личностных качеств: 1) скрытое отвержение, жесткое подавление родителем и присвоение Я-ребенка в качестве продолжения Я-родителя, создание патологического симбиоза; 2) парадоксальная коммуникация по типу «двойного зажима»; 3) «патологизирующие роли» в семье.

2. Психологические особенности личности: нарушение Я-идентичности; отсутствие новообразования «Я-сам», разделения своей личности и личности значимого Другого; неумение определять авторство потребностей, мыслей и чувств, невозможность отделять друг о друга когнитивные, аффективные и поведенческие аспекты психической жизни, не различение границ Я-не Я, коммуникативного контекста и сообщения, одновременные и полярные оценки себя и мира.

3. Ключевой внутриличностный конфликт – это фрустрация значимым Другим ведущей потребности личности в прерывании (прогресс) или сохранении патологического симбиоза (регресс).

4. Эмоциональные переживания в условиях ключевого конфликта. Вина и страх как полярные эмоциональные переживания, разделяющиеся по модусу активности / пассивности подопечного во взаимоотношениях в триаде Мир-Я-Другой.

- Диада Мир-Я против Другого при потребности в отделении вызывает страх преследования Другим и вину перед Другим за свое авторство. Внутри диады возникает страх отвержения Миром и вина перед Миром за возможную «плохость» Я.
- При потребности в симбиозе переживание объединения Мира-Я невозможно, так как еще не актуально для личности.
- Диада Я-Другой при желании симбиоза вызывает вину Я за свою «плохость» перед Другим и страх потери Другого при переживании защищенности от Мира.
- При потребности в отделении в диаде Я-Другой появляется вина перед Миром за нереализованность Я и страх наказания Миром. Внутри диады Я-Другой – страх поглощения Другим и вина перед Другим за свою агрессию.
- Диада Другой-Мир и противостояние Я у подопечного с потребностью в симбиозе актуализирует страх нападения, ощущение собственного распада и уничтожения.
- У подопечных с потребностью в отделении такой вариант отношений почти не возникает, так как уже не актуален для них.

5. Стратегия решения проблем. При ощущении возможности реализовать ведущую потребность психотических симптомов не возникает. При неудаче реализации потребности возникает психотический способ совладания со страхом и виной.

6. Содержание психотических симптомов. Содержание определяется способом переработки неудачи в реализации потребности:

- 1) псевдореализация фрустрированной потребности с помощью отрицания ее фрустрации: при фрустрации потребности в симбиозе:

а) страх разрушения Я Миром вызывает перенос в Я путем интроекции образ хорошего Другого, что проявляется в одобряющих голосах; б) вина перед Другим за свою «плохость» приписывается через проекцию другому лицу и проявляется в виде обвиняющих голосов (персекуторный бред или бред преследования);

при фрустрации потребности в отделении:

а) вина перед Миром за отсутствие самореализации нивелируется через интроекцию, проявляющейся в идее Богоподобности и создании границы своего Я за счет противопоставленности остальным; б) страх поглощения Я Другим переживается через проекцию агрессии на другое лицо, что проявляется в виде нападающих, управляющих голосов (прообраз карающего Другого) или персекуторного / ипохондрического бреда;

2) переживание горя от фрустрации потребности:

при фрустрации потребности в симбиозе:

а) страх разрушения Я Миром переживается в виде деструкции тела, распада, разложения, ипохондрии; б) вина перед Другим за свою «плохость» – в виде проекции обвинений на других и появлении обвиняющих голосов, а также в идее самоуничтожения, самоагрессии (деперсивный бред);

при фрустрации потребности в отделении:

а) страх поглощения Другим вызывает проекцию агрессии и идей деструкции Другого в виде бреда одержимости или персекуторного бреда (мести за агрессию); б) вина перед Миром за отсутствие самореализации переживается через проекцию обвинений и появление бреда преследования.

Заключение

Представленная теоретическая модель психологического развития больного шизофренией, доказывает важность ПК подопечных и их семей и намечает цели ПК: сопровождение появления новообразования «Я-сам», освоение эффективных вербальных способов переживания критических ситуаций, замещающих психотический способ реагирования.

Библиография

1. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М., СПб. : КСП+, Ювента, Ленато. – 1999. – 300 с.
2. Леденцова С.Л. Модель психологического консультирования, основанная на принципах культурно-исторической концепции // Психология в здравоохранении и образовании. Вып. 24. «Генетико-моделирующий эксперимент: варианты исследований». Сургутский гос. ун-т ХМАО – Югры. Сургут: ИЦ СурГУ. – 2008. – 100-114 с.
3. Леденцова С.Л. The structure and dynamics of the psychotherapeutic situation in terms of the cultural-historical conception // European Science and Technology : materials of the international research and practice 2nd conference. Wiesbaden : Bildungszentrum Rodnik e. V., Strategic Studies Institute. – 2012. – 420-425 с.
4. Леденцова С.Л., Леонова А.В. Фрустрация ведущей потребности личности как семантика психотических симптомов при шизофрении // Северный регион: наука, образование, культура. 2016. – № 2 (34). – 183-189 с.
5. Лэнг Р.Д., Эстерсон А. Безумие: семейные корни: (влияние семьи на развитие личности). Екатеринбург: Литур. – 2012. – 286 с.
6. Мак-Дугалл Д. Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. М.: «Когито-Центр». – 2007. – 215 с.
7. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс. – 2010. – 480 с.
8. Руднев В.П. Полифоническое тело. Реальность и шизофрения в культуре XX века. М.: Гнозис. – 2010. – 406 с.
9. Столорю Р., Брандшафт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. М.: Когито-Центр. – 1999. – 252 с.

10. Тэхэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход. М.: Издательство: Канон+РООИ «Реабилитация». – 2012. – 464 с.
11. Фрейд З. Невроз и психоз. Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse, Band 10, Heft 1, Leipzig / Zurich / Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924, S. 1-5
12. Черников А.В. Системная семейная терапия: Классика и современность. М.: Класс. – 2005. – 400 с.

The model of the psychological development of the patient with schizophrenia as an advisory task

Svetlana L. Ledentsova

PhD in Psychology,
Associate Professor at the Department of Psychology,
Surgut State University,
428403, 1, Lenin av., Surgut, Russian Federation;
e-mail: Leden-svet@yandex.ru

Abstract

The article deals with the model of psychological development of a patient with schizophrenia, revealing the psychological Genesis, structure and functions of the disease. The psychological reasons contributing to the appearance of special personality traits include: hidden rejection, suppression, appropriation of the I-child, pathological symbiosis; paradoxical communication; "pathological roles" in the family.

Violations in the social situation form the characteristics of the individual: unformed I-identity, inability to determine the authorship of needs, thoughts and feelings, not the distinction between the boundaries of I-not Me, the polar assessment of yourself and the world.

The key conflict arises in the situation of non-acceptance or suppression by the significant Other of the leading need of the individual in the interruption / preservation of pathological symbiosis. If the implementation of the need fails, there is a psychotic way to respond. Semantics of productive symptomatology is determined by the type of frustrated leading need.

The results of the work reveal the need for psychological counseling of wards and their families, which will allow patients to solve the key intrapersonal conflict and use effective ways of experiencing problems that reduce the appearance of psychotic symptoms.

For citation

Ledentsova S.L. (2018) The model of the psychological development of the patient with schizophrenia as an advisory task [Approaches to the assessment of damage from price discrimination in antimonopoly regulation]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 7 (5A), pp. 133-143.

Keywords

Schizophrenia, the semantics of the positive symptoms, the model of the psychological development of the patient with schizophrenia, psychological counseling.

References

1. Binswanger, L. (1999), *Being-in-the-world* [Bytiye-v-mire], M., SPb. : KSP +, Yuventa, Lenato, 300 p.
2. Ledentsova S.L. Model' psikhologicheskogo konsul'tirovaniya, osnovannaya na printsipakh kul'turno-istoricheskoy kontseptsii [The model of psychological counseling, based on the principles of cultural and historical concepts]. *Psikhologiya v zdravookhraneni i obrazovanii*. Vyp. 24. «Genetiko-modeliruyushchiy eksperiment: varianty issledovaniy». Surgutskiy gos. un-t KHMAO [Psychology in health care and education. Issue 24. "Genetic modeling experiment: research options." Surgut State. University of Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug]. Yugry. Surgut: ITS SurGU, 2008, pp. 100-114.
3. Ledentsova S.L. The structure and dynamics of the psychotherapeutic situation in terms of the cultural-historical conception [The concept of cultural and historical conception]. *European Science and Technology : materials of the international research and practice 2nd conference*. Wiesbaden : Bildungszentrum Rodnik e. V., Strategic Studies Institute [European Science and Technology: materials and dynamics of the psychotherapeutic situation. Wiesbaden: Bildungszentrum Rodnik e. V., Strategic Studies Institute], 2012, pp. 420-425.
4. Ledentsova S.L., Leonova A.V. Frustratsiya vedushchey potrebnosti lichnosti kak semantika psikhoticheskikh simptomov pri shizofrenii [Frustration of the leading need of the individual as the semantics of psychotic symptoms in schizophrenia], *Severnnyy region: nauka, obrazovaniye, kul'tura – Northern region: science, education, culture*, 2016, no. 2 (34), pp. 183-189.
5. Lang, R.D., Esterson, A. (2012), *Madness: family roots: (family influence on personal development)* [Bezumiye: semeynyye korni: (vliyaniye sem'i na razvitiye lichnosti)], Yekaterinburg: Litur, 286 p.
6. McDougall, D. (2007), *Body theaters: A psychoanalytic approach to the treatment of psychosomatic disorders* [Teatry tela: Psikhoanaliticheskiy podkhod k lecheniyu psikhosomaticheskikh rasstroystv], M. : "Kogito Center", 215 p.
7. Mac-Williams, N. (2010), *Psychoanalytic Diagnostics: Understanding the Personality Structure in the Clinical Process* [Psikhoanaliticheskaya diagnostika: ponimaniye struktury lichnosti v klinicheskom protsesse], M.: Class, 480 p.
8. Rudnev, V.P. (2010), *Polyphonic body. Reality and schizophrenia in the culture of the XX century* [Polifonicheskoye telo. Real'nost' i shizofreniya v kul'ture XX veka], M. : Gnosis, 406 p.
9. Stolorow, R., Brandschaft, B., Atwood, D., *Clinical psychoanalysis. Intersubjective approach*. [Klinicheskiy psikhoanaliz. Intersub'yektivnyy podkhod], M. : Kogito Center, 252 p.
10. Tehke, V. (2012), *Psyche and its treatment: psychoanalytic approach* [Psikhika i yeye lecheniye: psikhoanaliticheskiy podkhod], M. : Publisher: Kanon + ROOI "Rehabilitation", 464 p.
11. Freyd Z. Nevroz i psikhoz. Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse, Band 10, Heft 1, Leipzig / Zurich / Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag. [Neurosis and psychosis. Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse, Band 10, Heft 1, Leipzig / Zurich / Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag], 1924, p. 1-5.
12. Chernikov, A.V. (2005), *Systemic family therapy: Classic and modern* [Sistemnaya semeynaya terapiya: Klassika i sovremennost'], M. : Class, 400 p.