

УДК 1-159.9

## **УСТАНОВКИ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ТРЕНИНГЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ**

**Л.В. Мальцева**

Тюменский государственный университет

Обследованы 120 подростков, больных шизофренией и 188 их родителя. В результате проведенного обследования были выявлены иррациональные установки у родителей. На основе данных, полученных в ходе исследования, была разработана и внедрена программа родительской компетентности с родителями подростков, больных шизофренией. В качестве основного механизма тренинга явилось осознание родителями своих иррациональных установок и замена их рациональными.

***Ключевые слова:** иррациональные установки, тревожно-депрессивное состояние, дисфункциональный тип воспитания. Родители подростков, больных шизофренией.*

Несмотря на многочисленные исследования, подтверждающие значение отдельных характеристик семейной среды и их сочетаний в возникновении и течении шизофрении [9, с. 489–501] не было получено окончательного ответа на следующий вопрос; какие иррациональные установки стоят за когнитивным, эмоциональным и поведенческим состоянием родителей.

В концепции Д.Н. Узнадзе (см. [3, с. 57–63; 6, с. 101–108; 7, с. 278–295]) установка представляет собой первичное, целостное, недифференцированное психическое состояние, отражающее направленность субъекта на определенную активность. Обусловленная организацией предшествующего опыта, установка определяет выбор мотива и вероятность определенного поведения в различных ситуациях. Являясь динамической подсознательной характеристикой психической активности, установка оказывает решающее влияние на работу сознания.

По Г. Олппорту [4, с. 579–581; 10, с. 189–190]: социальная установка – это состояние психологической готовности личности вести себя определенным образом в отношении объекта, детерминированное ее прошлым опытом, осознанное и обусловленное социальным опытом (В.А. Ядов (см. [2, с. 77–90])).

В структуре установки, по мнению М. Смит (см. [1, с. 283]), следует различать три ее взаимосвязанных компонента: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Когнитивный компонент

обнаруживается в виде мнений, утверждений относительно объекта установки; знания. Эмоциональный компонент – отношение к объекту, выраженное на языке непосредственных переживаний и чувств, которые он вызывает. Поведенческий компонент – готовность

Гипотезу об уровневой природе установки как механизма стабилизации деятельности впервые выдвинул А.Г. Асмолов [2, с. 77–90], в соответствии с основными единицами строения деятельности выделяются установки смыслового, целевого, операционального уровней и уровня психофизиологических реализаторов установки. Ведущим уровнем установочной регуляции является уровень смысловой установки. При этом смысловая установка выполняет функцию фильтрации по отношению к нижележащим уровням.

Следует отметить мнение А. Эллис (см. [5, с. 89–95; 8, с. 272]), который считал, что каждый человек рождается с определенным потенциалом, и что этот потенциал имеет две противоположные стороны: рациональную и иррациональную; конструктивную и деструктивную и т.д. Психологические проблемы появляются в случае попыток человека следовать простым предпочтениям (желаниям любви, одобрения, поддержки), однако при этом он ошибочно полагает, что эти простые предпочтения – абсолютные мерилы его жизненного успеха. Различные эмоциональные и поведенческие расстройства имеют когнитивные предпосылки, опосредованные, тем не менее, иррациональными установками. Альберт Эллис выделил четыре наиболее распространенные группы создающих проблемы иррациональных установок: 1. Катастрофические установки. 2. Установки обязательного долженствования. 3. Установки обязательной реализации своих потребностей. 4. Глобальные оценочные установки.

Причиной ложных представлений, которые искажают видение объекта или ситуации и, как следствие, неадекватных эмоциональных реакций, по мнению А. Бека (см. [5, с. 99–102; 11, с. 194–198]) являются когнитивные искажения по типу сверхгенерализации, персонализации, дихотомического мышления, избирательной абстракции, катастрофизации, поиска виновного, перфекционизма, эгоцентрической ошибки, сверхсоциализированного мышления, долженствования, произвольных заключений.

Следовательно, у родителей подростков, больных шизофренией, могут иметь место иррациональные установки, которые могут влиять на стратегию поведения. Такие сведения могут способствовать оптимизации процесса реабилитации психически больных.

Цель исследования: определение установок родителей подростков, больных шизофренией, во взаимоотношениях со значимыми окружающими и разработка способа их психологической коррекции.

Настоящее исследование проводилось на базе психоневрологического диспансера г. Пыть-Яха, Сургута, Нефтеюганска.

Для решения поставленных задач были обследованы 120 подростков, больных шизофренией, и 188 их родителей в возрасте 35–50 лет. Первая группа (экспериментальная) состояла из 60 подростков, больных шизофренией, и 96 родителей, которые дали свое информированное согласие на участие в обследовании и вовлечение в психокоррекционную программу. Вторая группа была сформирована для оценки эффективности тренинга родительской компетенции, она состояла из 60 подростков, больных шизофренией, и 92 родителей, которые не участвовали в тренинге.

Семейные отношения изучались при помощи методик «Шкала оценки семейной адаптации и сплоченности – FACES-III», «Подростки о родителях» (ADOR) и «Анализ семейного воспитания» (АСВ).

Эмоциональные состояния родителей подростков, больных шизофренией, исследовали с помощью шкалы ситуативной и личностной тревожности, предложенной Ч. Д. Спилбергом и адаптированной Ю. Л. Ханиным.

Для оценки выраженности депрессии у родителей больных подростков использовался опросник А. Бека.

Для выявления неадаптивных мыслей и иррациональных установок использовалась методика А-В-С (Ellis А.).

Оценка внутрисемейных отношений как со стороны родителей, так и со стороны подростков позволило получить более полное представление об отношениях в семьях подростков больных шизофренией.

В первую очередь изучались внутрисемейные отношения с позиции подростков, страдающих шизофренией.

Данные подростками оценки по методике FACES-III отражают дисфункциональность семейной системы, поскольку средние показатели уровней реальной сплоченности и семейной адаптации соответствуют экстремально высоким значениям: разобщенность – 29,5 балла, хаотичность – 31,8 балла. Следовательно, эти семьи не сбалансированы, они проблематичны, наименее жизнеспособны и характеризуются менее успешным функционированием, они практически не способны к эффективному преодолению стресса и адекватной коммуникации, эмоциональные связи слабы.

При оценке «идеала» выявляется тенденция к изменениям в семейном функционировании: в сфере сплоченности разобщенность заменяется на связанность, хаотичность на гибкость. Средние показатели соответствуют сбалансированному уровню – 39 баллов и 28,8 балла, т. е., в идеале подростки, больные шизофренией, мечтают о

том, чтобы их семьи были сплоченными, чтобы семейные правила были открыты, служили позитивными ориентирами для каждого члена семьи. Полученное расхождение между реальным и идеальным восприятием семьи у подростков, больных шизофренией, свидетельствует о неудовлетворенности семейной ситуацией.

Опросник ADOR позволил получить данные о поведении и методах воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом возрасте.

Высокая непоследовательность, как проводимая родителями линия воспитания, обнаружена у 92 (76,6 %), показатель «враждебность» родителей в отношениях с ребенком составляет 88 (73,3 %) человек, директивность родителей как высокую оценили 84 (70,0 %) подростка. Тогда как в большинстве случаев низкие результаты отразились по пунктам «автономность» и «позитивный интерес». Автономность родителей подростки оценили как низкую – 64 (53,3 %). Всего 12 (10,0 %) подростков оценили позитивный интерес к ним со стороны родителей как высокий и 76 (63,3 %) – как низкий.

Оценка семейного взаимодействия со стороны родителей подростков, больных шизофренией, была произведена с помощью опросника «Анализ семейного воспитания – АСВ».

Отмечалась высокая частота отклонений от нормативных значений многих параметров семейного воспитания, что свидетельствует о том, что эти семьи «неэффективно опекают» больного подростка.

При анализе результатов обследования было выявлено преобладания по шкале «внесение конфликта между супругами в сфере воспитания» (ВК), что составляет 176 (93,6 %) человек. На втором месте отразились результаты по шкале «непоследовательность воспитательной позиции» (Н), что составляет 160 (85,1 %) человек. На третьем месте оказались показатели по шкалам «неадекватность требований», что соответствует 112 (59,5 %) человек. Большая часть отразилась по шкале «фобия утраты ребенка» (ФУ), что составляет 104 (55,3 %) человека.

Заболевание шизофренией создает специфические проблемы в семейных взаимоотношениях. В наибольшей степени, по нашему мнению, эти проблемы отражаются как оценивающие эмоциональную реакцию родителей на «неадекватное» поведения члена семьи, степень адекватности социальных ожиданий от больного. Психическое заболевание вынуждает родителей рассматривать все предшествующие ожидания и расчеты, касающиеся потенциальных возможностей заболевшего члена семьи, в совершенно неожиданном для них контексте, обусловленном его патологическим поведением.

В этих случаях возникает необходимость исследования эмоционального состояния у родителей подростков, больных шизофренией.

По методике Бека у 44 (23,4 %) родителей выявляется легкая степень депрессии, у 116 (61,7 %) – умеренная степень и у 28 (14,9 %) – тяжелая степень депрессии.

По «Шкале ситуативной и личностной тревожности» показатели уровня личностной тревожности соответствуют низким значениям – 154 (82 %), умеренным значениям – 34 (18 %) человека, тогда как показатели уровня ситуативной тревожности соответствуют умеренным значениям – 66 (35,1 %) и высоким значениям – 122 (64,9 %).

Таким образом, у родителей подростков, больных шизофренией, в большинстве случаев отмечается депрессивно-тревожное состояние. Причем в структуре тревожного состояния высокие результаты отразились по параметру ситуативная тревожность, по параметру личностная тревожность (базовое свойство личности) имеются более низкие показатели.

В распределении по уровням тревожно-депрессивного состояния у родителей в соответствии с частотой обострений у подростков отмечается явная зависимость. Чем более благоприятное течение болезни (более высокое качество ремиссий после приступов), тем ниже уровень тревожно-депрессивного состояния у родителей. Вероятно, усиливает негативные эмоциональные реакции со стороны родителей их неадекватная позиция относительно тяжести заболевания и непринятие факта действительно тяжелого психического расстройства.

И все-таки в этих ситуациях важно определить ключевой фактор, влияющий на внутрисемейное функционирование и на эмоциональное состояние родителей. Можно предположить, что универсальным фактором, влияющим на семейное функционирование, являлась адекватность ожиданий от больного со стороны родителей, которая, по нашему мнению, интегрирует в себе эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции членов семьи на подростка. В целом можно сказать, что тип поведения и эмоциональное состояние родителей может быть обусловлено действием ценностных установок.

В данном случае нам было необходимо изучить установки во взаимоотношениях родителей подростков, больных шизофренией.

По методике ABC для многих обследованных родителей болезнь подростка являлась психотравмирующей ситуацией, на которую они реагировали выраженным чувством стыда, вины а также агрессивными проявлениями по отношению к ребенку, испытывали состояние тревоги и депрессии. Психотравмирующей для них являлась в первую очередь социальная оценка, негативно воспринимались необходимость посещения врача-психиатра, а также неадекватность поведения

подростка и конфликты в семье. Анализ их дисфункционального мышления выявил преобладание сверхсоциализированных установок: «психическое заболевание у ребенка – это позор» (96,8 %), «психическое заболевание игнорируется и презирается людьми» (84 %), «психическое заболевание – это опасно»; катастрофических установок типа «жизнь опасна и полна страданий, если в семье есть психически больной» (70,2 %), «будет ужасно, если люди узнают, что мой ребенок болен» (86,1 %); а также жестких долженствований по поводу того, каким должен быть ребенок «мой ребенок должен быть как все дети» (84 %). Произвольные заключения: «Я плохой родитель» (40,4 %), «Мой ребенок слаб и не способен ни к чему» (30,8 %), «Врачи моему ребенку не помогут, только хуже сделают» (16,8 %), «Я виновата в болезни моего ребенка», (16,8 %), «Люди не способны сострадать и сочувствовать» (16,8 %).

Полученные результаты говорят о том, что в соответствии с иррациональными установками родители подростков, больных шизофренией, на психотравмирующую ситуацию реагируют чрезмерными негативными эмоциями, под влиянием которых родители не только думают и чувствуют, но и принимают жизненно важные решения, совершают те или иные поступки, строят свое отношение с миром.

Можно предположить, что дисфункциональные установки о «позорности» и «недоброжелательном настрое окружающих» влекут за собой постоянное ожидание презрения и насмешек окружающих вместо понимания и помощи; родители стремятся скрыть факт заболевания и дистанцироваться от окружающих. Следствием чего является длительное неприятие болезни, отказ от лечения и от контактов с психиатрами для поддержания социального образа в глазах окружающих. Последствиями, как правило, является позднее обращение к врачу, отказ от своевременного лечения и усиливающаяся социальная изоляция семьи.

Убеждение «о неизлечимости психических заболеваний» препятствует созданию системы эффективного управления заболеванием и пониманию необходимости долгосрочной лекарственной терапии. Более того, это убеждение побуждает родителей обращаться за помощью к разного рода дилетантам и шарлатанам в расчете на «чудесное» исцеление при помощи «нетрадиционных» методов терапии.

Установка долженствования «мой ребенок должен быть как все», жизнь «в режиме сравнения» больного подростка с другими подростками, при ориентации на «нормативность», стремление жестко следовать общепринятым нормам, стандартам и приличиям. Для родителей в жизненных ситуациях характерны завышенные, по

сравнению с возможностями подростка, требования (завышенный уровень притязаний к подростку), безупречности поведения в той или иной ситуации.

Установки об «опасности» психического заболевания» приводит к чрезмерным мерам изоляции больного, страху агрессии со стороны больного и опасности не справиться с каким-либо делом. Это во многом затрудняет полноценное общение.

Следует также отметить, что часть семей имеют противоречивые дисфункциональные установки, которые способствуют росту тревоги и парализуют активность.

Таким образом, наш опыт показывает, что родители подростков, больных шизофренией, имеют определенные иррациональные установки, которые заставляют их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и соответственно испытывать отрицательные эмоции и неадаптивно действовать.

На основе данных, полученных в ходе исследования, нами разработана и внедрена программа родительской компетентности с родителями подростков, больных шизофренией. В качестве основного механизма тренинга можно выделить осознание у родителей своих иррациональных установок, которые приводили к нарушению взаимоотношений в социальной среде. Осознание своих установок как неадаптивных было достигнуто путем формирования новых адекватных – непротиворечивых.

Участники группы, звено за звеном, проживали и понимали причины возникновения своих нарушенных взаимоотношений и устанавливали психологически понятную взаимосвязь с особенностями своей системы отношения (в себе, к другим людям, к миру) и неадаптивными установками.

На этом был основан подход к подбору упражнений для практикума. Они направлены на координацию неадаптивных установок. В ряде упражнений акцент делается на актуализацию переживаний эмоционального, чувственного, аффективного компонентов поведения, связанного с травмирующими ситуациями. Необходимо вывести эти потенциально значимые для человека переживания на уровень осознания. Осмысление участниками эффектов привязанности к стереотипным точкам зрения и сосредоточенности на своих мыслях, представлениях, желаниях и т. п. ошибочных суждений и будет толчком, источником инсайта, процессом рефлексивного осознания, дающим возможность сознательно соотносить переживания с их неадаптивными установками и трансформировать на адаптивные. Поэтому часть упражнений направлена на когнитивное осмысление переживаний в процессе взаимодействия участников, для того чтобы потенциально насыщенные внутренними смыслами ситуации

межличностного взаимодействия давали не скоропреходящий опыт, который быстро забывается, а действительно способствовали развитию механизма толерантных моделей поведения, навыкам конструктивного взаимодействия. Нами использовались элементы поведенческого тренинга, тренировки полученных умений. Наряду с вышеперечисленным в основу разработанной программы по преодолению неадаптивных установок были положены представления о субъект-субъектной форме общения как глубинном личностном общении, о невербальном поведении личности как внешней форме существования и проявления её психического мира. Были использованы положения о механизмах обратной связи.

Повторные исследования дали возможность сравнить показатели клинико-психологических и психологических характеристик одних и тех же исследуемых для определения динамики психокоррекционной работы. Испытуемые родители группы сравнения имели схожие результаты с предыдущим исследованием. У родителей, которые посещали тренинг родительской компетентности, происходили позитивные изменения:

- наблюдалась положительная динамика при анализе внутрисемейных отношений. В большинстве случаев отмечался последовательный, доброжелательный стиль воспитания с заинтересованным участием родителей в жизни подростка. Подростки оценивают свои семьи преимущественно гармоничными, сбалансированными и функциональными;
- в эмоциональном состоянии родителей выявилось значительное снижение показателей тревожно-депрессивного состояния;
- отмечалась положительная динамика в исследовании иррациональных установок родителей. Родители меняли неадаптивные убеждения на адаптивные. Понимали необоснованность собственных неадаптивных мыслей. Показывали, что они не опираются на объективную реальность.

Данные, полученные в результате проведенного исследования, показывают, что родители подростков, больных шизофренией, имели определенные иррациональные установки, которые заставляли их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и соответственно испытывать отрицательные эмоции и нерационально действовать.

В процессе тренинговых занятий, которые были направлены на осознание иррациональных установок и замену их рациональными, участникам представилась возможность добиться комплайенса (осознанного сотрудничества между врачом, больным и членами его семьи). Произошло достижение адекватного понимания болезни подростков, расширение навыков конструктивного общения в семье,

улучшение эмоционального состояния. Все это создает необходимые условия для формирования стойкой ремиссии, адаптации пациента и реализации его способностей.

### **Список литературы**

1. Андреева Г. М. Социальная психология: учебник для высших учебных заведений. 5-е изд. испр. и доп. М.: Аспект Пресс, 2008. 363 с.
2. Асмолов А. Г. На перекрестке путей к изучению психики человека: бессознательное, установка, деятельность // Бессознательное. Природа, функции, методы исследования. Тбилиси: Мецниереба, 1985. С. 77–90.
3. Маришук В.Л. О некоторых особенностях влияния психологической установки на деятельность умозаключения и решения // Прикладная психология. 1999. № 3. С. 57–63.
4. Оллпорт Г. Психология индивидуальности // Личность. Теории, упражнения, эксперименты / под. ред. Р. Фрейджер и Д. Фейдимен: пер. с англ. СПб.: Прайм – ЕВ – РОЗНАК, 2004. 608с.
5. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учебное пособие для студентов вузов. М.: ТЦ Сфера, 2002. 512 с.
6. Узнадзе Д. Н. Общее учение об установке // Хрестоматия по психологии. М.: Просвещение, 1987. С. 101–108.
7. Шихирев П. Н. Социальная установка как предмет социально-психологического исследования // Психологические проблемы социальной регуляции поведения. М.: Наука, 1976. С. 278–295.
8. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход: пер. с англ. СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 272 с.
9. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. 656 с.
10. Allport H. Social Attitudes and Social Consciousness. In: Hollander, Edwin P., and Raymond G. Hunt (eds.) *Classic Contribution to Social Psychology*. New York: Oxford University Press/London: Toronto, 1972. P. 189–190.
11. Beck A. Cognitive therapy: Past, present, future // *J. Consult Clin. Psychol.* 1993. V. 61. N 2. P. 194–198.

**INSTALLATION OF THE PARENTS OF ADOLESCENT PATIENTS  
WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR CORRECTION IN THE  
TRAINING OF PARENTAL COMPETENCE**

**L.V. Maltseva**

Tyumen state university

Examined 120 adolescent patients with schizophrenia and 188 of their parent. As a result of the survey were identified irrational set of parents. On the basis of the data obtained in the course of the study, was designed and implemented a programme of parental competence with the parents of adolescent patients with schizophrenia. As the main mechanism of the training was the recognition of the parents of their irrational plants and replacing them by rational.

**Key words:** *Irrational installation, anxiety and depression, dysfunctional type of education. The parents of adolescent patients with schizophrenia.*

*Об авторах:*

МАЛЬЦЕВА Людмила Валентиновна – аспирант кафедры клинической и юридической психологии ГОУ ВПО «Тюменский государственный университет» (625003, г. Тюмень, ул. Семакова, 10), e-mail: Lvmaltseva@mail.ru