


**МАСТЕРА  
ПСИХОЛОГИИ**

Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис

**ПСИХОЛОГИЯ  
И ПСИХОТЕРАПИЯ  
СЕМЬИ**

4-е издание



 ПИТЕР

Мастера психологии

Эдмонд Эйдемиллер

**Психология и психотерапия семьи**

«Питер»

## Эйдемиллер Э. Г.

Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер —  
«Питер», — (Мастера психологии)

Четвертое издание монографии (предыдущие вышли в 1990, 1999, 2001 гг.) переработано и дополнено. В книге освещены основные психологические механизмы функционирования семьи – действие вертикальных и горизонтальных стрессоров, динамика семьи, структура семейных ролей, коммуникации в семье. Приведен обзор основных направлений и школ семейной психотерапии – психоаналитической, системной, конструктивной и других. Впервые авторами изложена оригинальная концепция «патологизирующего семейного наследования». Особый интерес представляют психологические методы исследования семьи, многие из которых разработаны авторами. Издание предназначено для психологов, психотерапевтов и представителей смежных специальностей.

© Эйдемиллер Э. Г.

© Питер

## Содержание

От авторов	5
Предисловие к четвертому изданию	10
Предисловие к первому изданию	12
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	13
Что такое семейная психотерапия и кто такие семейные психотерапевты?	14
<b>Глава 1. СЕМЬЯ КАК ИСТОЧНИК ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ</b>	28
Современная семья и нарушения ее функционирования	29
Нормально функционирующие семьи, нормальное супружество. Дисфункциональные семьи и супружество	33
Стадии супружеских отношений	34
Нарушения жизнедеятельности семьи	37
Семья как источник психической травмы	41
Состояние глобальной семейной неудовлетворенности	42
«Семейная тревога»	44
Семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение	45
Чувство вины, связанное с семьей	47
Пути выявления семейно обусловленных психотравмирующих состояний	48
Семья как фактор, определяющий реакцию индивида на психическую травму	48
<b>Глава 2. НАРУШЕНИЕ ОСНОВНЫХ СФЕР ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ КАК ИСТОЧНИК ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ</b>	51
Нарушение личностных предпосылок нормального функционирования семьи	52
Появление в семье психически больного	52
Основные направления развития семьи психически больного. «Водораздельная теория»	58
Конец ознакомительного фрагмента.	62

# Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис

## Психология и психотерапия семьи

*Нашим Учителям —  
нашим родителям, нашим детям,  
нашим родственникам,  
нашим клиентам и  
нашим друзьям посвящаем*

### От авторов

У каждого семейного психотерапевта была первая семья, с которой он работал, – та, которая, собственно, и помогла сделать «великое открытие» – понять, что у пациентов, оказывается, есть семьи. Один из нас сделал такое открытие в 1970 г. Подросток с шизофренией и его мать вместе явились на сеанс психотерапии. Мать – энергичная властная женщина – сама заняла свободный стул напротив психотерапевта, сев рядом с сыном, и принялась руководить его поведением. Стало понятно, что они составляют вместе единое целое. Но знания и опыт Э. Г. Эйдемиллера ничего об этом не говорили. Куда полезнее оказался здравый смысл и искреннее стремление просто понять, что происходило в этой семье, вместо того чтобы приклеивать ей психиатрический ярлык. Об этом первом своем «семейном сеансе» Э. Г. Эйдемиллер рассказал на конференции молодых ученых. К удивлению, его рассказ слушали с интересом, а комиссия присудила за него премию. Однако в действительности от работы с первой семьей осталось больше вопросов, чем ответов. Какая-то часть ответов была получена в работе со второй семьей, но зато появились и новые вопросы. Так началось для нас то, что продолжается уже почти 30 лет, – семейная психотерапия.

Многие специалисты – психологи и психиатры, и в первую очередь детские, специфика работы которых и заключается в необходимости вступать в контакт с родителями психически больных детей, выслушивать их жалобы – накапливали собственный опыт в семейной психотерапии. Зачастую сообщения родителей бывают единственным источником информации о том, как рос, развивался и как заболел ребенок, кроме того, родители этих детей нуждаются в утешении и поддержке, и все эти задачи приходится решать в комплексе.

Индивидуальный стиль каждого психотерапевта – В. И. Гарбузова, А. И. Захарова, А. А. Щеголева, Э. П. Кузнецовой, Е. А. Шаповал, А. С. Спиваковской и других – предопределял своеобразие работы с семьями. У нас была возможность встречаться с ними в формальных и неформальных условиях и обмениваться опытом.

Литературы о семейной психотерапии на русском языке практически не было, за исключением наших собственных статей. Знакомство с зарубежным опытом происходило в ходе личных встреч с такими выдающимися психотерапевтами, как В. Сатир, К. Витакер, С. Кратохвил, С. Ледер, О. Бах, супруги Кноблех и Шнайдер, Б. Фурман, Киришти Хааланд, А. Куклин и Д. Г. Барнс. Прочтение монографии С. Минухина «Семьи и семейная терапия», вышедшей в 1974 г., открыло для нас новый мир структурной психотерапии.

Первую нашу теоретическую статью, посвященную семейной психотерапии, нам удалось опубликовать лишь в 1989 г. в журнале «Семейная психиатрия» под редакцией Д. Хайуэлса в Великобритании. Мы испытывали большие трудности с концептуализацией собственного психотерапевтического опыта. Кроме того, чтобы издать монографию по медицине, необходимо было либо принадлежать к ограниченному кругу лиц, для которых были открыты двери изда-

тельств, либо искать себе могущественного соавтора, либо иметь сильные, но далекие от науки аргументы в пользу ее опубликования.

Только сильная дружеская поддержка Б. Д. Карвасарского позволила нам работать начиная с 1985 г. над монографией «Семейная психотерапия», которая была опубликована в 1990 г. в Ленинградском отделении издательства «Медицина».

Немало сделали для ее появления и рецензенты – профессор А. Е. Личко и профессор В. К. Смирнов, которые своими доброжелательными критическими замечаниями способствовали ее улучшению. Было два замечания – слишком большое количество ссылок на постановления съездов ЦК КПСС и то, что собственный опыт и теоретизирование превалировали над опытом и теориями западных специалистов. Необходимость в ссылках со временем отпала сама по себе, а что касается второго замечания, то на этот раз мы представили более широкую панораму западной семейной психотерапии, оставив за собой право поделиться с читателями нашими собственными мыслями и психотерапевтическим опытом.

Эта книга была написана в результате нашей дружбы и совместной творческой работы, которая началась в 1974 г., когда В. Юстицкис приехал на стажировку в Психоневрологический институт им В. М. Бехтерева. Это было время упоенных, жестких, а порой и жестоких дискуссий о необходимости появления среди врачей медицинских психологов, о месте и роли психологических тестов в клиническом исследовании психически больных, о возможностях и эффективности психотерапии, особенно групповой, при неврозах, алкоголизме, шизофрении и психосоматических заболеваниях.

Многие психиатры еще в студенческие годы слышали от своих уважаемых учителей, что самая большая ошибка, которую может допустить психиатр, заключается в том, что вместо «объективного» психопатологического анализа им может быть допущен «субъективный» психологический анализ болезни пациента. Тех психиатров, которые занимались психологией и психотерапией, ортодоксальные психиатры считали фрондерами и едва ли не предателями. В какой-то мере взаимное недоверие сохраняется и по сей день.

Мы хотим назвать имена тех, с кем вместе в конце 60-х – начале 70-х гг. создавали семейную психотерапию в СССР, – Валентины Карловны Мягер, Александра Ивановича Захарова. В 1969 г. В. К. Мягер опубликовала первую в СССР статью о семейной психотерапии.

В память об этом Э. Г. Эйдемиллер и А. З. Шапиро организовали в 1999 г. Международную конференцию, которая называлась так же, как данная монография.

В 1978 г. вышел под редакцией В. К. Мягер и Р. А. Зачешицкого сборник трудов Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева «Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях» – первый в СССР сборник, посвященный теоретическим и практическим аспектам семейной психотерапии. В нем были представлены исследования 30 советских ученых, проведенные в 70-е гг. Это было своеобразное подведение итогов: кто и что сделал на ниве семейной психотерапии.

Развитие семейной психотерапии в России прошло несколько этапов.

Вначале семейные психотерапевты скрупулезно накапливали информацию о том, «как живут вместе пациент и его родственники». Сказывалась психиатрическая традиция сбора анамнеза – очень важно было охарактеризовать личностное своеобразие каждого члена семьи, а затем, суммировав психопатологические профили, понять сущность семьи как суммы входящих в нее индивидуальностей. Затем каждому члену семьи назначали определенное лечение – медикаменты, занятия АТ, сеансы гипноза и т. д. Этот этап условно можно назвать психиатрическим.

Однако такой подход продержался недолго. Следуя традициям отечественной психологии, и в первую очередь концепции «психологии отношений» В. Н. Мясищева, семейные психотерапевты помогали членам семьи осознавать и корректировать те паттерны поведения,

которые закладывались на ранних этапах онтогенеза. Этот этап развития семейной психотерапии можно с полным основанием назвать психоаналитическим (психодинамическим).

Начиная с середины 80-х гг. в нашей стране основным становится системный подход к семейной психотерапии, а в дальнейшем – синтез «психологии отношений» В. Н. Мясищева и основных положений кибернетики и системного подхода (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Eidemiller E., 1996). Семейный психотерапевт перестал играть роль судьи, который собирал информацию у всех членов семьи, оценивал ее и давал семье либо «квалифицированный совет» (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1983), либо предписание – вести себя в определенных ситуациях определенным образом. Теперь семейный психотерапевт не только осуществляет присоединение к семье, но и входит в нее в качестве элемента, обладающего энергией, информацией и волей, побуждает членов семьи к терапевтическим изменениям, к пересмотру существующих правил и границ, подсистем и коалиций.

Отгалкиваясь не столько от информации, содержащейся в прочитанных книгах о семейной психотерапии, сколько от собственного опыта, мы сформулировали в качестве одного из базисных принципов семейной психотерапии принцип «взаимной акцептации психотерапевта и обслуживаемой им семьи» (Eidemiller E. G., Justitsky V. V., 1989). В этом нам помогла известная психотерапевт Нина Александровна Михайлова, светлой памяти которой мы хотим выразить большое уважение и признательность. На одном из клинических разборов, который мы проводили вместе с врачами-слушателями, она произнесла заветные слова: «Если вы хотите успешно работать с семьей, то добейтесь того, чтобы она приняла вас, а уж вы извольте принять их такими, какие они есть».

Многие известные отечественные психотерапевты тогда в своей профессиональной деятельности были эклектиками, а некоторые остаются ими и по сегодняшний день. Несмотря на это, с середины 80-х гг. отечественная семейная психотерапия начинает развиваться во взаимодействии с другими школами, в чем-то отставая от них, а в чем-то значительно их опережая. Оглядываясь назад и сравнивая пути развития семейной психотерапии в разных странах мира, можно прийти к выводу, что семейные психотерапевты шли по одной дороге, но с разной скоростью.

В 1989 г. медицинский центр «Гиппократ» собирался провести цикл тематического усовершенствования по семейной психотерапии, были разосланы приглашения в разные регионы страны. Мы ожидали большого наплыва слушателей, но результат обескуражил всех нас – только один человек подтвердил желание обучаться на таком цикле. В 1993 г. у себя на кафедре мы провели первый в стране цикл тематического усовершенствования по семейной психотерапии «Основы групповой и семейной психотерапии» продолжительностью 216 часов. Вместо ожидаемых 20 участников на цикл записались и прошли его 40 человек. В стране коренным образом изменилась ситуация: люди стали более открытыми, у них появился интерес к самим себе и к собственной жизни. Российские семьи все в большей степени удалялись от образа «советской семьи» как «бронированного сейфа с наглухо закрытой дверью, в глубине которого хранится скелет». Если раньше психотерапевт предлагал клиентам семейную психотерапию и в 70 случаях из 100 получал отказ, так как родители просили лечить носителя симптома – ребенка, подростка, другого члена семьи, то в настоящий момент значительно большее количество семей соглашается на психотерапию.

Сейчас насущной потребностью кафедр психотерапии, осуществляющих последипломную подготовку, стало решение вопроса, как наиболее эффективно обучать семейных психотерапевтов и консультантов, работающих в определенном национальном контексте.

Разумеется, семейные психотерапевты, в том числе и авторы этой монографии, не имеют готовых рецептов, но предлагают поделиться своим богатым житейским и психотерапевтическим опытом работы с дисфункциональными семьями. Семейная психотерапия не является

панацеей для решения проблем общества, но восстановление семьи, укрепление семейных связей – один из путей, ведущих к укреплению государства в целом.

Авторы отдают себе отчет в том, что если бы не встречи в жизни с разными людьми, знакомство с их богатым опытом, то настоящая книга не появилась бы.

Мы хотим поблагодарить Бориса Дмитриевича Карвасарского за то, что он явился инициатором написания монографии «Семейная психотерапия» в 1990 г. и за его дальнейшую поддержку авторов.

Мы хотим поблагодарить наших жен – Викторию Тарабанову и Тамару Юстицкис за помощь в написании этой книги.

Выражаем огромную благодарность Нине Викторовне Александровой за любовную заботу об авторах, за помощь в написании книги, за участие в семейной психотерапии в качестве котерапевта, за добрые советы и критику.

Со всей искренностью благодарим Ирину Леонидовну Коломиец за помощь в редактировании нашей монографии.

У авторов была и есть счастливая возможность сотрудничать с такими разными, такими самобытными и оригинальными психотерапевтами, как И. А. Агеева, Н. Л. Васильева, А. И. Вовк, И. В. Добряков, В. А. Ташлыков, М. Ю. Городнова, И. А. Колесников, И. Л. Коломиец, И. М. Никольская, А. Б. Холмогорова, А. З. Шапиро, Ю. С. Шевченко и другими. Авторы благодарны им за возможность вступать в дискуссии, обмениваться идеями, замечаниями.

Огромная благодарность нашим учителям – философу Николаю Яковлевичу Соловьеву и психиатру Андрею Евгеньевичу Личко.

Почему наша книга получила такое название? «Психология и психотерапия семьи» – это название цикла тематического усовершенствования продолжительностью 144 часа, программа которого была создана в 1996 г.

Со времени выхода в свет второго и третьего изданий книги «Психология и психотерапия семьи» авторы накапливали опыт, обретали новые знания и опровергали собственные старые представления о психологии и психотерапии вообще и семейной в частности.

Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой разработана модель аналитико-системной семейной психотерапии. Обучение этой модели осуществляется на нашей кафедре.

Как была написана эта книга? В шутку можно было бы привести слова И. Ильфа и Е. Петрова: «Пока один стерег рукопись, другой бегал по издательствам». Отчасти это похоже. Но вместе писать книгу так же трудно и так же интересно, как заниматься котерапией. Необходимо сотрудничество, доверие друг другу, умение договориться о том, кто что делает и кто за что отвечает.

Мы надеемся, что профессионалы воспользуются нашим опытом, сопоставят его со своим и свое согласие или несогласие с нашей точкой зрения отразят в своей практической работе и на страницах книг и статей.

Мы вели переговоры с художником и скульптором Михаилом Шемякиным о возможности проиллюстрировать нашу книгу, но из-за огромной занятости его и нас пришлось от этой идеи отказаться. В свою очередь Викторас Юстицкис сделал предложение Эдмонду Эйдемиллеру проиллюстрировать книгу.

Были сделаны рисунки основных фаз жизненного цикла семьи в традиции метафизического реализма, созданной в 60-х гг. XX в. группой художников «Санкт-Петербург», возглавляемой М. Шемякиным. Мы с гордостью сообщаем, что Эдмонд Эйдемиллер был членом этой группы.

*Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер,*

*профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава*

*Викторас Юстицкис,*

*профессор кафедры психологии факультета социальной политики Университета им. Миколаса Ромериса (Литва)*

*Май 2007 г.*

## Предисловие к четвертому изданию

Прошло 17 лет после выхода в свет первой в СССР и России монографии известных специалистов – врача Эдмонда Георгиевича Эйдемиллера и психолога Виктораса Юстицкиса «Семейная психотерапия» (Л.: Медицина, 1990) и 8 лет после публикации второго исправленного и дополненного издания под названием «Психология и психотерапия семьи» (СПб.: Питер, 1999).

За это время в жизни нашей страны произошли радикальные перемены как позитивного, так и негативного характера: распался Советский Союз, прошел «парад суверенитетов»; одни люди обрели достаток и смогли реализовать себя; другие стали нищими; а многие тысячи детей стали сиротами и беспризорниками. Каждая семья в России прошла через кризис, из которого одни семьи вышли преобразенными, с новыми семейными правилами, обновленной структурой семейных ролей, другие потеряли и то небольшое, чем владели.

В китайском языке слово «кризис» состоит из двух иероглифов: один означает разрушение, а другой – надежду. В полной мере это подходит ко всем сферам жизни нашего общества, в том числе и к медицине. 1990 год стал переломным в развитии отечественной психотерапии: в условиях возрастания востребованности населением психологических и психотерапевтических услуг многие специалисты – психотерапевты, психологи, психиатры – начали открывать для себя методы, которыми ранее в России почти никто не владел.

Речь идет о разных моделях групповой психотерапии, аналитической психодрамы, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, в том числе и нейролингвистического программирования. С этого момента в учебных планах последипломного образования по психотерапии, осуществляемого на курсе детско-подростковой психотерапии, а начиная со 2 июля 2002 года – на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава (СПбМАПО Росздрава), появились циклы тематического усовершенствования по семейной психологии и психотерапии, которые сразу же стали популярными у врачей и психологов.

Авторы «Психологии и психотерапии семьи» – четвертого, дополненного и переработанного издания предыдущих книг – сохранили содружество, вследствие чего и была написана эта монография.

Становление Э. Г. Эйдемиллера как ученого и врача-психиатра проходило под руководством известных психиатров Д. С. Озерецковского, В. К. Смирнова и А. Е. Личко, благодаря которым сформировался его собственный профессиональный стиль, отличающийся высокой требовательностью к себе, стремлением исследовать смежные области – психиатрию, психотерапию и медицинскую психологию в онтогенетическом аспекте. В дальнейшем совершенствовался как психотерапевт и преподаватель в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и на кафедре психотерапии ЛенГИДУВа – СПбМАПО Росздрава под нашим научным руководством.

В настоящее время профессор, доктор медицинских наук Э. Г. Эйдемиллер заведует кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СПбМАПО, является крупным авторитетом в области групповой и семейной психотерапии, психотерапии и медицинской психологии детей, подростков и взрослых.

2 июля 2007 года коллектив кафедры отпраздновал пятилетний юбилей, в связи с чем поздравляем всех сотрудников и желаем им творческих успехов.

В. Юстицкис начинал свою деятельность как социолог, в дальнейшем работал психологом, занимаясь психологической коррекцией делинквентного поведения подростков. Много лет был психологом в колонии для несовершеннолетних преступников. В. Юстицкис многократно стажировался в Институте им. В. М. Бехтерева, сотрудничал с профессором А. Е.

Личко. Разработал ряд оригинальных методов психологического исследования. В настоящее время В. Юстицкис – профессор кафедры психологии факультета социальной политики Университета им. Миколаса Ромериса (Литва), известен во всем мире как крупнейший специалист в области юридической психологии и виктимологии.

«Психология и психотерапия семьи» освещает все многообразие психологии семейных отношений. В книге подробно описаны так называемые «горизонтальные и вертикальные стрессоры» в жизни семьи, «этапы и механизмы патологизирующего семейного наследования». Последний термин является новым для психологической и психотерапевтической литературы и введен авторами.

В монографии с исчерпывающей полнотой освещены основные направления семейной психотерапии: психодинамическое, системное, структурное и стратегическое, поведенческое и эклектическое. Большое внимание авторы уделили освещению постмодернистских методов семейной психотерапии, в том числе и оригинальной модели аналитико-системной семейной психотерапии, разработанной Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой. Но самое важное – это то, что авторы широко используют свой практический материал: клинические примеры, стенограммы и видеозаписи сеансов психотерапии. Они разработали новые психологические тесты и модифицировали ряд прежних методик психологического исследования. В частности, создали новый проективный тест «Возраст. Пол. Роль» для исследования полоролевой идентичности у детей, подростков и взрослых.

Наконец, хочется отметить, что Э. Г. Эйдемиллер проиллюстрировал основные фазы жизненного цикла семьи своими оригинальными рисунками.

Все перечисленное позволяет считать, что монография «Психология и психотерапия семьи» – крупный вклад в развитие психотерапии в России.

*Б. Д. КАРВАСАРСКИЙ,  
профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ,  
руководитель Федерального научно-методического центра психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ,  
руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева*

## Предисловие к первому изданию

Выход в свет книги «Семейная психотерапия», написанной известными специалистами в данной области, врачом и психологом Э. Г. Эйдемиллером и В. В. Юстицкисом, является отражением развития и все большей интеграции психотерапии в медицине и здравоохранении.

Впервые в нашей литературе был подытожен в отдельной монографии опыт многолетних исследований процесса, методов и механизмов лечебного воздействия семейной психотерапии при нервно-психических заболеваниях.

Основная цель книги – не ознакомление читателя с многочисленными популярными в зарубежной психотерапевтической литературе концепциями и методами семейной психотерапии, а предложение новых методологических подходов, последовательно рассматривающих семью как многоуровневую и многофункциональную систему. Авторами подробно освещаются наиболее значимые понятия этой системы: коммуникативные процессы, ролевое взаимодействие, эмпатические характеристики членов семьи, их поведение в ситуации кризиса и болезни, основные подсистемы семьи, их границы и т. д.

В книге убедительно показано, что в тех случаях, когда кто-либо из членов семьи страдает нервно-психическими заболеваниями, нарушается целостное функционирование семьи и начинают формироваться групповые механизмы психологической защиты, часто носящие патологический характер.

Наиболее ценным в монографии является освещение базирующихся на оригинальных теоретических подходах методов семейной психотерапии при наиболее часто встречающихся нервно-психических заболеваниях: неврозах, психосоматических расстройствах, алкоголизме, психопатиях, а также при ситуативных нарушениях поведения на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте и при шизофрении. В приводимых клинических примерах, ярко иллюстрирующих теоретико-методологические позиции авторов, описываются стратегия и тактика семейного психотерапевта в отдельных случаях.

Монография Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкиса вносит вклад в разработку теории и практики семейной психотерапии и лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии для решения лечебных, психопрофилактических и психогигиенических задач.

С учетом усиливающегося в нашей стране интереса к вопросам семейной медицины и появления в институтах усовершенствования врачей циклов «семейного врача» книга представляет интерес не только для семейных психотерапевтов-профессионалов, но и для врачей других специальностей, а также для психологов и социологов, выполняющих психопрофилактические и психогигиенические задачи.

*Руководитель отделения неврозов и психотерапии Ленинградского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева,  
заведующий кафедрой психотерапии Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова,  
профессор Б. Д. КАРВАСАРСКИЙ*

## ВВЕДЕНИЕ



Шутливый автопортрет «тайного советника психотерапии» Э. Г. Эйдемиллера и портрет «маршала психологии» В. Юстицкиса

## Что такое семейная психотерапия и кто такие семейные психотерапевты?

В нашей стране накоплен немалый опыт изучения семейных отношений, семейного воспитания и проведения семейной психотерапии (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1980, 1990, 1999; Захаров А. И., 1982, 1988; Спиваковская А. С., 1988). Сформулированы такие понятия, как «семейная психотерапия» и «семейный диагноз». Под последним подразумевается определение характера и степени дисфункции семьи, проявляющейся в нарушениях структуры семейных ролей, внешних и внутренних границ, коммуникаций, механизмов интеграции и формирования психологических защит («семейных мифов»).

Существует как минимум пять определений семейной психотерапии.

• **Первое:** семейная психотерапия является формой проведения психотерапии, опирающейся на принципы основных методов: личностно-ориентированного, методов аналитической психотерапии, аналитической психодрамы, гештальт-терапии и др., – применительно к проблемам конкретной семьи (Карвасарский Б. Д., 1985, 2000).

• **Второе:** семейная психотерапия является комплексом приемов и методов психотерапии, направленных на коррекцию психологического, социального и биологического статуса клиента в семье и при помощи семьи. Согласно этому определению, семья содержит в себе как саногенный, так и патогенный потенциал (Кабанов М. М., 1985).

• **Третье:** семейная психотерапия – самостоятельное направление в психотерапии, включающее в себя ряд методов, опирающихся на определенные теории (теория систем, кибернетика, учение о коммуникационных каналах, «психология отношений» В. Н. Мясищева, психоанализ З. Фрейда, нарративный и конструктивистский подход и др.). За этим определением стоит проблема эклектики и/или интеграции различных методов и техник психотерапии, исходящих из конкретного психотерапевтического запроса клиента(ов).

• **Четвертое:** семейная психотерапия – это система психологических воздействий на семью как на живую открытую систему с целью оптимизации ее функционирования (Эйдемиллер Э. Г., 2000). Это определение отражает системный подход в семейной психотерапии, и соответствующий метод получил название системной семейной психотерапии (Сельвини-Палаццоли М. и др., 1978; Николс М., 1984; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).

• **Наконец, пятое** определение семейной психотерапии, которое может показаться читателю несколько непривычным: семейная психотерапия – это переговоры членов семьи с участием и при помощи психотерапевта, выступающего в роли переводчика, посредника и инициатора изменений с целью оптимизации семейного функционирования.

За каждым определением семейной психотерапии стоит своя история, верования, теории и практика, которые впитали и впитывают в себя все многообразие человеческого бытия.

Общие цели разных методов семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о возникшей проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностных к целостным и согласованным; модификация проницаемости границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», раскрытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля общения членов семьи.

В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. За годы своего развития она вобрала в себя позитивные моменты психоанализа, групп-

повой динамики, структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной психотерапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Объектом психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. Обычно семейная психотерапия сосредоточена не на одном члене семьи, хотя может иметь дело с одним из ее представителей на протяжении всего курса лечения.

Так что представляет собой психотерапия вообще и семейная психотерапия в частности? Какова роль контекста культуры в формировании содержания/формы психотерапии?

В настоящее время психотерапия – это тот вид духовной практики, который, с одной стороны, наиболее востребован населением разных стран мира, а с другой – является предметом разногласий и ожесточенных споров.

Попытаемся ответить на два вопроса.

**Вопрос первый.** Что такое психотерапия?

Самый очевидный ответ: психотерапия – это вид лечения, осуществляемый психологическими воздействиями.

**Вопрос второй.** Почему к психотерапевту приходят люди здоровые, но имеющие психологические проблемы: супружеская ревность, обида на детей, их непослушание и плохая успеваемость, конфликты поколений в семье? А угроза развода и ситуация в семье после развода; вопрос о том, как правильно воспитывать детей и можно ли бабушкам/дедушкам (как это ни странно звучит) любить внуков больше, чем любят их родители, и многое другое?

Если при ответе на первый вопрос психотерапия выступает как вид медицинского вмешательства, лечения, то при ответе на второй – как духовная практика, опирающаяся на парадигму здоровья и направленная на поиск и раскрытие глубинных смыслов бытия. Причем после консультации с психотерапевтом многие клиенты находят путь решения проблемы и чувствуют себя увереннее.

Психотерапия – это лечение или психологическое сопровождение человеком человека, переживающего кризис бытия?

Психотерапия – это медицина или гуманитарная практика? Каковы теоретические концепты психотерапии: естественнонаучная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная?

Для нас психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, – новая междисциплинарная специальность, основанная на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология, политика, этика и др.

Следовательно, психотерапевтическая деятельность в нашей стране не должна быть привилегией одних лишь врачей, но должна осуществляться и психологами, и социальными работниками, т. е. профессионалами, имеющими высшее образование соответствующего профиля и специальную последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Другое следствие данного нами определения психотерапии заключается в том, что психотерапевтическая деятельность должна регламентироваться соответствующим Законом РФ, а не подзаконными актами министерств.

Можно предложить еще одно определение психотерапии. Психотерапия – это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и клиента/ клиентов, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия. Подтверждением справедливости данного определения является теория и практика интерперсонального психоанализа (Салливан Г. С, 1999) и семейной психотерапии К. Витакера и А. Напира, основанной на опыте (см.: Эйдемиллер Э. Г. и Юстицкис В., 2001).

Для того чтобы понять роль и место психотерапии в культурном контексте современной России, необходимо осветить сам культурный контекст в его развитии вообще и в России в частности.

В развитии культуры выделяют четыре эпохи: преמודерн, модерн, постмодерн и эксплозив. (Эйдемиллер Э. Г., 2000, Александер Ф., Селесник Ш., 1995, Эпштейн М., 2006, Seltzer W. J., 1999, 2000).

В эпоху преמודерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать (или приписывать) причинно-следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становятся психоанализ З. Фрейда, в основе которого лежат наблюдение и интроспекция, и теория условных рефлексов И. П. Павлова с основанными на ней методами поведенческой психотерапии.

Следует остановиться на методологических понятиях, которые вызывают дискуссии в современной психотерапии: метод, направление, школа и техники. Метод – это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что психоанализ являет собой две ипостаси – мировоззрение и метод психотерапии.

Направление – это группа методов психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий, в теории, имеющих сходство и различие в практическом, т. е. технологическом, воплощении этих теорий.

Школа – это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). К примеру, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д. Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Пёрлза, патогенетическая психотерапия невротиков В. Н. Мясищева.

Техники – это конкретные приемы в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода.<sup>1</sup>

Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии, а психоскульптурирование используется как в аналитической психодраме, так и в семейной психотерапии (Satir V., 1988; Papp P., 1976).

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки.

---

<sup>1</sup> Определения метода, направления, школы и техники цит. по Э. Эйдемиллеру в кн.: Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. СПб.: Питер, 2001. С. 10.

*Принцип ризомы* (Делез Ж., Гваттари Р.) предполагает новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Для описания этого принципа в наибольшей степени подходят понятия «контекста переживаний, взаимодействия», «семейного контекста», которые пришли из семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Nichols M., 1984; Brown J. H., Christensen D. N., 1999). Контекст бытия – это поле описания всего того опыта, который входит в рамки исследования/описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем «центр». В аналитической психодраме (Э. Г. Эйдемиллер занимается ею много лет и считает одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых) маленькие детали, например уточнение цвета обоев, времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах в психодраме протагониста, имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы.

Семейные психотерапевты настаивают на том, чтобы на сеансы психотерапии приходили все члены семьи, поскольку какой-то нюанс поведения одного из них способен прояснить суть конфликтных взаимоотношений.

Сальвадор Минухин (Minuchin S., 1974) описывает случай, когда на сеанс психотерапии пришла семья: мать, отец и двое детей – подросток и младенец, лежащий в коляске. Мать долго и со страданием говорила, что ее муж черствый человек, игнорирующий интересы семьи, что он равнодушен к детям. В это время младенец заплакал, мать продолжала свои жалобы, сидя на стуле, и только отец встал и начал катать коляску, чтобы успокоить ребенка. Ризома пришла на смену структуре.

Время становления эпохи постмодерна – весьма подвижная граница, охватывающая конец 20-х гг. XX в. и наши дни.

*Критика абсолютизма разума*, так называемого научного познания, основана на догмате измерения. Помимо измерений, в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последствий и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной интерсубъективности.

На сеансе индивидуальной психотерапии в случае явлений переноса и противопереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом (рис. 1).

В начальной фазе психотерапии психотерапевт (имеющий собственный жизненный опыт, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я»), демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, веру и надежду, что психотерапевт ему поможет, проявляет тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором важнейшими являются восприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт (и в этом его сила и профессионализм) усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

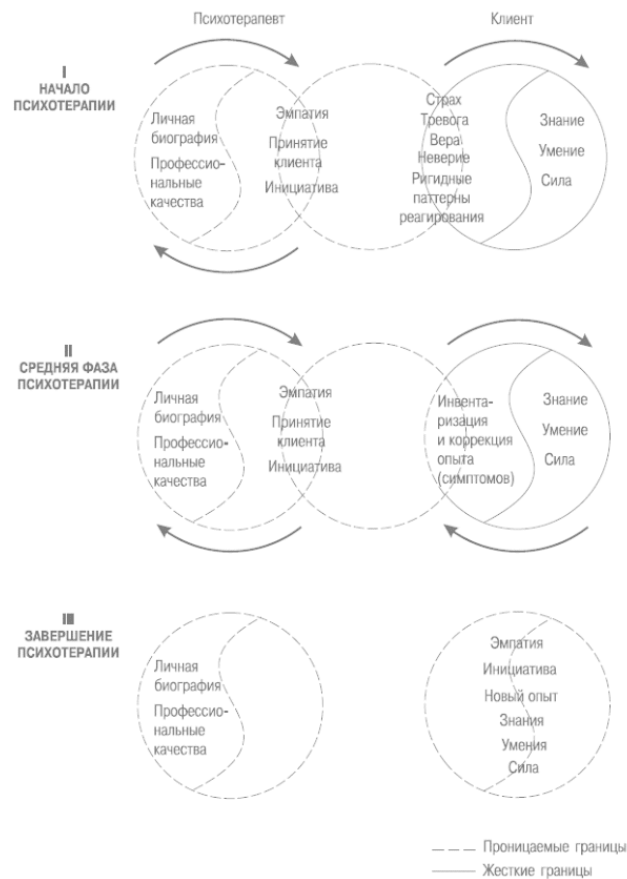
В заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя того материала, который образовался в процессе взаимоотношений/взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет клиенту осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобре-

тенного. Это полностью самостоятельная аутентичность, уже независимая от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению тот опыт переживаний, который был у него ранее. Если психотерапевт – профессионал высокого класса, он всегда оказывается в выигрыше, выстраивая собственную личность. В случае непрофессионализма психотерапевта противопереносы разрушают его личность.

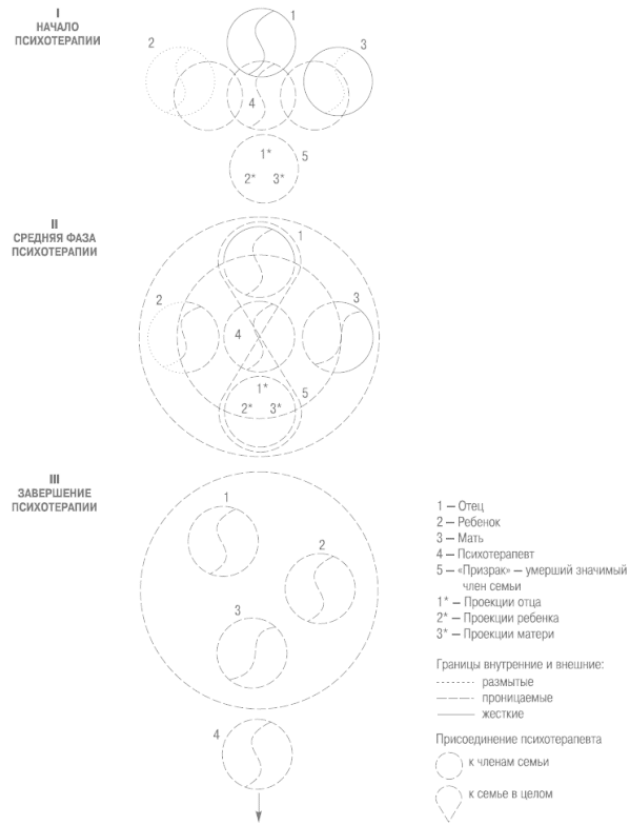
Несколько иначе выглядит ситуация взаимодействия клиентов и психотерапевта в процессе семейной психотерапии (рис. 2).

На рис. 2 графически изображена семья, состоящая из отца, матери, ребенка и «призрака» – умершего родственника, который в представлениях живых членов семьи занимает главенствующее место в силу тех проекций, которыми семья его наделяет. В первых двух фазах семейный психотерапевт устанавливает контакт со всеми вместе и с каждым в отдельности, выстраивая уровни интеграции и общности семьи.

В заключительной фазе члены семьи, благодаря инвентаризации и утилизации личностных и семейного ресурсов, симптоматического поведения и взаимодействий, устанавливают ту конфигурацию семейной общности, при которой семья оказывается способной реализовать свой потенциал роста, изменений и самоактуализации. Психотерапевт занимает свое место за пределами данной семьи и готовится к встрече с новой.



**Рис. 1. Психотерапевтическая ситуация (образы). Границы личностного пространства клиента либо размыты, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной**



**Рис. 2. Присоединения психотерапевта к членам семьи и к семье в целом**

В эпоху постмодерна подвергается критике *принцип функциональности*, который предполагает жесткое слияние предназначения, судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

Преобладающими теориями в философии и психотерапии становятся теория социального *конструктивизма* и *нарративный* (описательный) подход (Efren J. S., Lukens M. D., 1992; Seltzer W. J., 2000). Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матурана и Франсиско Варела стало ясно, что так называемые «очевидные» биологии факты не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. К примеру, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем оказалось, что и еноты и медведи являются представителями одной большой семьи.

Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить.

Язык – это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются «разговорами». Следовательно, конструктивистская

психотерапия в фигуральном смысле представляет собой особую форму «разговора» (Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., 2000, с. 86).

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в следующем: все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на наше понимание чего-либо каким-то определенным образом, поэтому все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать что-то другое. Наглядный пример этого – так называемые «исторические фильмы», в которых актеры – носители психологии человека XX в. с их раскрытой манерой поведения, своеобразным этикетом, привычкой одеваться – изображают героев прошлых эпох. То же самое происходит и в научных дискуссиях: каждый оппонент доказывает свои тезисы, находясь в рамках своего контекста мыслей и переживаний, в то же время те, кто наблюдает за дискуссией, склоняются то в одну, то в другую сторону – не вследствие рациональных причин, а вследствие иррациональных убеждений и установок. Трагедия людей XX–XXI вв. – внеконтекстуальное существование и общение.

Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. «Стол – это то, что наиболее часто обозначается этим словом» – это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов – «практичность» вместо «истинности». По словам Петера Козловски, ответственность за свое самоопределение, самоактуализацию является прерогативой самой личности. Речь идет об ответственном самоформировании. Наверное, из всех сфер социального функционирования общение в семье и общение в ситуации психотерапии имеет больше всего причин называться «понимающим» общением.

Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, помимо всего прочего, отказ от *завоевания* и *расширения* в области духовных практик. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России говорит об обратном: все понимают необходимость объединения, но при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных психотерапевтов. Тема, которая волнует всех, но о которой никто не говорит вслух, – это власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, кто будет иметь большее влияние – это тот неявный в декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

*Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания.* Отношения традиционной медицины, в частности так называемой научной психотерапии, с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная отвечает ей игнорированием. Если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то все-таки должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности.

Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готической *культуры с ее стремлением к чистоте*. Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия понимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим законам. Метафорой этого принципа может служить панорама: есть река, луга, кустарники, деревья, различная живность, ценная сама по себе, но ни в коем случае не выступающая в роли «младших братьев»; небо, солнце и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

К сожалению, прав философ М. Эпштейн, профессор Университета Эмори в г. Атланте (США), когда утверждает, что эпоха постмодерна погибла 11 сентября 2001 г. в результате страшных терактов в США и началась эпоха эксплозива. Для этой эпохи характерны оппозиция, конфронтация, угрозы, агрессия, террористические акты.

Многополярность мира сменилась конфронтацией глобализма и антиглобализма, христианской и исламской культур, противопоставлением «хороших» и «плохих», возрождением «холодной войны».

В психотерапии жесткое административное принуждение к применению принципов «доказательности» и «клиницизма», которые сами по себе не вызывают возражений, может привести к тому, что одни методы попадут в разряд официально рекомендованных, а другие – в «черный список».

В настоящее время исследователи (Карвасарский Б. Д., 2000; Макаров В. В., 2000) насчитывают от 500 до 1000 методов психотерапии. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше, а увеличение их количества связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

Для того чтобы сориентироваться во всем многообразии методов и техник психотерапии, лучше воспользоваться предложением М. Н. Решетникова (2000) и выделить методы психотерапии, относящиеся к следующим направлениям (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2000):

- 1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;
- 2) когнитивно-поведенческая психотерапия;
- 3) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;
- 4) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;
- 5) семейная психотерапия.

В современной России одни направления психотерапии развиты лучше (как, скажем, первое, второе, четвертое), а другие – значительно хуже (например, семейная психотерапия).

Отнесение семейной психотерапии к самостоятельному направлению достаточно спорно и в нашей стране имеет больше противников, чем сторонников.

Какие у нас есть основание выделять семейную психотерапию как самостоятельное направление?

Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Нам повезло вместе с В. К. Мягер и А. И. Захаровым стать основоположниками семейной психотерапии в СССР.

Мы поняли, что семья является уникальным социальным организмом, имеющим свои специфические признаки; свои механизмы функционирования. Были созданы теории, касающиеся разных аспектов функционирования семьи:

- учение о горизонтальных и вертикальных стрессорах – концепция «патологизирующего семейного наследования» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Nichols M., 1984; Brown J. H., Christensen D. N., 1999);
- структура базисных семейных ролей;
- семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;
- семейные подсистемы и границы;
- семейные мифы;
- семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» Юстицкиса В. и Эйдемиллера Э. Г. (1990; 1999).

Во-вторых, существование разнообразных теорий, объясняющих функционирование семей как целого.

В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей: психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии скорее дополняют друг друга, нежели опровергают.

В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с нашей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвиг фон Бертоланфи), психотерапии, основанной на опыте (Satir V., 1988; Нейпир О., Витакер К., 2005).

Думается, что ни одна из метафор не может в полной мере отразить такие сложные понятия, как психотерапевт и психотерапия (например, психотерапевт – это музыкальный инструмент и исполнитель одновременно). Даже сюрреалистическое мышление не может панорамно и непротиворечиво воссоздать этот образ.

Наша любимая метафора, передающая суть психотерапевта, – это фигура Сталкера (главного героя одноименного фильма А. Тарковского). Сталкер – опытный исследователь неизвестного и непознанного мира, содержащего в себе как манящее, так и опасное. Сталкер сопровождает Путешественника по маршруту его желания, но использует при этом свои личные и профессиональные качества: эмпатию, рефлексивность, терпение, принятие Путешественника таким, какой он есть, – для успешного и результативного завершения путешествия. Разумеется, в этой специальности есть и меркантильная сторона – «хабар».

Но все время требует ответа вопрос, который формулируют и Сталкер и Путешественник: «Куда мы идем? Что мы делаем, зачем, с какой целью, с какой мерой безопасности?»

Метафорой для понимания семейной психотерапии может служить следующий образ: каждая семья – композитор своей музыки под названием «Жизнь», а также ее исполнитель и дирижер. Диссонанс и фальшь появляются тогда, когда члены семьи не могут договориться о репертуаре, способах и последовательности исполнения произведения. Кто же в таком случае семейный психотерапевт? Временно приглашенный «дирижер-консультант», который призван способствовать налаживанию понимания в семье, проведению репетиций, а затем покидающий семью. Семья же остается играть свою музыку – музыку боли, радости, жизни.

Как сложился наш авторский коллектив и кто авторы этой монографии?

Вопрос этот не случаен. В общественной психологической, психиатрической и психотерапевтической литературе существует традиция, согласно которой авторы доверяют читателям лишь свои фамилии, инициалы, должности и звания. О том, каким был (или есть) психолог или психотерапевт в жизни, что любит, а чего опасается, какой путь он прошел, становясь профессионалом, мы узнаём, как правило, из некрологов и воспоминаний друзей.

Мы хотим нарушить эту традицию и рассказать о себе и о своих коллегах. Возможно, кто-то из наших читателей, соприкоснувшись с таким опытом – опытом обычных людей и профессионалов, – сделает для себя выводы не меньшие, чем после знакомства с содержанием целой книги.

С Виктором Юстицким (по-современному – Викторасом Юстицкисом) мы познакомились в 1974 г., когда он приехал в Ленинград в Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева совершенствоваться по медицинской психологии. В. Юстицкий сказал А. Е. Личко, известному специалисту в области подростковой психиатрии: «Андрей Евгеньевич, я работаю психологом с подростками, состоящими на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, с их семьями, у меня мало опыта и много вопросов...» А. Е. Личко посоветовал: «Встретьтесь с Эдмондом Георгиевичем и обсудите с ним эти темы». Так мы познакомились и продолжаем наши дискуссии, обмен опытом и мыслями по сей день.

Юстицкис В. окончил Вильнюсский университет и вскоре защитил кандидатскую диссертацию по социологии под руководством известного философа, специалиста по проблемам семей Н. Я. Соловьева.

В настоящее время Викторас Юстицкис – профессор кафедры психологии факультета социальной политики Университета им. Миколаса Ромериса (Литва), полковник внутренней службы в отставке. Его работы, посвященные психологии делинквентных подростков и несо-

вершеннолетних правонарушителей, семейной дисфункции и их психотерапии, а также психотерапии заключенных, завоевали большую популярность в разных странах мира. В. Юстицкис является автором многих популярных опросников и тестов (например, «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), «Предпочитаемый тип симпатии» (ПТС), которые имеют большое значение для выявления психологических мишеней при проведении семейной психотерапии.

Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер в 1968 г. окончил интернатуру по психиатрии (это была первая интернатура в СССР), а затем работал психиатром – в больнице, в диспансерах. Окончил клиническую ординатуру и аспирантуру Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством профессора А. Е. Личко. Его воспоминания: «Уже на первом году работы психиатром я почувствовал некоторое неудовлетворение от того, что я делаю. Да, я знал и умел, подобно следователю, раскрывать те переживания и расстройства, о которых больной либо не хотел говорить, либо не воспринимал их как нечто такое, о чем надо говорить и что мешает жить ему и другим. Да, это доставляло мне удовольствие! Ловкий и удачливый охотник, талантливый диагност „московской школы психиатрии“, к тому же тот, кто умеет лечить инсулиновыми комами и психотропными препаратами! Однако очень скоро наступило разочарование: у меня сложилось впечатление, что мое общение с больными носит механический характер, от которого никому лучше не становится. И мне, коренному петербуржцу, пришлось искать новый путь среди проспектов, дорожек и тупиков „москвы“ и „Ленинграда“ – искать внутри своей души.»

Современный читатель может не понимать, что такое «московская» и «ленинградская» школы психиатрии.

Глава московской школы академик А. В. Снежневский, включив в свою концепцию шизофрении «принцип течения», предложенный известным детским психиатром Г. Е. Сухарева для исследования закономерностей и течения психического расстройства, последовательности развития и смены психопатологических синдромов, построил свою классификацию форм шизофрении и стереотипов развития психической болезни.

Основное кредо этой школы заключалось в том, что психиатрия – наука точная, симптомы болезни достоверны, психозы суть следствие биологического нарушения, логика развития клинических форм шизофрении установлена и может быть легко предсказана. Отсюда и вывод: ранняя диагностика психических нарушений и отнесение их к регистру психозов в форме шизофрении предполагает обязательную госпитализацию и интенсивное лечение биологическими методами.

Представители ленинградской школы исходили из того, что этиология и патогенез психических расстройств малодоказуемы, что в этиологии болезни и ее течении очень трудно установить удельный вес биологических (органических), психологических и социальных факторов. Ленинградские психиатры (Г. Б. Абрамович, Е. С. Авербух, Р. Я. Голант, Р. А. Зачепиский, Г. В. Зеневич, А. Е. Личко, С. С. Мнухин, В. К. Мягер, Д. С. Озерецковский, И. Ф. Случевский, Ф. И. Случевский, В. К. Смирнов, Н. Н. Тимофеев, Н. Н. Трауготт, Д. Н. Исаев, М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков, Э. Г. Эйдемиллер и многие другие) старались фиксировать в исследовании психической болезни не только и не столько психопатологические расстройства, сколько преморбидные личностные особенности, реакции личности на болезнь, различные экзогенные (в том числе и психогенные) факторы.

Стержневой идеей, которая и продолжает объединять столь разных психиатров, была концепция «психоневрологии», созданная В. М. Бехтеревым.

Говоря современным языком, «психоневрология» – это биопсихосоциальная модель болезни и здоровья (У"Эксуль и Визиак).

Психиатры ленинградской школы характеризовались и характеризуются гуманным обращением с больными, которое проявляется в комплексном подходе, включающем в себя пси-

хосоциальные воздействия, психотерапию и биологическую терапию; основой им служит концепция реабилитации психических больных (Кабанов М. М., 1985, 1998).

А. Е. Личко часто говорил на клинических разборах: «Итак, коллеги, какой диагноз мы поставим этому больному шизофренией?» Тем самым он и многие другие психиатры подчеркивали, что они стремятся не столько к академической чистоте процедуры диагностики и лечения, сколько к бережному решению судьбы больного, чтобы психиатрический диагноз не лишил его социальной перспективы.

Ленинградские психиатры первыми в нашей стране выразили тревогу по поводу негативных последствий «стигматизации», или «этикетирования», т. е. ситуаций, когда диагноз, с академических позиций правильный, существенно ухудшал социальную адаптацию больных. Диагноз «психопатия» закрывал двери в высшие учебные заведения, секретные НИИ и заводы, запрещал управление автотранспортом, поездки за рубеж и многое другое для определенной части молодежи. А. Е. Личко, В. Юстицкис, Л. Б. Богдановская, Ю. А. Строганов, А. А. Александров, Ю. В. Попов и автор этих строк, отстаивая интересы клиента, часто не выставляли диагноз психопатии, хотя для этого были все соответствующие клинические признаки, а делали, к примеру, такое заключение: «Транзиторные нарушения поведения на фоне демонстративно-гиперкомпенсаторной (истерической) акцентуации личности (характера)». Последующее катамнестическое исследование показало, что многие молодые люди, побывав в психиатрической больнице и не стигматизированные диагнозом «психопатия», нашли свою дорогу в жизни.

В 1970 г. А. Е. Личко создал первый в отечественной психологии опросник для диагностики степени отклонения характера – «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков» (ПДО) – и предложил Э. Г. Эйдемиллеру использовать его для взаимной характерологической оценки членами семьи друг друга. Разумеется, в то время никто не знал, что существует прогностическая эмпатия и методы ее исследования, но взявшись за это дело с энтузиазмом, Э. Г. Эйдемиллер, и сам не подозревая об этом, стал не только исследователем прогностической эмпатии, но и – что самое важное – семейным психотерапевтом.

В монографии «Психология и психотерапия семьи» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 1999, 2001) были выделены основные этапы развития семейной психотерапии как во всем мире, так и в СССР и России, но затем, после ряда сделанных поправок, определены следующие этапы:

- 1) психиатрический – дидактический;
- 2) психоаналитический;
- 3) поведенческий;
- 4) системный;
- 5) нарративный (конструктивистский).

Представители психиатрического – дидактического этапа выступали в роли объективных экспертов, в большей степени оценивали психологический и психопатологический профиль личности каждого члена семьи, в меньшей степени – характер их взаимоотношений и межличностные конфликты в семье, а затем давали жесткие директивы: что изменить в функционировании семьи в целом и в поведении каждого ее члена.

Характеристики второго, третьего и четвертого этапов подробно приведены в «Психологии и психотерапии семьи» (2001) и в «Хрестоматии по семейной психотерапии» (2000), авторами и составителями которых были Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис и Н. В. Александрова. О нарративном (конструктивистском) подходе в семейной психотерапии мы говорили выше.

Основные тенденции в развитии семейной психотерапии в России – сложный многоуровневый процесс.

Тем не менее в нем можно условно выделить две составляющие: поверхностные процессы и глубинные.

*Поверхностные процессы* связаны со становлением семейных психотерапевтов как профессионалов. Это совершенствование мастерства, посещение семинаров, кафедр и центров, в которых преподают различные методы семейной психотерапии; попытки эклектичного соединения разных методов, приемов, техник в контексте собственного психотерапевтического опыта. Некоторые из психотерапевтов считают, что они занимаются интегративной психотерапией.<sup>2</sup>

Интегративная психотерапия, с нашей точки зрения, – необходимая дань времени, а с другой стороны, не исключено, что психотерапевт, осуществляющий интеграцию методов, техник в психотерапии, является фигурой, у которой есть проблемы личностной и профессиональной идентичности.

Для того чтобы назвать себя интегративным психотерапевтом, необходимо скрупулезно определить основные параметры теоретических концептов, лежащих в основе различных методов психотерапии, и в случае их близости осуществить на практике соединение этих методов в рамках нового метода, нового психотерапевтического процесса. Однако подчеркнем, что трудности этой процедуры в первую очередь обусловлены собственными противопереносами психотерапевта, плохо осознаваемыми, а потому не контролируемыми и не управляемыми, а во вторую – неспособностью концептуализировать собственную психотерапевтическую работу. К сожалению, в отечественной подготовке психотерапевтов распознаванию, преодолению противопереносов и управлению ими уделяется явно недостаточное внимание.

Возможно, что созданная Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой новая модель семейной аналитико-системной психотерапии может быть подвергнута критике именно с этих позиций.

*Глубинные процессы* связаны с тем, что психотерапевты пытаются идентифицировать себя уже как профессионалов в определенной области психотерапии – аналитической, групповой, семейной и др.

Эти процессы наиболее сложные, так как зависят и от внешних, и от внутренних факторов. К внешним относится отсутствие методологии, приемов обучения методу; к внутренним – выбор самого психотерапевта. Любой специалист, делающий выбор в сторону неспешного и сосредоточенного самопознания – своего рода «мирского монашества» – и ознакомления с техниками психотерапии в рамках мировоззрения, которому присягнул, проигрывает на современной «ярмарке тщеславия», но выигрывает в системе других духовных координат.

Как увидит читатель, каждый из авторов монографии прошел и проходит собственный, индивидуальный путь становления психотерапевта-профессионала, выбирая свои приоритеты в психотерапии. Многим из нас были знакомы переживания и перипетии манипулятивного психотерапевта: восторг от своей «силы», наслаждение собственным величием и волшебством, особенно при применении техник НЛП. Мы не берем на себя труд критиковать НЛП, которое, как известно, в рейтинге эффективных методов психотерапии занимает достойное место в первой тридцатке. Мы говорим о себе, а также о тех мыслях, которыми делились наши сотрудники.

В 1990 г. Карл Витакер, проводивший семинар по семейной психотерапии в гостинице «Санкт-Петербург», ответил на вопрос одного из участников, какой метод психотерапии он считает наиболее эффективным: «Слушать... только слушать». Тогда участник, не удовлетворенный ответом, задал более конкретный вопрос: «Ваше отношение к НЛП?» Карл Витакер ответил: «Я скептически отношусь к психотерапии, основанной на манипуляции». В то время не все были удовлетворены таким ответом.

Наш опыт, наша жизнь позволяют сказать, что в работе психотерапевта самое важное: «Слушать... Слышать... Чувствовать...»

---

<sup>2</sup> Трудно разделить эти понятия – эклектика и интеграция. В известной мере они являются синонимами, но если психотерапевт в обществе коллег назовет себя эклектиком, то реакцией окружающих будет снисхождение или осуждение.

Ибо каждое сообщение клиента, каждая заявляемая им проблема – это одновременно и загадка, и отгадка (Лейтц Г., 1994).

Специфика работы семейных психотерапевтов в России определяется национальными, религиозными и культурными аспектами жизни в обществе вообще и в семье в частности.

В нашей стране семья имеет свои отличительные особенности:

- сохраняется патриархальная семья, т. е. семья, состоящая из нескольких поколений;
- границы между подсистемами диффузны, плохо структурированы; власть в семье нередко принадлежит бабушкам и дедушкам;
- во многих семьях в нескольких поколениях отсутствуют мужчины (так же, как они отсутствуют во многих общественных институтах: детских садах, школах, университетах, больницах, поликлиниках, некоторых фирмах и банках, где работают в основном женщины);
- несколько поколений зависят друг от друга не только духовно, но и материально: молодые семьи живут либо в коммунальных квартирах, либо вместе с родственниками, без надежды на приобретение собственного жилья;
- идеология тоталитарного общества сформировала жесткую систему принуждения и долженствования, из-за которой быт – поведение, духовные ценности – напоминал те эпохи, когда человек забывал о собственном «Я», о своих желаниях и потребностях, выстраивая свое поведение так, чтобы оно было угодно Богу, феодалу или государству;
- разрушение прежней идеологии и отсутствие новой, которая помогла бы сплочению и обретению чувства принадлежности и защищенности, привели к тому, что в обществе возросла потребность в иллюзиях, «чудесах» и др.

Тяжелое материальное положение и снижение значимости нравственных ценностей приводят к тому, что семьи легко распадаются и дети оказываются на улице, становясь легкой добычей криминальных элементов; в семьях возрос уровень взаимной агрессии.

Обретение свободы сопровождается высвобождением агрессии, а агрессивное поведение, в свою очередь, воспринимается его носителем как обретение свободы. Именно психотерапевты, социальные работники, учителя, работники правоохранительных органов оказались ответственными за сохранение человеческой души. В настоящее время теория семейной психотерапии – это область наибольшего развития, в которой каждое приобретение дается ценой многочисленных усилий и дискуссий.

В основу нашей книги легли результаты исследований семей с весьма широким кругом нервно-психических и психосоматических расстройств и семейной психотерапии. Изучены более 1000 семей, проходивших семейную психотерапию в 1970–2006 гг. в отделениях подростковой психиатрии, невротиков и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. Семейная психотерапия осуществлялась при различных формах невротиков и реактивных состояний, при алкоголизме, вялотекущей шизофрении, психопатиях и психопатоподобных состояниях. Широкое изучение нервно-психических расстройств в их взаимосвязи с нарушениями семьи позволило установить некоторые общие закономерности. Именно этим закономерностям уделено основное внимание в предлагаемой вниманию читателей работе.

Мы решили проиллюстрировать основные этапы жизненного цикла семьи собственными рисунками (Э. Г. Эйдемиллер).

- Знакомство. «К. М. Вебер. Приглашение к танцу».
- Взаимная адаптация. «Продолжение танца».
- Супружеский симбиоз. «Гермафродит».
- Расставания/встречи супругов. «Прощание древлянки».
- Рождение реб «Рождение триалого».

- Уходы детей из семьи.
- Родители остаются одни.
- Завершение жизненного цикла семьи. Смерть супруга.

## Глава 1. СЕМЬЯ КАК ИСТОЧНИК ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ



Знакомство. «К. М. Вебер. Приглашение к танцу»

## Современная семья и нарушения ее функционирования

«Семья – ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, т. е. отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Соловьев Н. Я., 1977). Семья играет огромную роль в жизни как отдельной личности, так и всего общества. По данным переписи населения 1979 г., 88,4 % всего населения живут в семьях.

Важнейшими характеристиками семьи являются ее функции, структура и динамика.

**Функции семьи.** Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи. «Функций семьи столько, сколько видов потребностей в устойчивой, повторяющейся форме она удовлетворяет» (Соловьев Н. Я., 1977). Выполнение семьей ее функций имеет значение не только для ее членов, но и для общества в целом.

*Воспитательная функция семьи* состоит в том, что удовлетворяются индивидуальные потребности в отцовстве и материнстве; в контактах с детьми и их воспитании; в том, что родители могут «реализоваться» в детях. В ходе выполнения воспитательной функции семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, подготовку новых членов общества.

*Хозяйственно-бытовая функция семьи* заключается в удовлетворении материальных потребностей членов семьи (в пище, крове и т. д.), содействует сохранению их здоровья: в ходе выполнения семьей этой функции обеспечивается восстановление затраченных в труде физических сил.

*Эмоциональная функция семьи* – удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Данная функция обеспечивает эмоциональную стабилизацию членов общества, активно содействует сохранению их психического здоровья.

*Функция духовного (культурного) общения* – удовлетворение потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении, она играет значительную роль в духовном развитии членов общества.

*Функция первичного социального контроля* – обеспечение выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в силу различных обстоятельств (возраст, заболевание и т. п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в полном соответствии с социальными нормами.

*Сексуально-эротическая функция* – удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества важно, что семья при этом осуществляет регулирование сексуально-эротического поведения ее членов, обеспечивая биологическое воспроизводство общества.

С течением времени происходят изменения в функциях семьи: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями. Качественно изменилась функция первичного социального контроля. Повысился уровень терпимости к нарушениям норм поведения в сфере брачно-семейных отношений (рождениям внебрачных детей, супружеским изменам и т. п.). Развод перестал рассматриваться как наказание за недостойное поведение в семье.

*Нарушения функций семьи* – это такие особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Способствовать нарушениям может весьма широкий круг факторов: особенности личностей ее членов и взаимоотношений между ними, определенные условия жизни семьи. Например, причиной нарушений воспитательной функции семьи может стать и отсутствие у родителей соответствующих знаний и навы-

ков, и нарушения в их отношениях (конфликты по вопросам воспитания, вмешательство других членов семьи и т. д.).

**Структура семьи** – состав семьи и число ее членов, а также совокупность их взаимоотношений. Анализ структуры семьи дает возможность ответить на вопрос, каким образом реализуется функция семьи: кто в семье осуществляет руководство и кто является исполнителем, как распределены между членами семьи права и обязанности. С точки зрения структуры можно выделить семьи, где руководство сосредоточено в руках одного члена семьи, и семьи, где явно выражено равное участие всех членов в управлении. В первом случае говорят об авторитарной системе отношений, во втором – о демократической. Различной может быть структура семьи в зависимости от того, как в ней распределены основные обязанности: равномерно или же большая их часть сосредоточена в руках одного члена семьи.

Наиболее распространенная структура семьи в нашем обществе – это семья, включающая взрослых (мужа и жену, нередко кого-то из родителей) и детей, причем в нашей стране для семьи наиболее типично наличие одного-двух детей (Белова В. А., 1975). В большинстве случаев семьи ориентированы на равномерное распределение обязанностей, а также равноправное участие в решении всех семейных проблем. В ходе социологических опросов на предпочтительность такой структуры взаимоотношений указывает большая часть опрошенных (Мацковский М. С, Гурко Т. А., 1986).

*Нарушения структуры семьи* – это такие особенности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Например, неравномерность распределения хозяйственно-бытовых обязанностей между супругами является нарушением структуры взаимоотношений в семье, поскольку препятствует удовлетворению ряда потребностей того супруга, который взял на себя основную нагрузку (потребностей в восстановлении физических сил, в культурном, духовном обогащении).

Вопрос о том, что в семье является нормой, а что нарушением, – один из наиболее трудных вопросов в современной науке о семье. Часть семейных психотерапевтов имеют определенное представление, какой должна быть семья, – например, какими могут и должны быть отношения между супругами и каких отношений не должно быть между родителями и детьми (Сальвадор Минухин). Другие четче определяют требования, предъявляемые к семье, – например, необходимость создавать условия для развития личностей членов семьи – «опытная» семейная психотерапия (основоположник этого направления – Карл Витакер). Третьи точнее знают, какой не должна быть семья, – учение о «семейных треугольниках» и о «двойной связи». Наконец, четвертые верят пациенту и помогают ему избавиться от того, что ему мешает, – такова тактика бихевиоризма.

**Динамика семьи.** Функции и структура семьи могут изменяться в зависимости от этапов ее жизнедеятельности. Существуют различные системы выделения основных этапов жизненного цикла.

Наиболее известна система «стадий», где в качестве основного признака разграничения стадий использовался факт наличия или отсутствия детей в семье и их возраст (Duvall E., 1957). Есть еще целый ряд периодизаций (например, W. Gove, 1973, и A. Barcai, 1981).

Помимо ситуативных стрессов выделяют и те, которые предусмотрены коллизиями развития личности/организма, семьи и других социальных групп, – «нормативные стрессы и стрессоры» (Burnham J. B., 1991) и кризисы развития (Carlan G., 1963). Они могут быть описаны как критические точки прохождения семьи от фазы к фазе в жизненном цикле семьи. Именно в этих точках прежние способы достижения целей, применявшиеся в семье ранее, не способствуют достижению новых потребностей, появившихся у членов семьи.

Семейные системные психотерапевты Варнхилл и Лонго для объяснения того, что происходит с семьей при переходе от фазы к фазе, заимствовали психоаналитические идеи о фиксации и регрессии: во время нормативного стрессора дисфункциональные семьи, вместо того

чтобы продвигаться вперед, регрессируют на более ранние фазы развития семьи либо останавливаются в своем развитии, т. е. фиксируются на определенной фазе. Для того чтобы избежать этого, они предлагают семьям проработать проблему переходов: «Как вы это делали, с помощью каких средств, что вы еще не делали?»

Дюваль (Duvall E. M., 1957) выделил следующие фазы в жизненном цикле семьи.

1. Вовлечение. Встреча супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу.
2. Принятие и развитие новых родительских ролей.
3. Принятие в семью новой личности. Переход от диадных отношений супругов к отношениям в треугольнике.
4. Введение детей во внесемейные институты.
5. Принятие подростковости.
6. Экспериментирование с независимостью.
7. Подготовка к уходу детей из семьи.
8. Уход детей из семьи, принятие их ухода, жизнь супругов «глаза в глаза».
9. Принятие факта ухода на пенсию и старости.

Нами, Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой, разработана собственная классификация фаз жизненного цикла семьи в сопоставлении с фазами развития других открытых живых систем – личности и психотерапевтической группы (табл. 1 «Сравнительный анализ стадий индивидуального развития личности, групповой психотерапии и жизненного цикла семьи»).

Мы считаем, что живые открытые системы – личности, семьи, группы – изоморфны по структуре развития и разнообразны по содержанию.

В табл. 2 приведены наши данные о мотивах вступления в брак в дисфункциональных семьях. На первом месте (50 % опрошенных) было желание уйти от родителей, создав свою семью, а мотив заключения брака по любви обнаружили только 9,7 % опрошенных.

**Таблица 1**

**Сравнительный анализ стадий индивидуального развития личности, групповой психотерапии и жизненного цикла семьи**

Стадия	Индивидуальное развитие личности	Стадия	Жизненный цикл семьи	Стадия	Групповая психотерапия
Нулевая	Фантазии родителей на тему будущего ребенка (в собственные 4–6 лет, в подростковом возрасте, во время беременности). Переживание тревоги, неуверенности и надежды	Нулевая	Прелюдия семейной жизни. Мотивация брака. Переживание тревоги, неуверенности, надежды	Нулевая	Предгрупповая ситуация. Мотивация участия в групповой психотерапии. Переживание тревоги, неуверенности и надежды
Первая	Отделение и индивидуализация (оральная) – физиологический симбиоз матери и ребенка	Первая	Рождение семьи – психологический симбиоз новорожденных. Проблема зависимости – независимости («МЫ» и «Я»)	Первая	Фаза зависимости и ориентации – симбиоз участников и психотерапевта («он накормит, он решит все мои проблемы»)
Вторая	Зависимость – независимость (анальная)			Вторая	Агрессивно-негативная, переформулирование целей и перераспределение ответственности
Третья	Эдипальные отношения (эдипальная)	Вторая	Семья в ожидании ребенка – рождение ребенка	Третья	Групповая сплоченность. Исследование статусных и ролевых различий
Четвертая	Развитие Эго и психологических защит (латентная)	Третья	Выход ребенка во внесемейные институты – проверка на родительскую компетентность		
Пятая	«Подростковая революция» (генитальная)	Четвертая	Выбор ребенком своего жизненного пути и возможный его уход из семьи	Четвертая	Экзистенциальный выбор (подведение итога собственной работы в группе, обсуждение планов на будущее и т. д.)
Стадия	Индивидуальное развитие личности	Стадия	Жизненный цикл семьи	Стадия	Групповая психотерапия
Шестая	Зрелая личность. Уход из родительской семьи, создание своей семьи	Пятая	Смерть старших родственников		
		Шестая	Смерть семьи (смерть одного из супругов)	Пятая	Окончание группы – выход в обычную внеспихотерапевтическую ситуацию – смерть группы

Таблица 2

### Психологические причины формирования дисфункциональных семей

Номер п/п	Мотивы вступления в брак в дисфункциональных семьях	Количество опрошенных супругов (N = 326)	
		Количество опрошенных	Процент
1	Бегство от родителей	160	50
2	Долженствование (вступление в брак из чувства долга)	156	49
3	Одиночество	85	26,6
4	Следование традиции (инициатива родителей)	80	25
5	Любовь	31	9,7
6	Престиж, поиск материальных благ	17	5,3
7	Месть	10	3,1

Со своей стороны мы хотели бы отметить, что на любой фазе развития семьи случаются тяжелые хронические болезни и смерти, которые оказывают сильное влияние на функционирование семьи как целого.

### Нормально функционирующие семьи, нормальное супружество. Дисфункциональные семьи и супружество

Нормально функционирующая семья – это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. Нормы, которыми пользуются эти семьи, либо заимствованы, либо созданы самостоятельно и использование их позволяет всем членам семьи удовлетворять все базисные потребности.

Согласно точке зрения Ледерера и Джексона, хорошим браком считается тот, который характеризуется следующими признаками: толерантность, уважение друг к другу, честность, желание быть вместе, сходство интересов и ценностных ориентации. А. Н. Обозова (1976) считает, что стабильный брак обуславливается совпадением интересов и духовных ценностей супругов и контрастностью их личностных качеств. Хотелось бы добавить, что стабильности семьи способствует также умение членов семьи вести переговоры по всем аспектам совместной жизни.

Дисфункциональные семьи оказываются неспособными удовлетворять потребности друг друга в личностном, духовном росте.

В результате исследования мотивов вступления в брак в дисфункциональных семьях удалось выявить следующие (см. табл. 2).

Мотив «бегство от родителей» часто означал пассивный протест против власти родителей, неспособность воспринимать жизнь во всей ее реальной полноте. Перефразировав слова Э. Фромма, можно сказать, что такой брак скорее является попыткой компенсировать собственную пустоту, нежели способом обогатить жизнь.

Заклучение брака по мотивам «долженствование» очень часто означает, что партнерша забеременела или же что половая близость сопровождалась переживанием вины.

Мотив «одиночество» встречался у людей, которые переехали на новое место жительства. Они заключали брак с теми людьми, которых знали ранее или которых рекомендовали сослуживцы («ты живешь один, а у твоей хозяйки есть дочка в Казани. Она такая хорошая и одинокая, смотри...»). В других случаях «одиночество» было следствием переживания экзистенциальной пустоты.

Наиболее часто в работе с дисфункциональными семьями встречались следующие проблемы.

1. *Ошибочный выбор партнера.* Самыми частыми были ожидания, что муж/ жена будут напоминать отца/мать.

2. *Незавершенные отношения с родительской семьей.* Супруги, вместо того чтобы советоваться друг с другом при решении проблем, обращались за советом к своим родителям.

3. *Утрата иллюзий* («синдром утопий» – Ледерер и Джексон, 1967). Супруги считали, что они женились по любви и ради любви, но ожидаемого счастья не было. На самом деле в их отношениях преобладала не реальная оценка эмоциональной составляющей, а преувеличенные сексуальные фантазии. Потребность в опеке и доминировании оказывалась важнее реальных сексуальных отношений (проблема пациентов с истерическими расстройствами).

4. *Переживание растерянности.* Почему мы живем вместе? – начинали задумываться супруги. – Потому что хотим этого или потому что обязаны?

5. *Супружеская измена и угроза развода* – один из наиболее частых поводов обращения к психотерапевту.

6. *Сожительство как попытка избежать ответственности* – юридической, финансовой и т. д. Под влиянием различных общественных организаций, в том числе феминистских, стали популярны идеи, что семья устарела, что на смену ей должны прийти сожительство или «пробный брак». В «пробном браке» в основном удовлетворяются рекреативные потребности, о совместном будущем партнеры не думают. Эта ситуация соответствует немецкой поговорке: «Не обязательно покупать корову для того, чтобы пить молоко». Отказ от семьи как формы регуляции социальных отношений создает тревожную ситуацию. Неслучайно Джей Хейли говорит, что наличие свекров и тестей – единственное, что отличает людей от животных: для многих главными ценностями семейной жизни являются уважение традиций и связь с родительскими семьями (Haley J., 1963).

7. Среди представителей сексуальных меньшинств, наоборот, преобладают требования узаконить их браки и разрешить им усыновление детей.

## Стадии супружеских отношений

В результате анализа научной литературы и собственных наблюдений мы выделили следующие фазы супружеских отношений.

1. *Выбор партнера.*

2. *Романтизация отношений.* На этой фазе возлюбленные находятся в отношениях симбиоза, воспринимают в фигуре партнера только достоинства, смотрят друг на друга «сквозь розовые очки». Отсутствует реальное восприятие себя и другого в супружестве. В случае, если мотивация вступления в брак была противоречивой, то многие свойства партнера – психологические, физические и др., которые сначала как бы не замечались, в дальнейшем могут восприниматься гипертрофированно.

3. *Индивидуализация стиля супружеских отношений. Формирование правил.* В результате переговоров (полных и неполных, явных и скрытых) вырабатываются правила, определяющие – кто, каким образом и в какой последовательности совершает в семье определенные поступки. Многократно повторяемые правила становятся автоматическими. В результате этого некоторые взаимодействия упрощаются, а некоторые становятся недостаточно эффективными.

4. *Стабильность/изменяемость.* Супруги ежедневно проходят через различные испытания, каждый день отвечая на вопросы: чему отдать предпочтение? повторить то, что уже стало правилом, или попробовать создать новое? Необходимый опыт по автоматизации взаимодействий уже накоплен; наверное, можно успокоиться и отдохнуть? В нормально функционирующих семьях тенденция к стабильности уравновешивается тенденцией к изменяемости.

В случае ригидной фиксации правил в семье брак приобретает признаки дисфункционального, отношения становятся стереотипными и монотонными.

5. *Фаза экзистенциальной оценки.* Супруги подводят итоги совместной жизни, выясняют степень удовлетворенности/неудовлетворенности прожитыми годами, готовятся вместе или порознь к последнему переходу. Основной итог этой фазы – решение вопроса о том, был ли брак подлинным (и желанным, и гармоничным) или случайным.

Мы намеренно отказались от сообщения возраста членов семьи, когда она входит в ту или иную фазу супружества, так как в разных странах, этносах, культурах, религиях он может быть совершенно разным.

В нашей стране наибольшую известность получила периодизация Э. К. Васильевой (1975), выделившей 5 стадий жизненного цикла:

1. Зарождение семьи: с момента заключения брака до рождения первого ребенка.
2. Рождение и воспитание детей: заканчивается с началом трудовой деятельности хотя бы одного ребенка.
3. Окончание выполнения семьей воспитательной функции: с начала трудовой деятельности первого ребенка до момента, когда на попечении родителей не останется ни одного из детей.
4. Дети живут с родителями, и хотя бы один из детей не имеет собственной семьи.
5. Супруги живут одни или с детьми, имеющими собственные семьи.

Применимость этой периодизации для целей психологического исследования подвергалась сомнению (Алешина Ю. Е., 1987). Представляется искусственным разделение 2-й и 3-й стадий. Начало трудовой деятельности первого ребенка не вносит качественных изменений в жизнедеятельность семьи: сохраняется ее воспитательная функция, а также совокупность отношений, связанных с социальным контролем над детьми, удовлетворение их эмоциональных и прочих потребностей. Другое дело – выход последнего из детей на работу: в соответствии с существующими в большинстве семей представлениями начало трудовой деятельности означает вступление индивида в роль взрослого человека и, следовательно, обретение им полной самостоятельности.

Рассмотрим особенности функционирования семьи на важнейших этапах ее развития.

**Зарождение семьи.** До момента появления первого ребенка молодая семья решает ряд задач. Важнейшая из них – адаптация супругов к условиям семейной жизни в целом и к психологическим особенностям друг друга. В этот период завершается (если имели место добрачные отношения) или осуществляется взаимная сексуальная адаптация супругов. Значительные усилия на данной стадии развития семьи, как правило, прилагаются для «первоначального семейного обзаведения» (Гордон Л. А., Клопов Э. В., 1972). Речь идет о решении проблемы жилища и приобретении совместного имущества. Наконец, именно на данном этапе развития семьи складываются отношения с родственниками – особенно если молодая семья, как это часто бывает, не имеет собственного жилья.

Процесс формирования внутрисемейных и внесемейных отношений, сближения точек зрения, ценностных ориентации, представлений, привычек супругов и других членов семьи на данном этапе протекает весьма интенсивно и напряженно. Косвенное отражение сложности этого процесса – количество возникающих в этот период разводов и их причины. «Немалая часть молодых семей распадается в самом начале совместной жизни. Основные причины этого – неподготовленность к супружеской жизни, неудовлетворительные бытовые условия, отсутствие собственной жилой площади после свадьбы, вмешательство родственников во взаимоотношения молодых супругов» (Дичюс П., 1985).

**Семья с детьми, не начавшими трудовую деятельность.** За начальной стадией семейной жизни в обычных условиях следует основной, центральный этап жизненного цикла – сложившаяся зрелая семья с детьми. Это период наибольшей активности в сфере быта и

домашнего хозяйства. У женщин – матерей несовершеннолетних детей – на ведение домашнего хозяйства уходит значительная часть нерабочего времени; мужчины-отцы уделяют домашнему труду в среднем 1,5–2 часа в день (Груздева Е. В., Чертихина Э. С., 1983; Кличюс А. И., 1987). Одновременно с продолжительностью нарастает напряженность домашнего труда, становится сложнее совмещать домашние обязанности с трудовой деятельностью. На данном этапе значительно изменяются функции духовного (культурного) и эмоционального общения. Перед супругами стоит нелегкая задача – сохранить эмоциональную общность в совершенно иных условиях, чем те, в которых она формировалась (т. е. уже не во время досуга и развлечений, которые играли немаловажную роль на первой стадии развития семьи). В условиях загруженности обоих супругов домашними и трудовыми обязанностями общность их проявляется в гораздо большей мере – в стремлении помочь друг другу, во взаимном сочувствии и эмоциональной поддержке. Особо значима на этом этапе воспитательная функция семьи: обеспечение физического и духовного развития детей ощущается родителями как наиболее важная задача. Неслучайно ряд исследователей разделяет этот этап на несколько: семья с ребенком в первые годы его жизни, семья в период пребывания ребенка в детском саду, семья школьника и т. д. (Barcai A., 1981). Каждая новая ступень в развитии ребенка, с одной стороны, становится своеобразной проверкой того, насколько эффективным было функционирование семьи на предшествующих этапах, с другой – ставит новые задачи, требуя от родителей иных качеств, способностей и умений. Требования к родителям годовалого ребенка и подростка весьма различны.

Для данного этапа развития семьи характерны самые разные проблемы и нарушения. Показательно, что именно в этот период обычно обнаруживается снижение удовлетворенности семейной жизнью (Алешина Ю. Е., 1987). Основные источники нарушений жизнедеятельности семьи в это время – перегрузка супругов, перенапряжение их сил, необходимость перестройки их духовных и эмоциональных взаимоотношений. На смену конфликтности и проблемности, характерным для первого этапа жизни семьи, приходит опасность эмоционального «остывания», различные проявления которого (супружеские измены, сексуальные дисгармонии, разводы по причине «разочарования в характере партнера», «любви к другому человеку») именно на этом этапе наблюдаются наиболее часто. Основные нарушения жизнедеятельности семьи обычно приводят к неэффективности супругов в роли родителей (Чечот Д. М., 1973; Чуйко Л. В., 1975; Джеймс М., 1985; Соловьев Н. Я., 1985; Tamir L., Antonucci C., 1981; Schater R., Keeth R., 1981).

**Завершающие этапы жизнедеятельности семьи.** Когда дети начинают трудовую деятельность и создают собственные семьи, семья родителей прекращает воспитательную деятельность. Попытки ее продолжать чаще всего вызывают сопротивление детей. Наиболее очевидные сдвиги в повседневной жизни семьи связаны с особенностями пожилого возраста. Физических сил все меньше, следовательно, увеличивается потребность в рекреации, все большее значение приобретает отдых. Состояние здоровья супругов ухудшается, и связанные с этим проблемы выходят на первый план, в этом направлении перемещаются интересы, здесь нередко сосредоточиваются все усилия. В то же время в типичном случае имеет место активное участие членов семьи в домашнем труде и уходе за детьми. Новые роли «бабушек» и «дедушек» требуют особенно много сил в первые годы жизни внуков. Происходит перекладывание части забот на старшее поколение, что обусловлено теми трудностями, с которыми сталкиваются дети на первых этапах жизни в собственных супружеских семьях (Гордон Л. А., Клопов Э. В., 1972).

Завершение жизненного цикла – окончание трудовой деятельности, выход на пенсию, сужение круга возможностей – увеличивает потребность в признании, уважении (особенно со стороны детей). Потребность ощутить свою необходимость и значимость на этом этапе начинает играть особенно заметную роль.

## Нарушения жизнедеятельности семьи

На протяжении всего жизненного цикла семья постоянно сталкивается с самыми различными трудностями и неблагоприятными условиями – болезни, жилищно-бытовые неудобства, конфликты с социальным окружением, последствия широких социальных процессов (война, социальные кризисы и т. п.). В связи с этим перед семьей часто возникают непростые проблемы, которые могут отрицательно сказаться на ее жизни.

Неудивительно, что и сами трудности, с которыми сталкивается семья, и их последствия вызывают значительный интерес социологов, психологов, психиатров. Исследования в этой области идут в основном в двух направлениях. Первое – исследование семьи в условиях трудностей, возникших в силу неблагоприятного воздействия социальных процессов: войн, экономических кризисов, стихийных бедствий и т. п. (Angell R., 1936; Cavan R., Ranck K., 1938; Hill R., 1949; Boulding E., 1950). Это направление наиболее широко представлено в предвоенных и послевоенных работах американских исследователей. Второе – изучение «нормативных стрессоров» – трудностей, встречающихся в обычных условиях, связанных с прохождением семьи через основные этапы жизненного цикла, а также возникающих, когда что-то нарушает жизнь семьи: длительная разлука, развод, смерть одного из членов семьи, тяжелое заболевание и т. д. (Russell C, 1974; Wallerstein J., Kelly J., 1975; Sheehy S., 1976). Все эти обстоятельства приводят к многочисленным сложным последствиям – к проявлениям нарушений в жизни семьи. Это, с одной стороны, нарастание конфликтности взаимоотношений, снижение удовлетворенности семейной жизнью, ослабление сплоченности семьи, с другой – умножение усилий членов семьи, направленных на ее сохранение, и возрастание сопротивления трудностям. Исследователями определены сложно опосредованные связи между истинными источниками трудностей и их осмыслением членами семьи; выявилось относительно независимое воздействие на жизнь семьи как объективных трудностей и связанных с ними нарушений, так и субъективного представления о них (Hill R., 1949; Reiss D., Oliveri M., 1980). Среди видов субъективного осознания членами семьи нарушений в ее жизнедеятельности в настоящее время наиболее изучены мотивы семейных конфликтов и разводов (Соловьев И. Я., 1985), проблемы и поводы обращения в семейную консультацию (Калмыкова Е. С., 1983; Обозова А. Н., 1984; Келам А., Эббер И., 1985; Навайтис Т., 1985; Копьев А. Ф., 1986). В целом семейное нарушение представляет собой сложное образование, включающее факторы, его обуславливающие (трудность, с которой столкнулась семья), неблагоприятные последствия для семьи и ее реакцию (в частности, осмысление нарушения членами семьи).

Рассмотрим основные моменты, участвующие в возникновении и проявлении семейного нарушения. Речь идет о весьма широком круге обстоятельств, особенностей внешней социальной среды, условий жизни семьи, изменений в личности ее членов, которые затрудняют функционирование семьи или ставят ее перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям.

Многочисленные трудности, с которыми сталкивается семья и которые угрожают ее жизнедеятельности, можно разделить прежде всего по силе и длительности их действия. Особое значение имеют при этом две группы семейных трудностей: острые (в том числе и сверхсильные) и хронические раздражители. Примером первых может служить смерть одного из членов семьи, известие о супружеской измене, внезапное изменение в судьбе и социальном статусе (например, арест одного из членов семьи), внезапное и сильное заболевание. К хроническим трудностям относятся чрезмерная физическая и психическая нагрузка в быту и на производстве, сложности при решении жилищной проблемы, длительный и устойчивый конфликт между членами семьи и т. п. Можно выделить также следующие группы трудностей, с которыми сталкивается семья: связанные с резкой сменой образа жизни семьи (жизненного

стереотипа) и с суммированием трудностей, их «наложением» друг на друга. Пример первых – психологические трудности, возникающие при переходе от одного этапа жизненного цикла к другому (заключение брака и начало совместной жизни, появление ребенка, прекращение семьей воспитательной деятельности). Такие переходы, как правило, сопровождаются довольно резким изменением образа жизни семьи. Пример вторых – необходимость практически одновременного решения ряда проблем в начале второго этапа (сразу после появления в семье первого ребенка) – завершение образования и освоение профессии, решение жилищной проблемы, первичное обзаведение имуществом, уход за ребенком. По источнику возникновения семейные трудности можно разделить на связанные с этапами жизненного цикла семьи (например, сближение идеологий родительских семей у молодоженов); обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла (если молодожены произошли из семей с полярно противоположными идеологиями); ситуационные воздействия на семью (землетрясение, война, перестройка). Через все этапы жизненного цикла проходят «нормативные стрессоры» (Boss P., 1980) – обычные трудности, которые в более или менее острой форме переживают все семьи: на первом этапе жизни – сложности взаимного психологического приспособления; конфликты, возникающие при формировании взаимоотношений с родственниками при решении жилищной проблемы; на втором – задачи воспитания и ухода за ребенком, ведения трудоемкого домашнего хозяйства. Сочетание перечисленных трудностей в определенные моменты жизненного цикла семьи приводит к семейным кризисам.

Несомненный интерес представляют исследования чешских ученых, установивших и описавших два критических периода в жизни семьи (Plzak M., 1973; Kratochvil S., 1985). Первый из них, более интенсивный, наблюдается между 3-м и 7-м годами существования семьи и достигает наибольшей остроты в период между 4-м и 6-м годами. Второй кризис назревает между 17-м и 25-м годами. В обоих случаях наблюдается нарастание неудовлетворенности. Ведущую роль в случае первого кризиса приобретает фрустрирующее изменение эмоциональных взаимоотношений и как результат – увеличение числа конфликтных ситуаций, рост напряжения как отражение бытовых и других проблем; в случае второго – связанное с отделением детей от семьи нарастание соматических жалоб, тревожности, ощущения пустоты жизни. Выявление кризисных периодов в жизни семьи может иметь немаловажное прогностическое значение, способствовать их смягчению или предупреждать неблагоприятные кризисные проявления.

Трудности, обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла, – те, что возникают при отсутствии в семье одного из ее членов (супруга, детей). Причиной может быть развод, длительная разлука супругов, внебрачный ребенок, смерть одного из членов семьи, бездетность супругов. При всем разнообразии вариантов развития семьи отмечается ряд общих источников нарушений. Это, во-первых, функциональная пустота, т. е. ситуация, когда одна из ролей, необходимых для успешного существования семьи, никем не выполняется. Например, с уходом отца из семьи его доля в воспитании уже невосполнима (Титаренко В. Я., 1987). Во-вторых, могут быть трудности адаптации к самому факту событию, породившему неблагоприятный вариант развития семьи (развод, смерть одного из членов семьи, необходимость воспитывать ребенка вне брака и др.). Противоречивость и многослойность процессов, возникающих в связи с разводом, показаны исследователями на материале социологических исследований восприятия разведенными послеразводной ситуации (Рапопорт С. С., 1985).

К ситуационным нарушениям относятся трудности относительно кратковременные, но создающие угрозу функционированию семьи (серьезные заболевания членов семьи, крупные имущественные потери и т. п.). Значительную роль в психологическом воздействии этих трудностей играет фактор внезапности (семья оказывается неподготовленной к событию), исключительности (легче переживается трудность, затрагивающая многие семьи), а также ощущение

беспомощности (члены семьи уверены, что они ничего не могут сделать для того, чтобы обезопасить себя в будущем) (Costell R. et al., 1981).

**Неблагоприятные последствия трудности. Семейное нарушение.** Насколько для семьи значима та или иная трудность, зависит прежде всего от того, сколь далеко идущие неблагоприятные последствия она имеет. Например, утрата определенной суммы денег для одной семьи – тяжелое нарушение ее жизнедеятельности, для другой – нет, в зависимости от того, какими средствами эти семьи располагают.

Разнообразны последствия воздействия трудностей на семью, они затрагивают различные сферы жизни семьи – нарушаются воспитательные функции семьи, супружеские отношения и т. п. При рассмотрении нарушений жизнедеятельности семьи учитывается также и то, как они действуют на ее членов: как правило, в результате те или иные потребности оказываются неудовлетворенными, что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из важных, с точки зрения семейной психотерапии, последствий нарушений является их психотравмирующее действие – неблагоприятное воздействие на психическое здоровье индивида.

**Усилия семьи по противодействию нарушениям.** Семья, столкнувшаяся с трудностью, более или менее активно противодействует ей, стремится предотвратить ее неблагоприятные последствия. Исследования показывают, что семьи реагируют на трудности весьма различно. В одних случаях трудности оказывают явно мобилизующее, интегрирующее воздействие; в других, напротив, ослабляют семью, ведут к нарастанию в ней противоречий. Эта особенность реагирования различных семей особенно отчетливо прослеживается в случае «нормативного стрессора» (Rapoport S., 1963; Stierlin H., 1978).

Неодинаковая устойчивость семей по отношению к трудностям объясняется по-разному. Чаще всего говорят об определенном механизме, обеспечивающем успешное противодействие нарушению, – о «механизме решения проблем», о семьях, умеющих решать проблемы (опознавать их, выдвигать версии решения, выбирать из них наиболее удачную). Некоторые ученые выделяют также определенные группы особенностей семьи, благодаря которым она легче приспосабливается к неблагоприятным условиям. Среди таких особенностей – гибкость взаимоотношений, средняя степень четкости в формулировке ролевых ожиданий, сплоченность семьи, открытость в восприятии окружающего мира, т. е. отсутствие тенденции игнорировать какую-то часть информации о мире (Aldous J. et al., 1971; Reiss D., Oliveri M., 1980).

И тот и другой подходы имеют определенные недостатки. Действительно, способность семьи противостоять трудностям и нарушениям в немалой степени зависит от умения ее членов осознавать и решать проблемы, которые обусловлены этой трудностью. Психологические исследования и психотерапевтический опыт подтвердили, что развитие способности семьи к решению тех проблем, с которыми она сталкивается, подготовка к ним повышают стрессоустойчивость семьи. В то же время при таком подходе недостаточно учитывается то обстоятельство, что семейные проблемы имеют особый характер. Нередко их решение определяется не только интеллектуальным принятием какого-то варианта действий: может быть, необходимо определенное самоограничение каждого из ее членов, уменьшение уровня потребления, взятие на себя большей нагрузки, большее напряжение воли, улучшение взаимопонимания и т. д. Эти процессы относятся не только к семейному механизму решения проблемы, но и охватывают самые разные стороны ее жизнедеятельности. Семья реагирует на трудность как целое, как единая система. Что касается второго подхода, то его отличает определенная тавтологичность. Верно, что гибкость, открытость и другие перечисленные выше характеристики содействуют приспособлению семьи к новым трудным условиям, преодолению трудностей. Беда лишь в том, что само наличие у семьи этих качеств нередко устанавливается путем выяснения того, сколь гибко и открыто ведет себя семья, столкнувшись с разными трудностями. Получается замкнутый круг: почему семья хорошо справляется с неблагоприятными условиями? Потому что ей

присущи гибкость, открытость. Откуда мы знаем, что ей присущи эти черты? Из наблюдений над тем, как она приспосабливается к трудным условиям.

### **Теория латентного нарушения**

Мы предлагаем несколько иной подход к решению этой проблемы, в центре которого – понятие латентного нарушения. Латентным мы будем называть такое нарушение, которое не оказывает существенного негативного воздействия на жизнь семьи в нормальных условиях, однако играет значительную роль в сложных обстоятельствах, определяя неспособность семьи им противостоять. Как в обычных, так и в необычных условиях члены семьи общаются, испытывая друг к другу определенные чувства, распределяют между собой права и обязанности и т. д. Но в обычных (благоприятных, а тем более «тепличных») условиях определенные нарушения во всех этих сферах оказываются вполне допустимыми: не слишком значительные нарушения взаимопонимания, умеренно выраженная конфликтность, пониженная способность членов семьи регулировать уровень своих требований друг к другу могут не оказывать значительного влияния на жизнь семьи. Другое дело – в трудных условиях: той степени взаимопонимания и взаимной привязанности, которая существовала в семье, теперь уже оказывается недостаточно. Вот здесь-то и возникает разница в реакции семей на трудности. В семьях, где латентных нарушений нет или они минимальны, оказывается возможной мобилизация семьи, усиление ее сплоченности, активизация совместных действий. В семьях, имеющих такие нарушения, это трудноосуществимо. Семьи без латентных нарушений в этих условиях начинают функционировать лучше, а имеющие их – хуже.

Представление о латентных нарушениях, по нашему мнению, дает возможность более точно и разносторонне понять отношения между семьей и различными трудностями, которым она противостоит. В соответствии с этим представлением трудные условия не просто выступают как фактор, нарушающий те или иные стороны жизнедеятельности семьи, – они прежде всего выявляют латентные нарушения ее жизнедеятельности, а эти нарушения, в свою очередь, определяют реакцию на трудности.

### **Типы нарушения функционирования семьи, обуславливающие психическую травматизацию личности**

Под психической травмой мы, вслед за Канторовичем (Канторович Н. В., 1967), понимаем тяжелые индивидуальные психические переживания, играющие значительную или основную роль в этиопатогенезе, клинике и течении нервно-психических заболеваний.

Семейная психиатрия развивает и конкретизирует учение о психической травме. Это связано с тем, что семья может вызывать нарушения психического здоровья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов. Психическая травма – это явление, возникающее на пересечении неблагоприятных воздействий нарушений семьи и психических расстройств личности. Нарушения семьи вызывают психическую травму; развитием этой травмы или реакцией на нее является нервно-психическое расстройство индивида – члена семьи.

Рассмотрим сущность психической травмы и основные закономерности участия семьи в ее возникновении и развитии.

## Семья как источник психической травмы

Психическая травма – это прежде всего психическое переживание, в центре которого находится определенное эмоциональное состояние. Центральное место эмоций в структуре психотравмирующего переживания закономерно, оно обусловлено как важным местом эмоций в организации и интеграции психических процессов, так и их ролью во взаимосвязи психических и соматических систем личности (Анохин П. К., 1979). Психотравмирующее переживание – это состояние, воздействующее на личность в силу его выраженности (остроты), длительности или повторяемости. Психотравмирующими являются не любые сильные или потрясающие переживания, а лишь такие отрицательные переживания, которые могут быть причиной определенной клинической патологии (Канторович Н. В., 1967).

Исследования неврозов, реактивных расстройств и других форм пограничных нервно-психических расстройств, в этиологии которых значительную роль играет психотравмирующее переживание, позволяют очертить круг таких состояний. Это состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности (субдепрессивные состояния), тревоги, страха, беспокойства, неуверенности, беспомощности (состояния фобического круга), эмоциональная напряженность, а также сложные совокупности состояний, возникающих при наличии внутреннего конфликта, столкновения индивида с непомерными препятствиями и трудностями (Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др., 1976).

Важнейшей чертой психотравмирующих переживаний является, как было показано В. Н. Мясищевым (1960), их центральное место в структуре личности, их особая значимость для индивида. «Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений. Потеря места, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т. п. являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или, по крайней мере, значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции» (Мясищев В. И., 1960).

Важное место в учении о психической травме занимает понятие о патогенной ситуации – совокупности факторов, непосредственно обуславливающих психотравмирующее переживание. «Патогенная ситуация, в соответствии с точным смыслом слова, представляет то положение, в котором оказывается личность, с ее качествами (преимуществами и недостатками), с сочетанием условий, лиц, с которыми она взаимодействует, со стечением обстоятельств, создающих неразрешимый клубок внешних и внутренних трудностей» (Мясищев В. И., 1960).

Патогенная ситуация может возникнуть в самых различных взаимоотношениях индивида: служебных, трудовых, учебных и т. д. Семейные отношения, как правило, выступают в роли наиболее важных, значимых для индивида, чем объясняется их ведущая роль в формировании патогенных ситуаций и психических нарушений (Ушаков Г. К., 1987). Ведущая роль семьи в возникновении патогенных ситуаций и психотравмирующих переживаний определяется рядом обстоятельств.

1. *Ведущей ролью семейных отношений в системе взаимоотношений личности.* Семья на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни индивида является единственной, а позднее – одной из наиболее важных социальных групп, в которые он включен. События в семье в гораздо большей степени «принимаются близко к сердцу», чем аналогичные события в сфере трудовой деятельности, соседских отношений и т. д.

2. *Многосторонностью семейных отношений и их зависимость друг от друга.* Сферы домашнего хозяйства, досуга, эмоциональных и сексуально-эротических взаимоотношений

теснейшим образом взаимосвязаны, и попытка внести в любую из них более или менее значительные изменения вызывает «цепную реакцию» изменений во всех других. В силу этой особенности от семейной травмы труднее уйти – у члена семьи при попытке избежать травматизации возникает больше сложностей.

*3. Особой открытостью и, следовательно, уязвимостью члена семьи по отношению к различным внутрисемейным влияниям, в том числе и травмирующим.* В семье индивид более доступен воздействию со стороны других членов семьи; слабости и недостатки его проявляются наиболее явно.

Психические травмы семейной этиологии, как и любые другие, могут быть единичными и повторными, короткими и длительными (Канторович Н. В., 1967). В то же время сама длительность семейных отношений создает особенно благоприятные предпосылки для длительно действующих, закономерно и часто повторяющихся психических травм.

Наш опыт показывает, что особую значимость при анализе участия семьи в психической травматизации личности имеют случаи устойчивой патогенной ситуации, обусловленной всей совокупностью семейных отношений в данной семье. Индивид воспринимает семейную жизнь в целом как травмирующую. Травмирующее переживание становится результатом всех или значительного числа семейных обстоятельств. Такой индивид, например, испытывает чувство крайней неудовлетворенности семейной жизнью, и это чувство обусловлено и сексуально-эротической неудовлетворенностью, и отсутствием общих интересов в сфере досуга, и неудачами в межличностных отношениях – нехваткой симпатии, уважения и т. д. Такое травмирующее переживание обладает наибольшей длительностью, устойчивостью и, следовательно, наиболее неблагоприятным воздействием.

Обобщение опубликованных данных об участии семьи в этиологии различных нервно-психических расстройств и наш клинический опыт показывают, что среди многочисленных семейно обусловленных травмирующих состояний особенно важную роль играют четыре вида: состояние глобальной семейной неудовлетворенности, «семейная тревога», семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение; чувство вины. Охарактеризуем эти состояния.

### **Состояние глобальной семейной неудовлетворенности**

Патогенная семейная ситуация, обуславливающая возникновение данного переживания, – резкое расхождение между реальной жизнью семьи и ожиданиями индивида. Следствием этой патогенной ситуации является состояние фрустрации, осознаваемой или неосознаваемой. Фрустрация, в соответствии с общепсихологическими закономерностями ее проявлений, порождает многочисленные последствия (в частности, обусловленные действием разнообразных защитных механизмов), часть которых при их достаточной выраженности и наличии определенных личностных особенностей приводит к различным психогенным заболеваниям. Характер травмирующего влияния неудовлетворенности в значительной мере зависит от степени осознанности данного состояния.

В случае **осознанной неудовлетворенности** обычно наблюдается открытое признание супругом того, что семейные отношения его не удовлетворяют. Показательным при этом является указание на глобальный характер неудовлетворенности – на то, что семейная жизнь не соответствует даже самым минимальным требованиям: «Наша семейная жизнь одинаково плоха и днем и ночью», «Мне очень не повезло с семьей», «Мы ошиблись, нам не бывает хорошо друг с другом». Как правило, упоминается какое-то весьма важное и психологически объяснимое обстоятельство, мешающее немедленно разойтись (чаще всего – дети или жилищно-бытовые трудности, которые возникнут при разводе). Осознанная неудовлетворенность нередко сопровождается конфликтом между супругами: к констатации неудовлетворен-

ности присоединяются выраженные агрессивные ноты, прямые указания на то, что причиной ее является другой супруг. Травматизирующая роль данного семейно обусловленного состояния связана с конфликтом в семье и будет рассмотрена несколько позднее.

Иначе проявляется **плохо осознаваемая («тлеющая») неудовлетворенность**. Супругом выражается относительная удовлетворенность семейной жизнью: «Живем нормально», «Не хуже, чем другие люди». Неудовлетворенность же выявляется косвенным путем. Во-первых, через выражение чувств и состояний, граничащих с прямой неудовлетворенностью: монотонность, скука, бесцветность жизни, отсутствие радости, ностальгические воспоминания о времени до брака. Основным мотивом поведения в семье выступает необходимость: «Делаешь то, что нужно», «Живешь так, как нужно», «Приобретаем то, что нужно». Во-вторых, неудовлетворенность проявляется в многочисленных жалобах на различные частные стороны семейной жизни. В ходе опроса супругов нередко оказывается, что, несмотря на удовлетворенность жизнью семьи в целом, они недовольны по отдельности всеми сторонами жизни, о которых спрашивает обследующий их врач или психолог: жильем, здоровьем, успеваемостью и поведением детей, проведением свободного времени и т. д. В-третьих, «тлеющая неудовлетворенность» проявляется в ряде специфических феноменов, наблюдаемых в жизни такой семьи. Прежде всего это явление, которое, на наш взгляд, уместно было бы назвать феноменом «капли дегтя». Речь идет о какой-то в большинстве случаев объективно второстепенной проблеме, которая в данной семье разрастается до таких размеров, что способна серьезно снизить удовлетворенность супругов семейными взаимоотношениями. Такой «каплей дегтя» могут послужить взаимоотношения с кем-либо из родственников, проживающих отдельно, или разногласия по второстепенным вопросам организации семейной жизни. Аналогичную роль играют и крупные, значимые проблемы, которые не могут быть решены в данный момент и постоянно ощущаются как важный фактор неудовлетворенности жизнью семьи. Вопреки известной поговорке о капле дегтя, которая всегда портит бочку меда, в семейных взаимоотношениях наблюдается зависимость от качества пресловутого меда: при наличии действительной удовлетворенности семейными отношениями мелкие проблемы относительно легко растворяются, нейтрализуются; происходит адаптация к ним. Супруги привыкают к недостаткам друг друга, приспособляются к определенным трудностям семейной жизни. В случае же «тлеющей неудовлетворенности», напротив, указанная мелкая проблема кристаллизует имеющуюся неудовлетворенность. По-видимому, в таких ситуациях проявляются и защитные механизмы индивида. Через эту проблему, и особенно через резкое преувеличение ее значимости, индивид получает возможность объяснить себе смутно ощущаемую им неудовлетворенность, на самом деле вызванную совокупностью семейных взаимоотношений.

Другой специфический феномен, наблюдаемый в случае «тлеющей неудовлетворенности», – нарастание фрустрации одного или обоих супругов: они сообщают о том, что оба (или один из них) стали «нервными», при этом ими же указывается на какие-то, на их взгляд, объективные причины этого явления (беременность, различного рода трудности, встречающиеся в повседневной жизни).

Особенно наглядно «тлеющая неудовлетворенность» проявляется через эмоциональные взрывы, встречающиеся в семьях такого типа и нередко приводящие к разрушению семьи, а также в ситуациях, когда один из супругов, столкнувшись с возможностью заново организовать свою семейную жизнь (например, в повторном браке), совершенно неожиданно для себя открывает, вопреки прежним своим представлениям, что в действительности все время был несчастлив («не жил, а существовал») и что он, оказывается, «может быть по-настоящему счастлив». Речь при этом идет не только о появившейся возможности более удовлетворительных сексуально-эротических отношений, но и об ином уровне взаимопонимания, более содержательном досуге и т. д. Клинически нами прослежено функционирование «тлеющей неудовлетворенности» в качестве фактора, участвующего в этиологии субдепрессивных состояний

при невротических развитиях, в клинике алкоголизма (особенно женского), а также в качестве декомпенсирующего фактора при явных акцентуациях характера (см. главу 5).

## **«Семейная тревога»**

Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые. Характерный признак данного типа тревоги – то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся прежде всего семьи – здоровья ее членов, их отлучек и поздних возвращений, стычек и конфликтов, возникающих в семье. Тревога эта обычно не распространяется на внесемейные сферы – на производственную деятельность, на родственные, межсоседские отношения и т. п. В основе «семейной тревоги», как правило, лежит плохо осознаваемая неуверенность индивида в каком-то очень для него важном аспекте семейной жизни. Это может быть неуверенность в чувствах другого супруга, неуверенность в себе. Индивид вытесняет чувство, которое может проявиться в семейных отношениях и которое не вписывается в его представления о себе.

Важными составляющими «семейной тревоги» являются также чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешаться в ход событий в семье, направить его в нужное русло. Типичные высказывания индивидов с «семейной тревогой» ярче всего отражают как раз эту сторону данного состояния. Характеризуя свои семейные отношения, они нередко употребляют такие высказывания: «Чувствую, что, как бы я ни поступил, все равно кончится это плохо», «Часто чувствую себя беспомощным», «Когда я попадаю домой, всегда из-за чего-то переживаю», «Я часто хотел(а) бы посоветоваться, но не с кем», «Часто бывает: хочу сделать хорошо, а оказывается, вышло плохо». Индивид с семейно обусловленной тревогой не ощущает себя значимым действующим лицом в семье, независимо от того, какую позицию он в ней занимает и насколько активную роль играет в действительности. Женщина, фактически выполняющая почти всю домашнюю работу, обеспечивающая жизнь семьи, на вопрос о своей роли в семье отвечает: «Иногда мне кажется, что если бы я вдруг исчезла, то этого никто бы не заметил». Данное семейно обусловленное состояние, как показывают наши наблюдения, во взаимодействии с характерологическими особенностями личности (в частности, явной сенситивной, психоастенической, реже – лабильной акцентуацией) оказывается важным фактором, участвующим в возникновении обсессивно-фобического невроза.

### **Случай 1**

#### **«СЕМЕЙНАЯ ТРЕВОГА»**

Мария Н., 35 лет, госпитализирована в связи с попыткой совершить «расширенное самоубийство». Узнав, что ее супруг ушел жить к другой женщине (об этом ей сообщил по телефону муж этой женщины), она включила газ в квартире, где находились она и 8-летняя дочь. Самоубийство не удалось благодаря вмешательству соседки, почувствовавшей запах газа и взломавшей дверь в квартиру. От соседей узнала, что против нее должно быть возбуждено уголовное дело за попытку убийства дочери. Под влиянием совокупных травм развилась депрессивная форма реактивного психоза. Больная замкнута, часто плачет, тихим голосом обращается к мужу, укоряя его, обвиняя в происшедшем, неточно ориентирована во времени, жалуется на тоску. В ходе первичного обследования заявила, что поступок мужа был для нее

полной неожиданностью, утверждала, что все было хорошо, что он был всем доволен и что во всем виновата женщина, которая его соблазнила. Однако дальнейшие беседы с Н. выявили значительную роль, которую в этиологии ее нервно-психического расстройства сыграла «семейная тревога». Большая рассказала, что в последнее время у нее были плохие предчувствия, она нередко задумывалась, «за что ее муж не любит». Оказалось, что ее не удивляли поступки мужа, которые могли указать на перемену в отношениях: прекращение интимной жизни, его отлучки. И тому и другому она находила удовлетворявшие ее объяснения («Мы уже не молоденькие», «Он очень много работает»). В то же время нарастали неуверенность, растерянность и ожидание «чего-то самого страшного». Когда позвонил муж «той женщины», она, по ее словам, сразу «поняла, что самое страшное произошло».

Необходимо отметить также роль данного состояния в этиологии острых аффективных реакций, а также острых и подострых реактивных психозов (в том числе реактивной депрессии). Семейно обусловленная тревога выступает в этих случаях как «фактор почвы», способствуя резкому усилению реакции на патогенную ситуацию. В качестве иллюстрации такой роли «семейной тревоги» приводим следующее наблюдение (случай 1).

### **Семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение**

Чрезмерное нервно-психическое напряжение является одним из основных психотравмирующих переживаний. Большое значение в раскрытии природы этого состояния имеют работы И. П. Павлова. Основываясь на учении о высшей нервной деятельности, он выделил следующие источники перенапряжения: перенапряжение тормозного процесса, подвижности нервных процессов, столкновение (или сшибка) противоположных процессов (Павлов И. П., 1951).

Семья участвует в формировании непосильного нервно-психического напряжения личности несколькими способами.

1. *Создавая для индивида ситуации постоянного психологического давления, трудного или даже безвыходного положения.* Пример – ситуация, в которой находится жена алкоголика: муж держит ее в постоянном страхе, забирает деньги, а она – в силу свойственной ее характеру беззащитности – не в состоянии противостоять ему.

2. *Создавая препятствия для проявления членами семьи определенных, чрезвычайно важных для них чувств, для удовлетворения существенных потребностей.* Во-первых, это могут быть чувства, несовместимые с представлениями члена семьи о его роли: например, невестке может стоить огромных усилий скрывать свою антипатию к свекрови, чувство протеста в связи со стремлением свекрови вмешаться в их с мужем взаимоотношения; невестка прилагает усилия к тому, чтобы сдерживать эти чувства, так как уверена, что к свекрови нужно относиться почтительно. Во-вторых, чувства фрустрации, раздражения, агрессии – естественные отражения ситуации в семье, однако их проявление приводит к дальнейшему ее осложнению, поэтому чем неблагоприятнее взаимоотношения в семье, тем значительнее усилия, которые приходится прилагать, чтобы их сдерживать. В-третьих, это чувства и потребности, которые семья должна удовлетворять (индивид связывает удовлетворение таких потребностей именно с семьей), однако не делает этого в силу тех или иных обстоятельств. В первую очередь это касается сексуально-эротических потребностей (в случаях сексуальной дисгармонии различной этиологии) и личностно-эмоциональных потребностей (во взаимопонимании, сочувствии и т. д.).

3. *Создавая или поддерживая внутренний конфликт у индивида.* Семья может участвовать в создании у индивида внутреннего конфликта прежде всего тем, что ставит его перед

противоречивыми требованиями и возлагает на него ответственность за их выполнение. Примером может быть жена, обвиняющая мужа в нежелании помочь ей вести домашнее хозяйство и одновременно остро критикующая любую его попытку помочь.

Наши наблюдения показывают, что нервно-психическое напряжение членов семьи достигает особой силы и остроты в том случае, если семья периодически возбуждает и поддерживает у индивида определенные стремления, создает у него веру в возможность их реализации, а затем фрустрирует их – с тем чтобы позднее весь этот цикл повторился. Случай этот, как нам представляется, настолько важен, что имеет смысл его специально обозначить как «Танталов комплекс» (см. случай 2).

## Случай 2

### НЕПОСИЛЬНОЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ

Павел В., 30 лет, женат 5 лет, имеет сына 4 лет, которого воспитывает мать В. По словам В., жена через неделю после свадьбы откровенно рассказала, что вышла замуж для того, чтобы отомстить другому человеку, который, имея семью, постоянно обещал расторгнуть брак и жениться на ней, но на протяжении нескольких лет тянул с этим. В. тут же потребовал развода, переселился к матери и на протяжении нескольких месяцев избегал встреч. Через несколько месяцев жена добилась свидания с ним, сообщила, что окончательно порвала «с тем мужчиной» и убедила В., что он должен помочь ей «полюбить его всей душой». Отношения, сложившиеся после возвращения В., отличались всеми признаками «Танталова комплекса». «Она не отпускала меня далеко, но и не подпускала близко. Когда видела, что я хочу порвать с ней, становилась доброй и уверяла, что может полюбить меня. У меня появлялась надежда, я начинал все делать для этого, но чем больше прилагал усилий, тем больше чувствовал, что она меня не полюбит». В. откровенно признавал, что нередко, когда он общается с женой, в нем вспыхивает ярость, которую он с огромным трудом подавляет. Приступы ярости В. связывает чаще всего с мыслью, что жена по-прежнему втайне надеется на изменение чувств человека, которого любила, и что сам В. для нее только «запасной вариант». «Светлые» периоды характеризуются более теплыми чувствами с ее стороны и возрождением надежды на то, что все может быть иначе. Стремление доказать жене, что он достоин ее любви, заставляло его прилагать большие усилия для скорейшего решения жилищной проблемы, для обеспечения материального благосостояния семьи. В. учился в высшей школе (человек, которого раньше любила его жена, имел высшее образование). Неврастения развилась после того, как он длительно и напряженно готовился к экзаменам, недосыпал. В., человек обычно выдержанный, стал раздражительным, нервным. Настроение упало, «все стало немилым». Сон неглубокий, с частыми пробуждениями. Лечение, проводившееся психиатром, было направлено на устранение астении (глюкоза, витамины, фитин). Терапевтический эффект оказался нестойким. Семейная психотерапия преследовала цель коррекции взаимоотношений и повышения эффективности межличностной коммуникации. Психотерапия привела к коррекции семейных отношений, снятию источника нервно-

психического напряжения и тем самым – к существенному улучшению состояния больного.

Характерное проявление данного комплекса в том, что индивид добивается каких то чувств, какого-то отношения от других членов семьи и у него создается (спонтанно или в результате усилий других членов семьи) иллюзия возможности достичь своего; он прилагает массу усилий, однако в последнюю минуту, когда должна «последовать награда», выясняется, что что-то было «не так» и что все его старания напрасны. Отношения и чувства, которых добиваются такие индивиды, могут быть различными: признание авторитета, эмоциональное принятие, эротическая любовь. Различны и лица, от которых индивид добивается этих чувств: супруг, родители супруга, собственные дети. Нами наблюдались случаи, когда описанные отношения и связанные с ними состояния чрезмерного нервно-психического напряжения участвовали в этиологии кардиофобии, патологической ревности и неврастении. Важная особенность действия данного источника нервно-психического напряжения состоит в том, что семейные отношения всячески препятствуют угасанию чувств, вызывают описанные в психологической литературе циклы смены надежды и отчаяния, которые не только поддерживают фрустрируемую эмоцию, но и содействуют ее усилению (Reykowski J., 1968; Leonhard K., 1981).

### **Чувство вины, связанное с семьей**

Чувство вины перед другими членами семьи или перед семьей в целом также может достигать значительной интенсивности в силу таких взаимоотношений в семье, которые в сочетании с характерологическими особенностями индивида могут стать психотравмирующим фактором. Индивид в этом случае (более или менее осознанно) чувствует себя помехой для окружающих, виновником (действительным или мнимым) всех семейных неудач, склонен воспринимать поведение других членов семьи как обвиняющее, укоряющее, хотя в действительности оно таковым и не является. Типичные высказывания таких пациентов: «Знаю, что другие члены семьи часто бывают очень недовольны мною», «Нередко чувствую себя лишним дома», «У меня ощущение, что своим присутствием я всем мешаю», «Когда попадаю домой, чувствую себя неуклюжим и неловким», «Некоторые члены моей семьи считают меня совершенно бестолковым». Они сообщают, что часто замечают критические взгляды членов семьи, им нередко кажется, что членам семьи неудобно за них перед друзьями и знакомыми.

Такое состояние, так же как и ранее описанные, может быть обусловлено самыми различными и чаще всего плохо осознаваемыми особенностями семейных отношений. Ряд причин его возникновения будет рассмотрен в следующих разделах книги. Поведенческие проявления чувства вины таковы: с одной стороны, «оправдательная активность» – индивид прилагает огромные усилия, чтобы стать полезным семье, оправдать свое существование; с другой стороны, стремление занимать как можно меньше места – минимализм притязаний, крайняя уступчивость, склонность брать на себя вину за действительные и мнимые упущения.

Выявление семейно обусловленных состояний вины имеет большое значение в геронтологической клинике (что связано с психологическими особенностями статуса людей старшего возраста в семье) и сексологической практике (сексуальные нарушения могут быть как источником, так и следствием семейно обусловленной вины), а также в клинике кризисных состояний и в подростковой клинике (декомпенсация ряда характерологических отклонений).

Таким образом, семейно обусловленные психотравмирующие переживания являются тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизнедеятельности семьи в нервно-психическое или соматическое расстройство индивида.

## **Пути выявления семейно обусловленных психотравмирующих состояний**

Выявление описанных состояний требует тщательного и вдумчивого ознакомления с жизнью семьи. Особенно информативны при этом прямые (выражаемые вербально) и косвенные (проявляющиеся в интонации, часто помимо воли) оценки различных сторон жизни семьи. Для выявления этих состояний могут использоваться разработанные нами методики.

Первая – «семейно обусловленное состояние» (см. приложение 1) – представляет собой план интервью, специально направленного на выяснение упомянутых состояний. Методика включает 12 оценочных шкал, по которым индивид характеризует свое самочувствие в семье. Эти шкалы отражают изучаемые состояния. Так, напряженность отражают 4 субшкалы: перегруженности обязанностями, нервно-психической усталости, напряженности и расслабленности. Такими же 4 субшкалами характеризуются и другие состояния. Для выявления семейно обусловленных состояний используется то обстоятельство, что, как показывает клинический опыт, они чаще всего проявляются одной своей стороной. Так, пациенты с семейно обусловленной тревожностью не осознают своей тревожности, не признают ее наличия, однако при начале тестирования часто осознают и выражают вербально одно из ее проявлений – ощущение беспомощности. Бывает и по-другому: уже в начале обследования пациент в состоянии осознать свою тревожность, а другие стороны его состояния, в том числе беспомощность, оказываются полностью осознанными только позднее. Этим и определяется ход обследования. Психолог просит пациента охарактеризовать свое место в семье, свои ощущения в ней по всем 12 субшкалам. Затем он обращает внимание на ту субшкалу, показатель которой при ответе получил крайнюю оценку; интервью направляется на «разработку» этой шкалы. Обследуемому задаются стандартные вопросы типа: «Вы сказали, что чувствуете себя в семье очень... (называется получившее крайнюю оценку качество). Это приятное или неприятное чувство? Прошу вас вспомнить несколько случаев или ситуаций из семейной жизни, когда вы чувствовали себя очень... (называется получившее крайнюю оценку качество)». После того как такие случаи указаны и пациент рассказал о них, психолог возвращается к шкалам и просит повторно оценить свое самочувствие в семье. Опыт показывает, что чаще всего пациент уже иначе оценивает свое состояние, многие оценки изменяются, поскольку в результате беседы в его памяти оживают другие обстоятельства и активизируются переживавшиеся в связи с ними чувства. Нередко при второй оценке наиболее выраженным оказывается какое-то другое чувство. Врач аналогичным образом «разрабатывает» оценку и этого чувства, просит вспомнить соответствующие ситуации, случаи. Методика обеспечивает последовательное углубление исследования, движение от хорошо осознаваемых состояний к не до конца осознаваемым. Она позволяет также получить данные об обстоятельствах, определяющих изучаемые состояния.

## **Семья как фактор, определяющий реакцию индивида на психическую травму**

До сих пор речь шла о тех ситуациях, когда семья оказывалась непосредственным источником травмирующих переживаний. Именно на их выявление направлены многочисленные исследования, изучающие взаимодействие между неудовлетворенностью семьей, напряженностью в ней, наличием конфликтов, с одной стороны, и различными нервно-психическими расстройствами – с другой (Ушаков Г. К., 1987; Bottcher H., 1968; Trnka V., 1974). Но эти исследования касаются лишь малой части ситуаций, в которых семья способствует психической травматизации.

Семья – не единственный источник патогенных ситуаций, они могут складываться и вне ее. Однако это не значит, что семья в этом случае оказывается в стороне. Напротив, она может активно участвовать в процессе травматизации, определяя степень чувствительности индивида, его способность к противостоянию и выбор способа преодоления патогенной ситуации. Все это имеет место и тогда, когда семья является основным источником травмирующего переживания. В этом случае она и вызывает это переживание, и, в силу других своих особенностей, определяет чувствительность к травме и особенности реагирования индивида на нее.

Как исследователю семьи, так и клиницисту необходимо представлять себе совокупность способов, которыми семья может оказывать влияние на процесс травматизации. Рассмотрим некоторые из них.

1. *Семья как фактор сенсibilизации ее члена к психической травме.* Одна и та же патогенная ситуация может оказывать различное травмирующее воздействие в зависимости от «почвы», т. е. от личностных особенностей индивида, определяющих его чувствительность к травме. В соответствии с положением В. Маньяна существует обратно пропорциональная зависимость между чувствительностью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития болезни. Чем чувствительнее нервная система, тем менее интенсивной травмы достаточно для нарушения ее деятельности. Это положение было распространено на взаимосвязь реакции и «почвы» в целом, выдвинута концепция континуума реакции – «почвы», в соответствии с которой связь между травмирующим воздействием и «почвой» характерна для любого патологического процесса (Ушаков Г. К., 1987).



**Семинар по семейной психотерапии. Сотрудники курса детско-подростковой психотерапии СПбМАПО, преобразованного впоследствии в кафедру детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Н. В. Александрова, С. А. Кулаков, Э. Г. Эйдемиллер**

Семья выступает в качестве фактора сенсibilизации различными путями:

а) через формирование неспособности противостоять психической травме. Изнеживающее воспитание само по себе не травмирует подростка, однако оно делает его чувствительным к фрустрирующим ситуациям, с которыми он позднее столкнется вне семьи. Точно так же скрытая безнадзорность (гипоопека) сама по себе не травмирует психику, но затрудняет фор-

мирование волевых качеств личности. Это сенсibiliзирует ее, делает уязвимой, например, для алкоголизации;

б) через воздействие на психическую сопротивляемость. Непереносимое нервно-психическое напряжение может не только быть фактором травматизации, но и ослабить способность индивида сопротивляться самым различным психотравмирующим явлениям;

в) через формирование представления индивида о патогенной ситуации и ее оценки. В. Н. Мясищев (1960) неоднократно указывал на огромное значение представления индивида о патогенной ситуации и оценки им этой ситуации. Семья играет важнейшую роль в формировании представления ее членов о самых различных сторонах жизни. Возможны ситуации, представление индивида о которых (сформированное в основном под воздействием членов семьи) объективно оказывается травмирующим. Например, для подростка с пограничной умственной отсталостью неудача в учебе сама по себе не является патогенной ситуацией, однако становится таковой в силу определенного отношения к ней всей семьи, и особенно родителей, возлагавших на подростка какие-то надежды. Подросток становится на точку зрения семьи, и от этого ситуация приобретает психотравмирующие свойства.

2. *Семья как фактор, закрепляющий действие психической травмы* («хронифицирующее», «аккумулирующее» действие семьи). Психическая травма может вызвать различные реакции как самого индивида, так и семьи. В одних случаях это реакции противодействия – они направлены на скорейшую ликвидацию психической травмы и ее последствий. В других случаях реакции могут быть прямо противоположными – они так или иначе стимулируют травму, утяжеляют ее, затрудняют ее ликвидацию. В результате действия таких реакций травма «хронифицируется», «закрепляется»; неблагоприятные ее последствия аккумулируются, что проявляется в том, что при повторяющихся травмах новая возникает раньше, чем психика успевает ликвидировать последствия предыдущей, поэтому каждая новая травма «накладывается» на все предшествующие.

3. *Роль семьи в формировании индивидуальных способов противодействия травме.* Психическая травма ставит индивида перед необходимостью как-то противодействовать ей. Индивид может избрать рациональные методы противодействия, защитные (вытеснение, проекция) или деструктивные (инфантилизация, фиксация). Семья, как правило, существенно влияет на выбор способа реакции на травму: через представления членов семьи о трудностях и «правильных», «достойных», «наиболее простых» путях их преодоления. Воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция» в семье, которая к тому же поощряет демонстративное поведение, во многом предопределяет реакцию подростка на психическую травму – в данном случае это будет демонстративная реакция.

Итак, семья выступает в качестве важного источника психической травматизации, прежде всего непосредственно участвуя в травматизации. Семья – один из наиболее значимых источников психогенных переживаний личности. Кроме того, существуют различные способы косвенного участия семьи в процессе травматизации – когда она определяет уязвимость своих членов по отношению к травме, длительность последствий травмы, ее устойчивость к терапевтическим воздействиям. В клиническом плане это означает необходимость постоянно иметь в виду весь комплекс возможных видов участия семьи в этиологии психической травмы.

## Глава 2. НАРУШЕНИЕ ОСНОВНЫХ СФЕР ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ КАК ИСТОЧНИК ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ



Взаимная адаптация. «Продолжение танца»

## **Нарушение личностных предпосылок нормального функционирования семьи**

### **Появление в семье психически больного**

#### **Структурно-функциональные особенности семей с психически больным**

Семейная жизнь ставит перед членами семьи ряд весьма трудных задач: необходимо их участие в семейных взаимоотношениях; подчинение нормам поведения, сложившимся в данной семье; деятельность в доме и вне дома по обеспечению материального благосостояния семьи; воспитание подрастающего поколения; решение постоянно возникающих семейных проблем.

Для того чтобы успешно справляться со своими задачами, член семьи должен обладать определенными психологическими качествами. В наличии таких качеств заинтересован и он сам, и вся его семья: чем лучше каждый член семьи справляется с задачами, которые ставит перед ним семейная жизнь, тем лучше функционирует семья в целом. Совокупность психологических качеств, необходимых члену семьи для того, чтобы успешно справляться с проблемами, возникающими в ходе семейной жизни, мы будем называть семейно-необходимыми качествами. Спектр этих качеств весьма широк. Во-первых, это потребности, необходимые для мотивирования участия индивида в жизни семьи, для преодоления трудностей и решения возникающих проблем: потребности в отцовстве и материнстве; широкий круг потребностей, которые должны быть удовлетворены в ходе супружеских взаимоотношений, – потребностей в любви, симпатии, сексуально-эротические потребности, хозяйственно-бытовые и др. Во-вторых, широкий круг способностей, навыков и умений: прежде всего способности, необходимые для понимания другого человека – члена семьи; совокупность навыков и умений, необходимых для поддержания супружеских отношений и воспитания детей. В-третьих, столь же широкий круг волевых и эмоциональных качеств, в том числе качеств, необходимых для регулирования своих эмоциональных состояний, для преодоления состояний фрустрации, умение подчинить сегодняшние желания поставленным целям; терпение, настойчивость, столь необходимые при формировании как супружеских, так и воспитательных отношений.

Такие нервно-психические расстройства у членов семьи, как психопатии, неврозы, расстройства влечений (алкоголизм, ревность), умственная отсталость, психозы, травмируют именно семейно-необходимые качества. По мере развития заболевания у индивида, как правило, постепенно исчезают качества, необходимые для успешного функционирования семьи: наблюдается извращение потребностей, снижение способности понимания других членов семьи, волевых качеств и т. д. Эти личностные нарушения отрицательно воздействуют на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь, становятся фактором травматизации для других членов семьи. Они рикошетом ударяют и по самому индивиду с нервно-психическими расстройствами.

**Нарастание нервно-психической и физической нагрузки. Высокая (порой непереносимая) нервно-психическая и физическая нагрузка на семью в целом и на отдельных ее членов.** Высокую нервно-психическую нагрузку, напряжение, тревогу отмечают в качестве одной из важнейших черт в семьях алкоголиков (Jackson D., 1965) и ревнивцев (Терентьев Е. И., 1982). Жалобы на нервно-психическое напряжение, неуверенность в завтрашнем дне, тревогу наиболее часто встречаются при беседе с членами семей этих боль-

ных. «Живем в состоянии постоянного нервного напряжения: что еще произойдет, что он еще выкинет», – эти фразы часто произносят члены семей больных шизофренией, психопатией, алкоголизмом. Скандалы, в том числе в ночное время, неожиданные исчезновения больного из дома, мучительная тревога о том, что еще может случиться, – все эти события делают жизнь такой семьи очень трудной.

В целом ряде исследований, посвященных семьям лиц с нервно-психическими нарушениями, ставится задача – дать более точную количественную и качественную оценку нагрузки на такую семью. Наиболее известные исследования: о последствиях психического заболевания для семьи больного (Clausen & Yarrow, 1955), о последствиях дегоспитализации психически больных (Hoenig & Hamilton, 1966; Freeman & Simmons, 1963), исследования семей, где есть больные шизофренией (Creer & Wing, 1976).

Картина, сложившаяся в результате этих исследований, весьма удручающая. Источники трудностей, о которых сообщили семьи, многочисленны и разнообразны: растерянность из-за полной беспомощности больного, замешательство, вызванное непредсказуемостью его поведения, постоянное беспокойство о его будущем, особенно в силу его неспособности решать свои жизненные проблемы самостоятельно. Родственники живут в состоянии постоянного страха, к которому часто добавляются чувство вины, депрессия, разочарование и фрустрация, а также ярость, вызванная неразрешимостью самой проблемы заболевания, причем такие реакции семьи не есть отклонение или патология, это нормальные человеческие реакции на чрезвычайно сложную, раздражающую, непостижимую и явно неподвластную им ситуацию (Creer & Wing, 1974). Исследования позволили более точно представить структуру трудностей, с которыми сталкивается семья. Хёниг и Хамильтон указали на то, что необходимо различать объективные и субъективные трудности, с которыми сталкивается семья. Объективными трудностями исследователи называют возросшие расходы семьи, неблагоприятное воздействие сложившейся ситуации на здоровье ее членов, нарушения ритма и распорядка жизни семьи, субъективными – разнообразные переживания в связи с психическим заболеванием одного из членов семьи: горе, чувство вины и страха, вызванные ненормальным поведением больного (Hoenig & Hamilton, 1966).

Долл разработал специальный опросник (используя принцип «Теста незаконченных предложений») для того, чтобы определять силу эмоциональной реакции членов семьи на трудности, с которыми они столкнулись (Doll, 1976). Весьма различными оказываются степень и характер тяжести, ложащейся на плечи каждого члена семьи.

### **Распределение нагрузки между членами семьи**

Американская исследовательница Кеннет Теркельсен на основании своих наблюдений над семьями психически больных разработала концепцию «трех уровней вовлечения», описывающую типичную ситуацию, которая складывается в семье психически больного. В соответствии с этой концепцией появление психически больного в семье приводит к значительному изменению ее структуры и взаимоотношений между ее членами: семья разделяется на три слоя (подгруппы), которые концентрируются вокруг больного и различаются степенью и характером вовлеченности в опеку (Terkelsen K., 1987).

Первый, внутренний, слой – это обычно один человек, чаще всего мать, или сестра, или жена, – тот член семьи, который берет на себя роль главного опекуна и на которого приходится основная тяжесть повседневного ухода, надзора, обслуживания. Жизнь этого члена семьи полностью сосредоточивается на больном. Когда больной в той или иной форме обрывает связь с внешним миром (в виде аутичной или агрессивной реакции), именно этот член семьи становится связующим звеном между ним и миром, это он денно и нощно думает о потребностях и нуждах больного, заботится об их удовлетворении, о том, как его утешить, если он

расстроен. Это он чаще других задает вопрос: что именно могло вызвать болезнь: перебирает воспоминания о детских годах пациента, надеясь там найти хотя бы тень ответа, перечитывает записи, замечания учителей, думает о своем собственном поведении и поведении других членов семьи, друзей, учителей и всех тех, кто общался с пациентом, – чтобы понять, что именно дало толчок развитию болезни. Он читает медицинские статьи, слушает передачи, посещает врача и общается с семьями других больных, с тем чтобы узнать хоть что-то полезное, понять, где были сделаны ошибки и как ликвидировать их последствия. На него же обрушиваются обвинения окружающих, недовольных нарушениями в поведении больного. Лучше, чем кто-либо, этот человек знает истинную меру ненормальности больного. Это он ждет у телефона, когда тот убегает из дому. Он всегда мысленно с больным: где он? есть ли у него деньги? где он ночует? когда вернется? вернется ли вообще? Больше других членов семьи он страдает от всех колебаний и перепадов болезни, от любого ослабления и усиления симптомов. Именно он рассказывает о каждом новом нарушении в поведении больного врачу, милиции, социальному работнику – излагая все детали, оправдываясь, жалуясь, прося помощи, обвиняя окружающих в бездействии. Он сталкивается лицом к лицу с занятостью, беспомощностью, наивностью врачей, учителей и всех тех, кто должен был бы помогать ему. Его жизнь – это непрерывный поток дел, связанных с психически больным, все его мысли – о том, что было сделано и что еще должно быть для него сделано. Чем хуже идут дела у больного, тем больше активности требуется от опекуна.

Второй слой вокруг больного – это члены семьи, которые менее непосредственно участвуют в повседневной опеке. Это не значит, что их эмоциональная связь с ним и с его проблемами меньше, – просто они не участвуют в его жизни все время, непрерывно (как главный опекун). Они продолжают работать или учиться. Покидая дом, они откладывают в сторону все, что относится к психически больному, их поглощают другие проблемы, поэтому этот слой заметно отличается от главного опекуна. С одной стороны, колебания в ходе болезни и события в семье, связанные с больным, не так резко вторгаются в их жизнь. Когда они заняты своими профессиональными и учебными делами, все, что связано с болезнью, психологически отдалается от них. Однако, с другой стороны, они больше боятся момента, когда степень неблагополучия больного заставит их прервать поток своих обычных дел и броситься на помощь главному опекуну. Им труднее оторваться от своих многочисленных профессиональных, учебных, личных и других дел.

В результате они могут начать бояться психически больного и всего, что с ним связано, так как он может стать угрозой всем их планам, увлечениям и т. д. Страх перед больным может перерасти в страх перед главным опекуном. Может начаться осознаваемое или неосознаваемое возведение защитных барьеров перед главным опекуном. У членов семьи, относящихся к данному слою, могут легко появиться «сверхважные» профессиональные и другие внесемейные обязанности, истинная функция которых – хоть в какой-то мере защитить их от больного и связанных с ним чрезвычайных происшествий. Может оказаться, что им совершенно необходимо место, где они могут немного отдохнуть от тягостной атмосферы в доме – одних и тех же разговоров и забот – и от чувства вины перед главным опекуном. Возникает отчуждение между главным опекуном и другими членами семьи. Сплоченность семьи может начать разрушаться.

Третий слой – наружный. Его составляют близкие и дальние родственники, которые знают о проблемах, связанных с больным, интересуются ими, однако практически не имеют с ним повседневного контакта. У них имеется своя концепция заболевания, своя наивная система объяснения причин происходящего («Слишком баловали в детстве – надо было построже» или «Слишком строго воспитывали в детстве – надо было помягче»), они пытаются предложить какие-то меры, нередко также весьма наивные, для того чтобы исправить положение, и испытывают чувство беспомощности, когда члены семьи пробуют следовать их советам и из этого ничего не получается. Их представления очень часто сводятся к тому, что причиной

болезни были неправильные действия главного опекуна и других членов семьи. В результате их мнения и поступки осложняют положение главного опекуна и других членов семьи, усиливают их чувство вины и беспомощности.

### **Нарастание неудовлетворенности членов семьи семейной жизнью**

Поведение индивида с нервно-психическим заболеванием, особенности его личности во многом противоречат социальным ожиданиям других членов семьи, их представлениям о том, каким должен быть этот человек – муж, жена, ребенок, поэтому эмоциональная реакция на поведение и многие особенности личности члена семьи с нервно-психическим расстройством – это, как правило, возмущение, раздражение, горечь. Члены семьи часто говорят о том, что им очень не повезло в жизни, что они завидуют другим людям, у которых нормальные мужья, дети. В результате у них развивается описанное выше состояние глобальной семейной неудовлетворенности.

Отметим несколько факторов, которые, по данным исследования семей психически больных, особенно стимулируют эту неудовлетворенность.

**Ощущение вины (своей и больного) за болезнь.** Семья особенно тяжело переживает болезнь, если ее члены винят себя и больного в том, что произошло. Степень тяжести переживания зависит от представлений членов семьи и других родственников о болезни, ее причинах и о степени вины самого пациента в ее возникновении и продолжении. Кеннет Теркельсен описывает две наиболее часто встречающиеся точки зрения членов семьи психически больного на причины болезни (Terkelsen K., 1987).

*Биологическая:* семьи, осознанно или неосознанно придерживающиеся этой теории, видят причины болезни в каких-то не зависящих от воли пациента изменениях в его организме. Они могут испытывать большую растерянность перед проявлениями болезни, переоценивать возможности медикаментозного лечения, их нередко терзает страх – за детей (что болезнь передается генетически) или за себя (что болезнь, вопреки всем уверениям врача, заразна). В то же время они не склонны обвинять друг друга в болезни или видеть в ней наказание пациента за его действительные или мнимые грехи.

*Психологическая:* ее сторонники склонны обвинять себя, и других членов семьи, и самого пациента. Они могут считать, что «мать слишком опекала», «отец был слишком строг», «сестра отвергала», «брат не помогал» и т. д. и что, следовательно, все они так или иначе виноваты в том, что развилась болезнь. Кроме того, имеется определенная агрессивность и по отношению к больному («Когда он хочет, он понимает», «Если бы он сам постарался, дела шли бы лучше») – считается, что он сам виноват в том, что не выздоравливает, так как не прилагает к этому достаточных усилий. В этом случае члены семьи постепенно разделяются на обвиняющих и обвиняемых. Нередко ради своего спокойствия члены семьи стараются не высказывать обвинений вслух и не обсуждать, кто же более всех виноват. Но скрытые взаимные обвинения могут создавать особую атмосферу тягостной тишины вокруг некоторых тем.

**Поведение пациента.** Второй фактор, имеющий отрицательное мотивирующее воздействие на членов семьи, – это поведение пациента. Ничто, пожалуй, так не радует врача и членов семьи, как послушный пациент, готовый сделать все, что нужно для выздоровления. К сожалению, такой пациент – редкость. Психическое нарушение часто приносит с собой деморализацию, более или менее глубокую утрату самоконтроля и эмпатии по отношению к чувствам других. «Прошло уже много времени, а мы, – говорит об этом мать больного шизофренией (больному 28 лет, из них восемь он болеет), – все еще в состоянии шока. Мы горюем уже не первый год. Мы видели молодого человека, жизнерадостного, привлекательного, умного, интеллигентного, тонко чувствующего человеческие отношения. Теперь же он выброшен из

мира, у него нет друзей, он не способен перенести никакого напряжения, вечно встревожен, его всегда преследуют угрожающие голоса...»

Исследования показали, что даже самое причудливое поведение больного члена семьи (несвязная речь, галлюцинации и т. п.) создает не такое сильное напряжение в семье, как его раздражительное, агрессивное поведение.

**Длительность болезни.** Как начало болезни, так и все ее рецидивы – значимый источник субъективных трудностей для семьи. Большинство психических заболеваний имеют колебания клинических проявлений – временные улучшения сменяются временными же ухудшениями. «Как только вы наконец привыкаете к мысли, что он (больной) – хронический, неизлечимый, наступает улучшение. Как только вы начинаете верить, что ему лучше, наступает ухудшение». Каждое такое изменение глубоко затрагивает семью. Улучшение вызывает всплеск надежд на возвращение нормальной жизни, ухудшение порождает новое глубокое разочарование. Лишь накопление опыта приводит к тому, что семья постепенно освобождается и перестает эмоционально зависеть от временных колебаний в ходе болезни.

**Степень нарушения обыденной жизни семьи.** Семья сложная система, в которой каждый член занимает определенное место, участвует в выполнении конкретных функций, своей деятельностью удовлетворяет потребности других, поддерживает определенные стандарты взаимоотношений. Нервно-психическое расстройство у одного из членов семьи приводит к тому, что эти функции не выполняются, образуются функциональные пустоты, происходит смешение взаимоотношений. Например, обычно отец выполняет в семье ряд чрезвычайно важных семейных функций. Предпосылкой выполнения многих из них служит его авторитет, его личностные качества, в силу которых его поведение является «обучающим», – на его примере дети учатся, как решать различные проблемы, возникающие в ходе их взаимоотношений с окружающими; суждения отца обладают повышенной значимостью, убедительностью для них. Прямой противоположностью в этом отношении является ситуация, когда отец страдает алкоголизмом или обнаруживает психопатические черты характера. Безвольный, агрессивный, несамостоятельный отец, сам требующий опеки, создает «функциональную пустоту» в процессе воспитания. Его детям приходится самостоятельно и, следовательно, с большим трудом находить и вырабатывать нужные качества.

### **Снижение социального статуса семьи в целом и ее отдельных членов**

Семья становится объектом внимания учреждений и организаций, занимающихся борьбой с отклонениями в поведении. Нервно-психическое расстройство одного из членов семьи порождает проблемы не только в семье, но и в ее ближайшем социальном окружении. Свидетелями отклонений в поведении становятся соседи, школа, сотрудники больного – они нередко способствуют тому, что семья оказывается в поле зрения милиции, медицинских учреждений. Формирующееся неблагоприятное общественное мнение о том, к примеру, что в семье имеется индивид, оказавшийся под наблюдением психиатра, ведет к довольно резкому снижению ее социального статуса.

Члены такой семьи обычно стесняются самого факта, что среди них есть человек с психическими нарушениями, всячески это скрывают. Уже самые ранние исследования семей, где есть больной, показали их повышенную чувствительность к реакции социального окружения на их проблему. Обнаруживается своеобразный замкнутый круг: то, что в семье есть психически больной, ощущается как «позор», и это делает такую семью весьма чувствительной, и даже мнительной, по отношению к окружающим, а это, в свою очередь, поддерживает ощущения «отверженности» и «позора» (Clausen & Yarrow, 1955). Как показали наши наблюдения, особенно острой проблемой является то, что повышенной чувствительностью к снижению социального статуса семьи обладает ее младшее поколение – дети школьного возраста, так как они

более уязвимы: значительная их часть становится объектом насмешек, групповой обструкции; у них возникают сложности в общении со сверстниками.

Весьма характерным признаком семьи, где есть индивид с нервно-психическими нарушениями, является особый психологический конфликт, возникающий у ее членов. Под влиянием общественного мнения они чувствуют себя ответственными за поведение индивида с нервно-психическими нарушениями. Следует признать, что в прошлом медицинская наука в определенной мере содействовала «обвинительной тенденции» по отношению к семье. При любых психических нарушениях у ребенка психиатры находили ту или иную степень дисфункции семьи, забывая о том, что дисфункция не обязательно ведет к появлению симптомов психических расстройств.

Результатом общественного мнения о том, что семья должна воздействовать на индивида с целью нормализации его поведения, являются многочисленные попытки оказать воздействие всеми доступными семье средствами. В случае алкоголизации – это конфликты, скандалы, выбрасывание бутылок со спиртным, иногда физическое воздействие. Спиртные напитки перестают держать дома, жена усиливает контроль за расходами мужа, оставляет ему минимум денег, иногда получает зарплату вместе с ним (или за него), апеллирует к общественным организациям (Бехтель Э. Е., 1986). Однако члены семьи ощущают, что их усилия часто оказываются безрезультатными: им противостоит неподатливость алкоголика, психопата, ревнивца. Как правило, общественное мнение по-прежнему не снимает вины за поведение индивида с нервно-психическими нарушениями с членов его семьи. Считается, что они действуют недостаточно энергично, не принимают необходимых «сильных» мер. Такое положение и становится основой внутреннего конфликта у членов семьи.

### **Феномен «сопровождающего заболевания»**

Речь идет о нервно-психическом расстройстве другого или других членов семьи, которое чаще всего менее заметно, так как остается в тени заболевания, более всего нарушающего жизнь семьи. В случае алкоголизма мужа нередко наблюдаются заболевания жены и детей, прямо или косвенно обусловленные неблагоприятной обстановкой в семье (Бехтель Э. Е., 1986). Распространение невротических проявлений родителей на детей подробно прослежено Х. Боттхером (Bottcher H., 1968). Особое значение имеет порождение такой семьей «патологизирующих ролей», в результате чего заболевание передается от индивида с нервно-психическими нарушениями к другому члену семьи (процесс этот будет рассмотрен ниже).

Мы можем констатировать глубокое сходство семей, в которых один из членов имеет выраженное нервно-психическое расстройство, поэтому наряду с понятием «семья алкоголика», «семья психопата» и т. п. оправданно употребление более общего понятия – «семья индивида, имеющего выраженное нервно-психическое расстройство».

Рассмотрим динамику такой семьи. Значительное внутреннее и внешнее давление на нее, неудовлетворенность ее членов своей семейной жизнью, фрустрирующие состояния нервно-психического напряжения, тревоги, вины – все это приводит к тому, что ее структура и отношения в ней весьма неустойчивы. Существующее положение воспринимается как труднопереносимое, и члены семьи напряженно ищут выхода из него. В результате такая семья испытывает очень сильные побуждения измениться. Наблюдения показывают весьма различные тенденции развития таких семей. В одних семьях появление индивида с нервно-психическими расстройствами приводит к постепенному ухудшению обстановки в семье, нарастанию в ней числа факторов, усугубляющих расстройство; в других – приводит к мобилизации семьи, усилению ее стабильности, снижению конфликтности. Оказавшись перед лицом несчастья, каким является психическая болезнь одного из ее членов, такая семья отбрасывает в сторону обиды и сплачивается для помощи больному члену семьи.

## **Основные направления развития семьи психически больного. «Водораздельная теория»**

Выявление факторов, от которых зависит направление развития такой семьи, – вопрос чрезвычайной важности. Проведенные нами клинические исследования семей, в которых имеется индивид с выраженными нервно-психическими расстройствами, позволяют сформировать представление о комплексе факторов, выполняющих роль «водораздела» при развитии обсуждаемого типа семьи – определяющих направления ее развития.

В соответствии с предлагаемой концепцией таким фактором служит прежде всего способность (или неспособность) семьи решить ряд проблем, возникающих при появлении нервно-психических расстройств у одного из ее членов. В случае успешного их решения семья начинает двигаться в «конструктивном направлении», сохраняет свою стабильность и становится семьей, выполняющей новые для нее функции психологической коррекции индивида и опеки над ним. В противном случае семья начинает развиваться в «деструктивном направлении»: ее стабильность снижается, она оказывается не в состоянии корректировать свое воздействие на индивида с нервно-психическими расстройствами. Какие же проблемы должна решать такая семья?

### **1. Проблема понимания больного и установление уровня требований к нему**

В обычной семье ее члены нередко достаточно хорошо знают друг друга (привычки, вкусы, симпатии, антипатии, желания каждого). Эти знания помогают им правильно понимать поступки, намерения друг друга, верно на них реагировать. При возникновении нервно-психического расстройства обычного уровня понимания и знания оказывается уже недостаточно. Для понимания алкоголика, невротика, психопата требуется несравненно более высоко развитая способность познать личность другого. Это связано с необычностью самого объекта. При попытках понять человека с описанными нарушениями мало помогает обычный, повседневный опыт, сформировавшийся в общении со здоровыми людьми. Реакции, переживания, поведение индивида с нарушениями весьма отличны от тех, которые возникают в аналогичных обстоятельствах у здорового человека. Для того чтобы разобраться в психологических особенностях такого члена семьи, необходимо учитывать значительное число факторов, затрудняющих понимание. Это, во-первых, социальные стереотипы «алкоголика», «ревнивца», «психа», которые мешают адекватно оценить личность. Во-вторых, – то, что познание аффективно окрашено: нередко члены семьи смотрят на индивида с нарушениями через призму тех неприятностей и огорчений, которые он им доставляет. В-третьих, личная заинтересованность членов семьи побуждает их в одних случаях преуменьшать, а в других – преувеличивать личностные нарушения.

От глубины и точности представлений членов семьи о психологических особенностях индивида с нарушениями зависит решение чрезвычайно важной проблемы реорганизации взаимоотношений с ним, и в первую очередь изменения требований семьи к нему. Проблема эта заключается в следующем. С одной стороны, индивид с нервно-психическими нарушениями не в состоянии справиться с теми требованиями к своему поведению, с какими успешно справляется вполне здоровый человек. Повышенно агрессивный человек должен приложить несравненно больше усилий, чтобы сдерживать агрессию в конфликтной ситуации. Чем выше уровень его агрессивности, тем шире круг обстоятельств, вызывающих у него агрессивный срыв. Требование окружающих – ни при каких обстоятельствах не допускать таких срывов – может привести к утрате индивидом веры в свою способность сдерживать агрессивность, владеть собой. С другой стороны, ослабление требований, признание того, что он не может управлять своими эмоциями, не ответствен за них в такой же мере, как другие, может привести к ослаблению

столь мощного саморегулирующего механизма, как чувство ответственности за свои поступки. Члены семьи стоят поэтому перед необходимостью совершенно точно ориентироваться в возможностях индивида, формировать адекватный уровень требований к нему.

Следует отметить все возрастающий интерес и уважение психиатрической и психологической науки к опыту семьи, в которой есть психически больной. Это и понятно. Ведь семья несравненно ближе знает больного, чем самый опытный, самый наблюдательный врач. Семья нередко проявляет поразительную изобретательность и наблюдательность: ищет подход к больному, последовательно придумывает и опробует множество разнообразных вариантов. Поиск идет многие годы, опыт накапливается по крупице. Неудивительно, что опыт обращения с больными в семьях оказывается очень важным, достойным самого внимательного изучения.

Опыт семей, более или менее успешно справляющихся с психически больным, поражает своим богатством и многообразием. Однако нельзя не заметить, сколь он индивидуален и уникален. Эффективность найденных семьей приемов, методов, подходов в большой мере связана с особенностями конкретной семьи, конкретного больного, с ходом его заболевания. Ничто из того, что найдено в одной семье, не может быть автоматически перенесено в другую. Каждый прием хорош и эффективен, но лишь при учете многочисленных «если». Обобщение исследований семейного опыта наглядно иллюстрирует уникальность найденных семьями способов воздействия.

Как управлять причудливым и странным поведением больного? – вот один из сложных вопросов, стоящих перед семьей. По мнению многих, наиболее эффективный подход – это сесть и спокойно поговорить с больным членом семьи. Чаще всего родственники очень осторожно говорят о своей озабоченности поведением больного и внимательно выслушивают все вопросы. Другой полезный подход – напротив, выказать твердость (однако без раздражения или угроз) по отношению к недопустимому поведению. При этом подходе важно установить ясные границы дозволенного и недозволенного. Больному надо постоянно напоминать об этих границах: это может оказаться полезным и поможет ему лучше ориентироваться в окружающей действительности, что, в свою очередь, окажется своеобразным якорем для самоконтроля. Установление ясных границ обуславливает защиту и может усиливать чувство принадлежности к семье. Ограничения внушают больному члену семьи, что он может осуществлять самоконтроль, если действительно этого хочет.

### Случай 3

#### **СЕМЬЯ, НАШЕДШАЯ СПОСОБ РЕАГИРОВАНИЯ НА АНОМАЛЬНУЮ РЕВНОСТЬ**

Михаил Н., проходил курс семейной психотерапии в связи с аномальной ревностью.

«Я очень ревнив, моя жена это знает и в чем возможно старается уступить мне. не дать мне повода, терпеливо отвечает на мои, всегда одни и те же, вопросы. Я очень благодарен ей за это. Она понимает, что порой я ничего не могу с собой поделать. Но и чересчур уступчивой ее тоже не назовешь. Когда я начинаю уж слишком придираюсь, она спокойно, необидно, но твердо говорит: „Ты не прав, и ты сам это знаешь!“ и больше не отвечает на вопросы, пока я не успокоюсь.

С первой женой все было значительно хуже. Она высмеивала меня за ревность, ставила в пример неревнивых мужей, а когда ей надоело, нарочно начинала говорить, что изменяет, чтобы позлить меня».

Конфронтация – еще один прием, успешно применяемый некоторыми семьями для того, чтобы справиться со странным и ненормальным поведением больного. Члены семьи прямо говорят о нереальности того, что испытывает больной, что ошибочные восприятия – это лишь часть его болезни и свидетельствуют лишь о том, что ему срочно нужны медикаменты или лечение. Сопротивление отклонениям в поведении больного, таким образом, снабжает его «зеркалом», которое позволяет ему сохранить дистанцию между своей личностью и проявлениями болезни. Если больной уже показал, что в принципе способен признать свое восприятие не всегда соответствующим действительности, то сопротивление окружающих потере им чувства реальности может помочь ему выработать очень полезный для него способ самоконтроля и способность отличить реальное от нереального (случай 3).

Еще одна возможность, о которой упоминают некоторые семьи, – это «всерьез разозлиться» на ненормальное поведение. Можно, например, отказаться обсуждать паранойяльные идеи, прямо заявив, что они нереальные. Порой оказывается эффективной угроза вызвать милицию – эта крайняя мера может иметь шоковое действие и вернуть индивида к реальности, помочь ему справиться со своими симптомами. Когда конфронтация вызвана искренней заботой о пациенте (и эта забота прямо выражается в словах и поведении, а также в самой атмосфере, в обстановке, которую опекающее лицо создает вокруг пациента), то тогда имеются шансы, что она «сработает».

В тех случаях, когда надо справиться с аномальным поведением, часто используется физический контакт. Прикосновение к больному, массаж шеи, поглаживание – все это может его успокоить. Наконец, семьи указывают на такие методы, как юмор и просто словесное успокоение, которые в состоянии снять страхи индивида с нервно-психическими нарушениями. Некоторые пробуют отвлечь больного – например, взять его с собой на велосипедную или автомобильную прогулку.

Столь же интересны и многообразны способы, применяемые семьями, когда нужно противодействовать антисоциальному и агрессивному поведению, тенденции к самоизоляции, суицидальным тенденциям. Обсуждая каждый из них, можно было бы высказать немало сомнений, указать на ситуации и обстоятельства, когда, например, конфронтация, а тем более «шоковые» заявления бесполезны и даже вредны. Однако верно и то, что в некоторых условиях и ситуациях они могут оказаться весьма и весьма полезными. Все дело в том, что необходимо правильно определять конкретные обстоятельства и условия, а это оказывается возможным лишь в том случае, если члены семьи – хорошие психологи, если они очень хорошо знают больного.

## Случай 4

### УДАЧНОЕ ВЛИЯНИЕ НА МУЖА

Проходившая совместно с супругом семейную психотерапию (у него – 1 – я стадия алкоголизма) Марина Н. так охарактеризовала изменения в своих реакциях на срывы мужа: «Раньше я реагировала, когда он не сдержит слово и напьется. Ругала его, скандалила, страдала, что уйду от него. Теперь я стала умнее, умею определять моменты, когда он может сорваться, и тогда я начеку. Например, перед праздниками он у меня очень податлив. Его можно понять:

завтра праздник, все возбуждены, никто толком не работает, в душе какие-то радостные предчувствия, ни о чем плохом не хочется думать. В такой момент и человека покрепче можно сбить с пути истинного. Поэтому накануне без всякой связи с возможной выпивкой мы с ним составляем список всего, что нужно сделать к празднику. В этом плане у него много обязанностей, причем все такие, что мы оказываемся все время рядом».

Перед аналогичной проблемой – установления уровня требований и, следовательно, отношения к происходящим время от времени срывам – оказываются семьи алкоголиков, психопатов и других лиц, характеризующихся нарушением поведения, но в то же время сохранивших в какой-то степени способность контролировать свои эмоции, управлять своим поведением.

При неудачном решении этой проблемы семья безуспешно пытается подавить нежелательные тенденции в поведении. Периоды чрезмерной строгости хаотически чередуются с периодами полного отказа от попыток каким-либо образом влиять на ситуацию; нарастает конфликтность во взаимоотношениях индивида с другими членами семьи. Динамика семьи приобретает деструктивный характер.

При удачном решении проблемы семья начинает двигаться по конструктивному пути, а семейное отношение становится корригирующим; индивид овладевает искусством самостоятельно устанавливать предел своих возможностей в данный момент. Последнее играет значительную роль в сохранении и нарастании его способности работать над собой.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.