

**Аннотация:** В настоящей статье на основе практического опыта автора и результатов клинических исследований различных специалистов рассмотрена возможность корреляции психопатологических изменений личности, происходящих в результате прегенитальных конфликтов, с развитием шизофрении.

*In the present article on the basis of the own practical experience and results of clinical researches of various experts the author surveys the possibility of correlation of psychopathologic changes of the person resulting pre-genital conflicts, to schizophrenia development.*

**Ключевые слова:** шизофрения, генез шизофрении, лечение шизофрении, прегенитальные конфликты

**Key words:** schizophrenia, schizophrenia genesis, schizophrenia treatment, pre-genital conflicts

**Гурин Игорь Васильевич,**  
кандидат медицинских наук, научный сотрудник  
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского

**Gurin Igor Vasilyevich,**  
the candidate of medical sciences, the research assistant  
of the State Science center of social and judicial psychiatry of V.P.Serbsky

## **РОЛЬ ПРЕГЕНИТАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ В ГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ**

На настоящий момент шизофрения является одной из глобальных проблем, «краеугольным камнем» психиатрии. Не только по тому, что данное заболевание встречается наиболее часто, но и потому, что чаще других приводит к дефекту личности, что в свою очередь ведет к инвалидизации больных. Несмотря на то, что в последние годы в диагностике и лечении шизофрении достигнуты значительные успехи, терапия больных продолжает оставаться чрезвычайно сложной задачей для специалистов как в связи неясной этиологией заболевания, многообразием клинической картины, так и течением и исходом данной болезни [1, с.46].

За более чем 110-летнюю историю изучения генеза шизофрении не было выявлено ни одного специфического для шизофренического процесса этиологического фактора и не разработана единая теория патогенеза шизофрении. В современной психиатрии принято считать, что шизофрения - это:

- гетерогенное мультифакториальное расстройство (или группа расстройств);
- заболевание с «неизвестной этиологией»; в связи с чем ни один из факторов не является специфическим и сам по себе не объясняет генез шизофрении;

- основная модель, интегрирующая все многообразие изученных предположительных этиологических факторов – модель предрасположенности к влиянию стрессов и конфликтогенов, которая постулирует, что для возникновения шизофрении необходимо с одной стороны, наличие специфической уязвимости человека к различным стрессорам и конфликтогенам внутренней и внешней среды, а с другой стороны, воздействие этих факторов, преимущественно с раннего детского возраста. В данном случае предполагается, что шизофрения может быть генетически обусловлена, а также эпигенетически сформирована. [2]

Последний аспект имеет особое значение для рассматриваемой в настоящей статье проблемы. В связи с ее акцентуацией особый интерес представляют исследования зарубежных специалистов [3; 4; 5; 6], которые выдвигают на одно из ведущих мест клинического рассмотрения ранние объектные отношения при нормальном и патологическом развитии и аспекты раннего развития суперэго, корреляции между генитальными и прегенитальными конфликтами и развитием шизофрении, их особенности; в дальнейшем подняв вопрос о значении функций примитивных механизмов защиты для возникновения и успешности лечения шизофрении [см. также 7].

Как известно, прегенитальные – оральная, анальная, фаллическая – и генитальная стадии приблизительно покрывают соответственно первый, второй, с третьего по пятый и годы жизни от пубертата и далее. Это демонстрирует очевидность того, что для нормального развития индивидууму необходимо успешно пройти через первые три стадии, чтобы достичь четвертой. Однако если опыт развития на одной из прегенитальных стадий деструктивен, признаки этой стадии полностью не исчезают, а оказывают влияние на все дальнейшее поведение, формируя три типа характера – оральный, анальный и фаллический, символизирующие три различные формы незрелости. Четвертый тип характера, демонстрирующий психологическую зрелость, соответственно получил название генитального. Чтобы течение каждой прегенитальной стадии было благополучным, завершаясь зрелым переходом на следующую ступень, позволяя избежать патологий и деструкций на стадии текущего и дальнейшего развития в результате психотравмирующих событий, ребенок должен получить от родителей и окружающего мира достаточно подкреплений, чтобы не чувствовать себя безнадежно фрустри-

рованным и депривированным. Но в то же время число подкреплений не должно быть чрезмерным, что может вызвать задержку на определенной стадии незрелости. Таким образом, если ребенок слишком фрустрирован или, наоборот, слишком удовлетворен, он фиксируется, "застревает" на этом уровне развития. Это означает, что во взрослом состоянии он будет демонстрировать личностные черты – мысли, эмоции, действия, характеризующие основной прегенитальный конфликт, защитные механизмы или родительские реакции, определяющие эту прегенитальную стадию. Ряд психоаналитических исследований [напр., 3; 4] и наши собственные наблюдения дают возможность говорить о наличии особо деструктивных последствий фиксации в корреляции с течением клинической симптоматики шизофрении под влиянием таких психоконфликтных ситуаций, которые, в частности, развиваются на прегенитальных стадиях под воздействием шизофреногенной, эмоционально холодной и жестокой матери, при ситуации эмоциональной диссоциации в семье.

Разделяя мнения исследователей, мы полагаем целесообразным не рассматривать фиксацию в прегенитальных стадиях в качестве безусловной психопатологии. Их незрелость означает, что они несут в себе зародыши или вероятность психопатологии. Усвоение иррациональных реакций и способов мышления в результате конфликтов на прегенитальной стадии влечет за собой нарушение интерперсональных связей. Но чтобы психопатология окончательно развилась и выступила маркером и катализатором шизофренических расстройств, индивидуум с прегенитальным характером должен дополнительно столкнуться со внешнесредовым стрессовым воздействием, характер и интенсивность которого способны спровоцировать экстракцию деструктивных последствий прегенитальных конфликтов и разрушить его здоровье.

Психопатология в данном случае представляет собой нарушение структуры прегенитального характера. Результаты практических исследований и клинических наблюдений – как наши собственные, так и многих отечественных и зарубежных специалистов [см., напр. 6; 8], свидетельствуют, что природа прегенитального характера определяет природу и во многом степень тяжести патологического состояния. Решающую роль в психопатологической констелляции играет прегенитальная агрессивность, особенно оральная [6; 8]. Поэтому, в частно-

сти, внутренние психопоследствия прегенитальных конфликтов, характерные для фиксаций на оральной стадии и нарушений орального характера, наиболее часто приводят к шизофрении, чем нарушения анального и фаллического характера, при которых часты различные проявления кататонического поведения.

Конфликты, ярко проявляющиеся на оральной прегенитальной стадии, – это конфликты, возникновение которых обусловлено эгоистической деятельностью подобного рода [9, с. 488-492]. На данной стадии неизбежным образом возникает конфликт между настойчивым и эгоистичным желанием ребенка получать и захватывать и собственными потребностями и обязанностями родителей, которые не могут много времени и внимания тратить на своего ребенка. Лучшее, что могут сделать родители, – это предоставить ребенку возможность удовлетворять свои инстинкты лишь в ограниченном количестве. Если они еще больше ограничат этот минимум, сурово наказывая ребенка за его потребность получать и захватывать, или не будут проявлять достаточно заботы по отношению к нему, этот неизбежный конфликт станет напряженнее. Такое усиление конфликта потребует использования особенно жестких и распространенных защит, привлечение которых равноценно фиксации или остановке в развитии. Как только такие защиты появляются, изменение и развитие замедляются. Родители также могут превысить необходимый минимум орального удовлетворения, пытаясь быть более заботливыми, чем им позволяют их собственные потребности и обязанности. Такое отклонение от нормы также приведет к усилению основного конфликта, поскольку забота принесет только поверхностное удовлетворение, вызывая напряжение и негодование. И ребенок снова будет чувствовать боль и неудовлетворенность, ему придется использовать защиты такой распространенности и интенсивности, что они неизбежно приведут к фиксации стадии и формировании соответствующего характера. Из наблюдений и исследований специалистов [10; 11; 12] можно вынести, что разнополюсные черты, наиболее часто встречающиеся в оральном характере, это оптимизм – пессимизм, доверчивость – подозрительность, восхищенность – завистливость и самонадеянность – самоуничижение. Оптимизм, пессимизм и восхищенность – это нереалистические оценки вероятности получения заботы от других людей. В манипулятивности или пассивности мы видим неконструктивные тенденции пытаться вырвать у мира удовольствие или

просто лежать и ждать, когда оно придет к индивидууму само. Самонадеянность свидетельствует о нереалистически завышенных представлениях о собственных возможностях, а завистливость и самоуничижение – о полностью противоположном. Нереалистический характер этих крайностей говорит об их защитной природе. В свою очередь, защитами, наиболее часто называемыми составной частью орального характера, являются проекция, отрицание и интроекция.

Таким образом, в генезе шизофрении одну из значимых ролей играют два фактора: комплексы и конфликты, сформировавшиеся в прегенитальных стадиях, а также психические травмы периода раннего детства, подвергшиеся вытеснению в бессознательное. С данными травмирующими, неотработанными переживаниями связан определенный запас психической энергии, что в совокупности создает некоторую «конституциональную предрасположенность» к развитию первых стадий заболевания. Для возникновения симптомов шизофрении у взрослого человека необходим еще третий фактор – развитие внутреннего конфликта между стремлением к удовлетворению определенных потребностей и отказом внешнего мира или «суперэго» допустить это удовлетворение. В этой своего рода борьбе сил «эго» оказывается слабее. В конфликте с сильным «ид» слабое «эго» должно подключить защитные механизмы. Наступает регрессия и индивидуум возвращается к одной из прегенитальных стадий развития или конкретному конфликту [10; с.124]. Происходит повышение психической энергии от давних психоконфликтов и результатов конфликтов, которые резко усиливаются и, поскольку они противоречат «суперэго», вновь (как в детстве) подвергаются подавлению. В этих условиях подавление ведет к появлению диагностических симптомов, клинически происходит формирование бредовых идей и фобий, разрастание так называемого «внутреннего дьявола», «эха мыслей», псевдо- и истинных галлюцинаций. Происходит отделение аффекта от содержания, затем аффект присоединяется к другим представлениям, чаще всего отражающим содержание детских прегенитальных психотравматических конфликтных и постконфликтных переживаний, и они в свою очередь становятся навязчивыми. Последствия фиксации и регрессирования могут быть «направлены» и в телесную сферу, благодаря чему психические симптомы принимают вид соматических. Характер симптома при этом частично зависит от функциональной слабости отдельных органов и систем.

Таким образом, происходит так называемое бегство пациента в болезнь, которое является выражением бессознательного защитного механизма в ситуации неотработанного внутреннего прегенетального конфликта и выступает попыткой разрядить инстинктивное напряжение и в дальнейших связях с социальным окружением поддержать своеобразный стиль взаимоотношений.

Главный принцип психоаналитического лечения в данном случае заключается в стремлении терапевта к тому, чтобы его пациент осознал ранее неосознаваемые им причины своей болезни. Поэтому вместо простого «отреагирования» рекомендуется выявление подавленных комплексов и вытесненных травмирующих прегенетальных конфликтных переживаний. Обнаружение терапевтом фиксации пациентом в одной из прегенетальных стадий развития и выявление сути его прегенетальных конфликтов, подведение пациента к пониманию настоящей причины клинических симптомов позволяет существенно приблизиться к ликвидации источника болезни, к исчезновению болезненных симптомов.

### **Литература:**

1. Мирошкина И.Д. Штрихи к генезу шизофрении: В сб. науч. трудов «Естествознание и гуманизм»/ Под ред. проф., д.м.н. Ильинских Н.Н. Т.5. Вып.1. Томск: Альманах научных открытий, 2008. С.46-52.
2. Torrey E.F., Bowler A.E., Taylor E.H. & Gottesman I.I. *Schizophrenia and manic depressive disorder*. New York: Basic books, 2004. 600 p.
3. Кляйн М. *Психоаналитические труды: В 7 т. В Т.5. Заметки о некоторых шизоидных механизмах*. М.: ERGO. С.215-270.
4. Мадди С. *Теории личности: сравнительный анализ*// Пер. с англ. И.Авидона, А.Батустина, П. Румянцевой. СПб.: Изд-во "Речь", 2002. 539 с.
5. Bion W.R. *Notes on the theory of schizophrenia. Read in the Symposium "The Psychology of Schizophrenia" at the 18th International psycho-analytical congress (London, 1953)*/ *International Journal of Psycho-Analysis*. Vol.35. 1954. Repr. in 1967. PP.113-118.
6. Segal H. *Phantasy and Other Mental Processes*// *International Journal of Psycho-Analysis*. N 45. Pp. 191-194.
7. Kernberg O. et al. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. N. Y.: Basic Books, 1989. 300 p.
8. Klein M., Heinmann, P., Isaacs S. & Riviere J. *Developments in Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 2005. 700 p.
9. Fenichel O et al. *Psychoanalysis. Collected Papers of Otto Fenichel*. London, 1987. Vol.1. 800 p.
10. Schenkel L.S., Spaulding, W.D., Dilillo D., Silverstein S.M. *Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits*. *Schizophrenia Research*. N.Y.: ABC Inc., 2005. 420 p.
11. Greenson R. *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: International Universities Press, Inc., 2003. Vol. I. 473 p.
12. Лагун И.Я. *Причинность шизофрении: Конспект-анализ проблемы*. Липецк: Ориус, 2008. 248 с.