



**МАТЕРИНСТВО И ШИЗОФРЕНИЯ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ**

<https://orcid.org/0009-0006-6331-2396>

UDC 616-089-053:610.08

Istamov M.B.

Bukhara State Medical Institute

*Istamov Mirmuhsinjon Bahodirovich-Abu Ali Ibn Sino Bukhara State
Medical Institute. Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and
Medical Psychology Bukhara, Uzbekistan*

Аннотация. В настоящее время мало внимания уделяется тому факту, что большое число психически больных женщин являются матерями. Большинство исследований сфокусировано на изучении жестокости психически больных женщин к детям и психических расстройствах, связанных с репродуктивным циклом женщины. Изучение объединяющих аспектов феноменов материнства и психической болезни ограничены общепринятым мнением о том, что большинство больных женщин — плохие матери. В статье анализируются основные подходы к изучению этой проблемы.

Ключевые слова: материнство, шизофрения, жестокое обращение с детьми, психические расстройства, связанные с репродуктивным циклом.

**MOTHERHOOD AND SCHIZOPHRENIA.
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MOTHERING AMONG WOMEN
WITH SCHIZOPHRENIC ILLNESSES**

The summary. Little attention in research has been paid to the fact that the majority of severe mentally ill women are mothers. The published literature was mainly focused on child abuse and reproductive psychosis issues. Research



integrating «mental illness» and «motherhood» has been limited by a widespread assumption that all mentally ill women are inherently poor mothers. Little attention has so far been paid to the psychological aspects of women dealing with schizophrenia and mothering. This article selectively reviews and assesses different approaches to psychotic mothers issues.

Key words: motherhood, schizophrenia, child abuse, reproductive mental disorders.

Патология родительского поведения — одна из наиболее острых и наименее изученных проблем психологии и психиатрии. Ежегодно увеличивается количество детей, чьи родители лишаются родительских прав. В 1998 г. число детей, чьих родителей лишили прав, составляло 46,5 тыс., в 2006 г. — 74,1 тыс., в 2007 г. — 77, 4 тыс. (145,9% от уровня 2000 г.). В 2007 г. в России выявлено 3569 случаев жестокого обращения с детьми¹.

В современном представлении нормативное поведение матери по отношению к ребенку направлено на сохранение и развитие его психического, физического и духовного здоровья. Грубые отклонения материнского поведения нарушают и затрудняют нормальный процесс развития ребенка². Девиантное материнство (термин В.И. Брутмана) ассоциируется с такими негативными явлениями, как родительская жестокость, насильственные преступления, направленные против детей, пренебрежение их нуждами, отказ от ребенка (child abuse and neglect). Одним из важнейших факторов формирования девиантного материнского поведения современные исследователи считают наличие у женщины психической болезни³. Ими отмечается, что удельный вес психической патологии возрастает по мере утяжеления форм родительской жестокости.

Нарушения материнского поведения больных шизофренией. Начиная с 1940-х гг. в зарубежной литературе появились работы, посвященные проблеме жестоких матерей. Исследователи связывали ситуации агрессии против детей с наличием тяжелого психотического состояния у матери. Так, L. Bender в



случаях депрессии и шизофрении находил механизм идентификации, при котором «начальные наклонности к самоубийству постепенно преобразовываются в наклонности к убийству ребенка и себя или только ребенка, ставшего предметом бреда матери, переносящей на него свои болезненные симптомы, как на частицу самой себя»⁴.

J.Ph. Resnick разделил группу агрессивных действий в отношении детей на следующие три категории:

- 1) «альтруистическое» убийство по бредовым или сверхценным мотивам;
- 2) агрессивные действия в остропсихотическом состоянии (под влиянием галлюцинаций);
- 3) социально обусловленные убийства (убийства и агрессия к «нежеланным» детям, из мести супругу)⁵.

В дальнейшем ученые отошли от позиции однозначной привязки материнской жестокости к острым состояниям. К. Niedermeyer отрицал однозначную связь между агрессией по отношению к детям и психотическим состоянием. Автор обнаружил, что среди женщин, жестоко относящихся к своим детям, лишь незначительное количество истязало детей по болезненным мотивам. Причину жестокости Niedermeyer видел в особом психическом складе агрессивных ма-

терей, когда женщина лишена способности заботиться о ребенке в силу отсутствия у нее «развитых материнских установок»⁶.

В конце XX в. R. Famularo и другие ученые исследовали женщин с навязчивыми мыслями о детоубийстве. Для образования навязчивых мыслей об убийстве у женщин исследователи предполагали обязательное наличие двух предрасполагающих факторов: характерологических особенностей и экзогенных факторов стрессового типа. К особенностям характера они относили шизоидный, социопатический («конфликтные истерички»), неврастенический типы дезадаптации. Среди стрессовых факторов они



различали биологический (роды — основной стрессовый фактор, менопауза, острый гипертиреозидизм, острые инфекционные заболевания) и психосоциальный (семейные конфликты, растущие обязанности матери, смерть близких, тяжелая болезнь ребенка, финансовые затруднения)⁷.

В последние годы в зарубежных исследованиях наметился сдвиг к рассмотрению социальных условий формирования материнской жестокости. Появилось множество исследований, направленных на отказ от «стигматизации» психически больных женщин⁸. Так, австралийские исследователи M. Lagan, K. Knights, J. Barton выяснили, что при наличии адекватной социально-психологической поддержки больных женщин риск развития девиантных форм материнского поведения в этой группе населения снижается⁹.

Английский специалист A. Diaz-Caneja исследовала 22 женщины, больных шизофренией и имевших детей. Полученные результаты свидетельствовали об отсутствии существенных нарушений в материнском функционировании в тех случаях, когда присутствовали социальная поддержка и участие в уходе за детьми со стороны супруга¹⁰.

Похожий путь трансформаций прошло и отношение к этой проблеме отечественных исследователей. Так, в 1974 г В.П. Мартыненко провела ряд исследований, доказывающих, что особой агрессивностью в отношении своих детей отличаются больные шизофренией. В одной из своих работ она исследовала 105 психически больных женщин, совершивших агрессивные действия в отношении детей, отличавшиеся жестокостью вплоть до убийства. Анализ исследований показал, что наиболее часто встречающимся психическим заболеванием, при котором совершались акты жестокости в отношении детей, являлась шизофрения. Основным психопатологическим синдромом, при котором было выявлено жестокое отношение к детям, был аффективно-бредовой синдром в его депрессивно-параноидном варианте¹¹.



Большинству жестоких матерей в исследованиях В.П. Мартыненко и других ученых, занимавшихся подобной проблематикой¹², диагноз «шизофрения»

был выставлен уже после совершения насилия над детьми, в процессе возбуждения уголовного дела. До этого женщины были вполне социально адаптированы, а некоторые из них работали в детских учреждениях. Этот факт вызвал интерес к преморбидным особенностям жестоких матерей и поставил задачу под другой угол зрения: именно ли острое психотическое состояние вызывает такое поведение со стороны матери по отношению к своему ребенку? Н.В. Вострокнутов в своих исследованиях не обнаружил тяжелых психозов в анамнезе жестоких матерей, но находил в их преморбиде неуживчивость, замкнутость, обидчивость, ранимость. Части больных с раннего возраста были присущи некоторые болезненные проявления¹³.

В.И. Брутман объяснил кажущиеся противоречия, обнаруженные в предыдущих своих исследованиях. Он выявил, что суть нарушений материнского поведения женщин, страдающих шизофренией, состоит в том, что они менее склонны ориентироваться на реципрокность процесса общения с ребенком, а также затрудняются в дифференциации своих потребностей от потребностей ребенка. Хронические стертые симптомы, такие как уплощенность аффекта, могут хуже сказываться на материнско-детском взаимодействии, нежели ярко выраженные. Была выявлена зависимость нарушений материнской сферы от возраста дебюта шизофрении: чем раньше проявлялась болезнь, тем значительнее оказывались искажения материнской сферы личности, несмотря на то, что шизофрения у заболевших в детстве женщин часто имела вялое течение и не приводила к выраженной дезадаптации. Однако материнская сфера у таких больных не успевала развиваться и оформиться, она оказывалась в свернутом, зачаточном состоянии и характеризовалась инфантильностью, неприятием материнской роли, холодностью и враждебностью по отношению к ребенку¹⁴.



Такие негативные и драматичные социальные явления, как пассивные и активные формы агрессии, направленной на детей, часто, но не всегда оказываются следствием наличия у матери особых форм этой болезни.

Психические нарушения, сопровождающие репродуктивный цикл. Одно из направлений изучения взаимосвязи материнства и психической болезни лежит в области исследования психической патологии, связанной с репродуктивным циклом женщины. В статьях М. Маргулиса об этапах становления материнства и нарушениях течения беременности отмечается, что «половое созревание, половой акт, девятимесячное созревание, акт рождения человека, высший акт материнства сопровождаются для женщины рядом физически тяжелых процессов, часто ведущих к возникновению психозов. Будущие права материнства женщина приобретает иногда тяжелым и тернистым путем. В настоящее время мы говорим уже не только о «почке беременных» или «печени беременных», но и о «мозге беременных»¹⁵.

В мировой литературе, затрагивающей психозы репродуктивного цикла, много работ посвящено психотическим переживаниям во время беременности. Одни исследователи склонялись к тому, что женщины, переносящие психоз в период беременности, являлись психически больными уже до нее, т.е. состояние беременности лишь усилило начавшееся заболевание¹⁶. Другие видели в переживании беременности особое состояние, само являющееся ядром психической болезни. Они считали, что женщины, перенесшие психоз во время беременности, — это, как правило, инфантильные личности. В отличие от женщин сформировавшихся, обладающих зрелыми материнскими переживаниями, они не могут вынести ответственности за жизнь ребенка и потому дезадаптируются¹⁷.

Много работ посвящено психопатологии родов. Известно, что роды сопровождаются состояниями измененного сознания, в частности, схватки отмечены маниакальным аффектом с повышенной агрессивностью, возбужденностью, эмоциональной насыщенностью. Большинство



исследователей считают такие состояния отклонениями в рамках нормы и не связывают их возникновение с наличием психического заболевания у роженицы¹⁸.

Существует альтернативная точка зрения о том, что подобные состояния во время родов неестественны и являются следствием нарушений регуляции мозгом психофизиологических актов, связанных с родами. Исследователи, придерживающиеся этой точки зрения, подчеркивают роль психологических процессов, сопровождающих роды¹⁹.

Очевидно, что нарушения психики в период родов могут повлечь опасные для новорожденного ребенка действия.

Еще одна большая группа исследований сосредоточена в области изучения психических заболеваний, называемых послеродовыми психозами. Мнения ученых также расходятся по двум направлениям. Одни считают, что послеродовые состояния — это проявление текущего психического заболевания²⁰, другие рассматривают послеродовые состояния как отдельную нозологическую группу. Последние большое значение в патогенезе этих расстройств уделяют гормональным изменениям после родов и взаимосвязи гормональных изменений с эмоциональностью²¹.

Психопатология послеродового периода имеет много форм, наиболее тяжелыми из которых являются эмоциональные расстройства разной степени тяжести (maternity blue), тревога (puerperal panic), расстройства материнско-детских отношений, агрессивность к ребенку вплоть до инфантицида²². Подробно описаны биполярные циркулярные состояния, возникающие сразу после родов в виде эйфорических переживаний, которые постепенно трансформируются в депрессивные состояния. Эти состояния также известны как лактационные психозы²³.

До сих пор психологи спорят о значении послеродовой депрессии. Одни считают это заболевание основным фактором, нарушающим материнско-детские отношения на ранних этапах развития ребенка, и потому



особенно опасным с точки зрения функционирования женщины как матери²⁴. Другие придерживаются мнения о том, что нарушение материнско-детских отношений является следствием недостаточно развитого материнского комплекса вследствие проблем во взаимодействии с собственной матерью²⁵.

Отечественные исследования отклоняющегося материнства при наличии психической патологии показывают, что характер нарушений материнского поведения соответствует клинически выраженной симптоматике. Так, в случае депрессии подавленное настроение матери и ее сниженная самооценка влияют на эмоциональный отклик матери и на ощущение собственной материнской некомпетентности²⁶.

Таким образом, в области исследований этиопатогенеза психических расстройств, сопровождающих репродуктивный цикл женщины, существуют две точки зрения: клиническая, где репродуктивный цикл рассматривается как провоцирующий фактор в развитии существующего психического заболевания, и психологическая, где психотические состояния являются отражением нарушений психоэндокринной регуляции репродуктивного поведения и имеют социопсихологические причины.

Феномен девиантного материнства и психическая болезнь у женщин имеют глубинную взаимосвязь и общую сущностную основу хотя бы потому, что большая часть психически больных женщин имеет детей. Опыт стран Европы и США показывает, что, несмотря на улучшающиеся социальные условия, девиации материнского поведения не исчезают, а лишь трансформируются из активных форм родительской жестокости в ее пассивные проявления.

LIST LITERATURE

1 Межличностное насилие и алкоголь в Российской Федерации. Разорвать замкнутый круг: рассмотрение проблем межличностного насилия в Российской Федерации с точки зрения общественного здоровья: программа по



профилактике насилия и травматизма. Европейское бюро ВОЗ (2006). URL: <http://www.euro.who.int/pubraquest>.

2 Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком: причины, последствия, помощь. М., 2005.

3 Брутман В.И., Морозова К.В. Состояние материнской сферы у больных шизофренией // Журнал практического психолога. 2003. № 4—5; Вострокнутов Н.В. Аномальное материнское поведение // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии: сб. науч. работ. СПб., 1999. С. 155—161; Мартыненко В.П. Общественно опасные действия женщин, больных шизофренией, направленные против детей: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1974; Bender L. Psych. mechanisms in child murd. J. Nerv. Ment. Dis. 1934. P. 80, 32—47; Famularo R., Kinscherff R. Psychiatric diagnoses of abusive mothers. A preliminary report. J. Nerv.

Ment. Dis., 1992. Oct., 180 (10), 658-61.

4 Bender L. Op. cit.

5 Resnick J.Ph. Child murder by parents // Amer. J. Psych. 1969. № 126. P. 3, 325—334. Niedermeyer K. Kriminelle Kindermisshandlung durch die Mutter. Psychiatrische Begutachtungsfragen im Zivilrecht. Jena, 1971, Heft 11. P. 37—48.

7 Famularo R., Kinscherff R. Op. cit.

8 Diaz-Caneja A. et al. The views and experiences of severely mentally ill mothers — a qualitative study // Soc Psychiatr Epidemiol. 2004. Jun, 39 (6): 472-82; Lagan M., Knights K. et al. Advocacy for mothers with psychiatric illness: a clinical perspective. Int. J. Ment. Health Nurs. 2009. Feb. 18(1): 53-61.

9 Lagan M., Knights K. et al. Op. cit.

10 Diaz-Caneja A. et al. Op. cit.

11 Мартыненко В.П. Указ. соч.

12 Вострокнутов Н.В. Указ. соч.; Мартыненко В.П. Указ. соч.

13 Вострокнутов Н.В. Указ. соч.

14 Брутман В.И., Морозова К.В. Указ. соч.