

## НАУЧНЫЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ\*

А. ХОЛМОГорова\*\*

Одно из наиболее существенных препятствий, встающих на пути дальнейшего утверждения авторитета семейной психотерапии как у нас в стране, так и за рубежом, – сравнительно малое число объективных контролируемых исследований, подтверждающих важность семейных факторов в происхождении различных психологических проблем и психических нарушений. Задача, которую автор решает в нижеследующей части статьи (начало см. в МПЖ, № 1, 2002), – представить результаты ряда наиболее известных исследований в данной области, обозначив тем самым некоторые важные “мишени” при работе с семьей.

### *Экспериментально-психологические исследования семейных факторов психического здоровья*

Важным упреком в адрес системной семейной психотерапии было указание на недостаток экспериментальных психологических исследований, подтверждающих основные положения и наблюдения разных школ.

Некоторые неудачные формулировки аналитиков (например, *шизофреничная мать*) привели к тому, что *многих семейных психотерапевтов стали обвинять в нарушении этических норм и стигматизации родственников больных* (приклеивание негативного ярлыка психически больным или их родственникам). “Все они попали в ту же западню, что и Фрида Фромм-Райхманн. Все они, как мы теперь знаем, приняли ложную теорию заболевания в качестве исходной позиции своей деятельности. Часто, не считаясь с возможными потерями, они идентифицировали себя со своими пациентами. В борьбе с родственниками больного они не учитывали другую сторону шизофрении: а именно то, что семья все еще остается для больных шизофренией важнейшей, а для многих – единственной социальной и эмоциональной группой общения” (Финзен, 2001, с.55).

Нельзя не согласиться с Асмусом Финзеном, что семья – важнейшее условие благополучия человека. Особенно яркой иллюстрацией важности семьи для развития личности служит признанный всеми исследователями

---

\* Продолжение. Начало см. в МПЖ, № 1, 2002.

\*\* Холмогорова Алла Борисовна – Московский НИИ психиатрии, Московский городской психолого-педагогический институт.

эффект депривации развития у детей, изолированных от семьи и помещенных в детские дома. Вместе с тем, не менее хорошо известно, что и сама семья может стать важным фактором депривации развития (пример тому – асоциальные семьи, лишенные родительских прав) и психических расстройств, и этот факт тоже нельзя замалчивать и затушевывать. Семейные психотерапевты никогда не выступали за изоляцию от семьи, однако они настаивали на необходимости работы с семьей с целью ее реабилитации.

На самом деле, системный подход к семье в том и заключается, что происходящие там процессы рассматриваются как исторически сложившиеся закономерности работы семейной системы, а не результат чьей-то персональной вины. Именно системный подход создает реальную возможность для того, чтобы снять у членов семьи чувство вины и вместо этого вселить надежду. Ведь осознав собственный семейный контекст, можно начать менять его.

Первые обоснованные наблюдения были проведены в 1959г. в клинике Моудсли, где сравнивались две группы больных шизофренией: одни пациенты после лечения возвращались в семью или к партнерам по браку, другие жили отдельно от семьи или были одиноки. *Исследования, проведенные под руководством английского клинического психолога Джорджа Брауна, выявили, что значительно больше приступов отмечалось у пациентов, возвращавшихся в свои семьи.* Эти данные свидетельствуют о том, что во многих случаях, где речь идет о больных шизофренией, дисфункциональное воздействие семьи, действительно, превышает ее позитивное влияние как возможного источника поддержки. Отсюда пошло убеждение, что контакты с семьей нередко приносят только вред и поэтому лучше, если пациент будет от них огражден.

Однако очень скоро выяснилось, что *изоляция от семьи в клинике ведет к не менее тяжелым последствиям, общая картина которых охватывается так называемым синдромом госпитализма.* Так встала задача дальнейшего изучения семьи и разработки методов помощи ей.

Главная заслуга в этих исследованиях принадлежит представителям Британской школы – психиатрам и клиническим психологам. Их исследования получили подтверждение и широкое признание во всем мире, они существенно перестроили практику работы с больными шизофренией во всех клиниках мира. Здесь, прежде всего, необходимо назвать следующие имена: Джордж Браун и Джон Винг, Кристина Вон и Джулиан Леф.

Как будет видно из дальнейшего анализа, основным аспектом изучения семейной системы в этой традиции стал все тот же коммуникативный аспект – аспект *микродинамики*. Речь идет об исследованиях эмоциональной экспрессивности – ЭЭ (*expressed emotion study*), начатых в начале 60-х годов английской исследовательской группой под руководством Дж.Брауна (*Brown et al., 1962; 1972*), а затем продолженных К.Вон, Е.Лефом и др.

(Vaughn, Leff, 1976). Результаты исследований, проведенных в разных странах и культурах, полностью корреспондируются друг с другом, подтверждая всеми статистическими выкладками следующий вывод: *если в семье пациента, страдающего шизофренией, кто-либо из родственников склонен выразить в его адрес большое число негативных эмоций, то у больного резко повышается риск обострения и неблагоприятного течения болезни.*

Главным достоинством этих исследований, в отличие от исследований коммуникативного аспекта группой из Пало-Альто, был отказ от метода наблюдения и попытка объективной регистрации определенных показателей коммуникативного процесса, названных показателями эмоциональной экспрессивности. Последняя определяется высотой тона, оттенками интонации, эмоциональным содержанием высказываний. Традиционно измерение индекса эмоциональной экспрессивности проводится с помощью *Кэмбервильского семейного интервью (CFI)*, разработанного группой Брауна (Brown, Rutter, 1966). Интервью строится на основе полуструктурированного опросника, включающего пять показателей эмоциональной экспрессивности:

- 1) критические комментарии;
- 2) позитивные комментарии;
- 3) враждебность;
- 4) сверхвключенность;
- 5) тепло.

Наиболее сложным показателем является сверхвключенность, то есть сверхконтроль, повышенная эмоциональная включенность во все дела и проблемы больного, нередко сопровождающаяся самопожертвованием и гиперпротекцией, а также эмоциональной экзальтацией (аналог *симбиотической связи* по Лидзу и Боуэну).

Приведем иллюстрирующий сверхвключенность фрагмент кэмбервильского интервью с матерью, дочь которой больна шизофренией (Leff, 1989):

“Эмми никогда особенно не любила своего отца, с самого рождения. Она кричала и не спала в младенчестве и ребенком очень долго. Я никуда не могла уйти, потому что она шла за мной. Когда она стала постарше, она не пускала меня навестить друзей. Знаете, другие дети играли, но не Эмми. “Мама, иди сюда”, – это всегда повторялось и при этом очень патетично.

...Это случалось по ночам. Я должна была просыпаться по ночам. Мне снился какой-нибудь приятный сон, и тут она меня будила и спрашивала: “С тобой все в порядке, мама? Я думала, ты умерла”. С Эмми было сложно еще и потому, что она могла подойти к Вам и сказать: “Я не хочу расти, мама, я не хочу, чтобы у меня были месячные, я не хочу, чтобы у меня были дети”. И тогда я, конечно, чувствовала подавленность. Она как будто специально это делала иногда” (Leff, 1989, с.141).

Лефф так комментирует этот случай: “Очевидно, что Эмми испытывала трудности в сепарации от матери уже маленьким ребенком, была сверхозабочена здоровьем матери и провоцировала у нее чувство вины. Этим она зеркально отражала материнскую сверхвключенность (5 соответствующих

высказываний) и эксплуатировала эту сверхвключенность, провоцируя у матери чувство вины. Для решения проблемы сверхвключенности нам пришлось работать с обоими родителями и пациенткой, так как все они были зависимы друг от друга” (Leff, 1989, с.141).

Родственник рассматривается как человек, имеющий высокую ЭЭ, если он или она делает шесть или более критических замечаний во время интервью, выражает хоть какую-то враждебность и высказывает хотя бы три комментария, свидетельствующих о сверхвключенности. Если хотя бы у одного члена семьи баллы по этим трем шкалам выше нормы, то вся семья определяется как имеющая высокую ЭЭ.

В настоящее время существует более 30 исследований эмоциональной экспрессивности в семьях больных шизофренией, подтверждающих связь уровня ЭЭ с выходом из болезни. Следующая таблица иллюстрирует результаты некоторых из них. Как видно, количество рецидивов в семьях с высоким ЭЭ в 3-4 раза выше, чем в семьях с низким ЭЭ.

Уровень ЭЭ у родственников и % больных с рецидивом заболевания в течение 9-12 месяцев после выписки из клиники (по: Leff, 1989)

Авторы исследования	Город	Этническая группа	Высокий ЭЭ	Низкий ЭЭ
Bowen., 1972	Лондон	Британцы	58	16
Vaughn & Leff, 1976	Лондон	Британцы	50	12
Vaughn., 1984	Лос-Анджелес	Англоязычные	56	17
Moline., 1987	Чикаго	Черные и белые	91	31
Tarrier., 1988	Сальфорд	Британцы	53	22
Neuchterlein., 1986	Лос-Анджелес	Англоязычные	37	0
Leff., 1987	Чандигар	Индийцы	31	9

Итак, высокие показатели ЭЭ в семьях больных шизофренией оказались в разных культурах надежным предиктором последующего рецидива заболевания, позволяя с достаточной уверенностью выявлять стрессогенное семейное окружение. И, напротив, низкие показатели ЭЭ не являются нейтральным фактором, а ассоциируются с успешным выходом из болезни (Brown et al., 1972; Vaughn, Leff, 1976). Во всех исследованиях отмечается негативная корреляция между показателями внутрисемейного тепла и высоким уровнем ЭЭ. В интервенционном исследовании Лефа и соавторов было показано, что снижение уровня критицизма в результате работы с семьей сопровождается повышением тепла (Leff et al., 1985). Таким образом, низкая ЭЭ и высокий уровень теплоты внутрисемейных отношений ассоциируются с поддержкой и помощью в преодолении стресса. Эффективной профилактикой рецидивов оказалось ограничение времени пребывания больных в семьях с высокой ЭЭ. Общая рекомендация заключалась в том, что это время не должно превышать 36 часов в неделю.

Тут логично перейти к характеристике следующего этапа в традиции исследований ЭЭ – этапа так называемых интервенционных исследований, где авторы пытаются добиться снижения количества рецидивов шизофрении в семьях с высокой ЭЭ путем целенаправленной психотерапии. Эти исследования также убедительно показали важность работы с семьей для более благополучного течения болезни.

Леф проводит сравнительный анализ пяти исследований, имевших в своей основе общий дизайн: 1) контрольная группа с антипсихотическим психофармакологическим лечением; 2) одна или более экспериментальных групп, в которых к медикаментозному лечению добавлялась та или иная форма социально-психологической интервенции. Во всех исследованиях интервенции были направлены на семейное окружение, а в двух – они были комбинированными, включая тренинг социальных навыков с больными и работу с семейным окружением. При чисто медикаментозном лечении частота приступов оказалась в 4-5 раз выше, чем в экспериментальных группах (Leff, 1989).

Наиболее впечатляющие результаты были получены в интервенционном исследовании Хогарти, которому удалось в результате комбинации в экспериментальной группе тренинга социальных навыков у больных и системной работы с семьей свести количество рецидивов в течение года к нулю (Hogarty et al, 1986). Как считает Леф, столь высокая эффективность связана с тем, что тренинг социальных навыков был сосредоточен на изменении поведения больного, провоцирующего родственников на проявления повышенной ЭЭ (несамостоятельность, грубость и т.д.) (Leff, 1989). Действительно, высокая ЭЭ в целом ряде случаев может быть непосредственно вызвана поведением пациента и возникать при определенных провоцирующих обстоятельствах. Если и эти провокации также полностью или хотя бы частично связаны с поведением пациента, то мы имеем дело с круговыми интеракциями, в которых пациент и родственники взаимно провоцируют друг друга.

Количество рецидивов спустя 9-12 месяцев после интервенционного исследования в %  
(по Leff, 1989)

Фокус интервенции Авторы	Только медикаменты	Тренинг социальных навыков	Работа с родственниками	Работа со всей семьей	Работа с семьей + тренинг
Fallon., 1982		44		6	
Hogarty., 1986	41	20		19	0
Tarrier., 1988	53			12	
Leff., 1982, 1989	50		17	8	

В целом, можно сделать заключение о значительном преимуществе комбинированного лечения, сравнительно с медикаментозным. Исследователи также приходят к выводу, что в семейных интервенциях важно не снижение уровня эмоциональной экспрессивности само по себе, а изменение стоящих за ее неумеренными проявлениями дисфункциональных внутрисемейных отношений, что требует работы со всей семьей, включая больного (*Leff, 1989*). Важно, что родственники с низкой ЭЭ не просто нейтральны, но оказывают поддержку и помогают больным справляться с жизненными стрессами, в то время как родственники с высокой ЭЭ сами становятся источником постоянно действующего стресса. Так, в одной из работ показано, что в присутствии родственников с высоким баллом ЭЭ у больных на соответствующей аппаратуре регистрируются все физиологические корреляты психологического стресса (*Tarrier, 1979; 1986*).

Не секрет, что при объяснении возникновения и течения таких психических расстройств, как шизофрения, депрессия и другие, долгое время привлекались чисто *биологические модели* (наследственность, биохимия мозга и т.д.). Противопоставление этим моделям роли психологических, в том числе семейных, факторов, подтверждавшейся одними лишь наблюдениями психотерапевтов, было мало убедительным для сторонников традиционного взгляда. Именно поэтому биологическая модель продолжала доминировать во многих клиниках. Необходимы были комплексные исследования вклада различных факторов в развитие той или иной психической патологии.

Последние исследования семейной микродинамики при различных психических расстройствах проводятся на основе *биопсихосоциальной модели* (*Холмогорова, 2002*). В них ставится задача установить важность факторов семейной динамики, в сравнении с биологическими. Вот какой вывод делает в своем уникальном обзоре этих исследований Глен Габбард: “В результате интенсивного изучения психических расстройств исследователи пришли к выводу, что точно прогнозируемые закономерности наследования, сформулированные Грегором Менделем, неприменимы к психической патологии. Различные формы экспрессии и неполная пенетратность генов характерны для основных психических расстройств. Это свидетельствует о том, что для развития последних необходимо взаимодействие факторов окружающей среды и особенностей развития, с одной стороны, с генами человека – с другой. Изучение пластичности мозга показало, что после активации генов в процессе развития клеток уровень их экспрессии в течение жизни в значительной степени будет зависеть от сигналов, поступающих из окружающей среды” (*Gabbard, 2001, с.8-9*). Именно влиянием средовых факторов объясняются фенотипические различия между монозиготными близнецами, а также их дискордантность в отношении таких заболеваний, как шизофрения (напомним, что конкордантность по шизофрении у моно-

зиготных близнецов – не 100, а 50%). Важнейшее исследование было проведено Д.Райсом и его коллегами (*Reiss et al, 1995*). Они обследовали 708 семей. Выборка включала семьи с моно- и дизиготными, а также обычными сибсами, с приемными и кровными детьми. Исследователи делают вывод, что конфликтное и негативное поведение родителей, направленное на одного из подростков, объясняет более 60% дисперсии признака антисоциального поведения у данного подростка и 37% – симптомов депрессии. Это исследование на высоком уровне достоверности подтверждает давно открытую психотерапевтами закономерность, что в одной и той же семье разные дети оказываются в разных средовых условиях ввиду различного отношения к ним родителей. Высокий уровень критики со стороны матери по отношению к одному из сиблингов оказался наиболее мощным предиктором депрессии в подростковом возрасте, по значимости более важным, чем генетическая предрасположенность (*Pike, Plomin, 1996*). Такая “раздельная семейная среда” может оказывать значительное влияние в качестве фактора риска возникновения психических расстройств и их неблагоприятного течения. Исследователи также делают вывод о зависимости качества заботы со стороны родителей от наследственных характеристик детей. Таким образом, подтверждается вывод о важной роли семейной динамики в происхождении различного рода психической патологии.

Исследования семейного контекста психических расстройств пока относительно немногочисленны. Большинство из них сводится к поиску различной психической патологии среди родственников. Например, все исследования однозначно указывают, что у родственников больных, страдающих тревожными расстройствами, достаточно часто наблюдается различная психическая патология (тревожные расстройства, депрессии, алкоголизация) (*Wittchen, Essau, 1993*).

В силу ряда причин, частично указанных в данной статье (доминирование биологических моделей, страх родственников и специалистов перед стигматизацией), до сих пор проведено удивительно мало исследований, где изучалась бы взаимосвязь между эмоциональными расстройствами у взрослых и особенностями их родительской семьи.

Исследователи не пришли пока к однозначному мнению о том, какой ранний опыт в родительской семье создает почву для развития тревожных расстройств во взрослом возрасте. Тем не менее, самоотчеты больных показывают, что многие из них имели травматический опыт и (или) тяжелое детство (*Wittchen, Essau, 1993*). Другой характерной чертой семей тревожных пациентов является высокий уровень семейной тревоги (последнее более всего характерно для семей больных, страдающих социальной фобией). В одном из немногочисленных исследований приемных детей удалось показать, что робкие, неуверенные дети чаще имели тревожных и со-

циально не приспособленных родителей. Причем это правило распространялось как на кровных, так и на приемных детей (*Plomin, Daniels, 1986*). Таким образом, данное исследование показывает, что социальные факторы воспитания играют существенную роль в развитии такой черты, как тревожность. Существуют, однако, и исследования, демонстрирующие роль биологических, генетических факторов. Противоречивость данных, скорее всего, свидетельствует именно о сложной биопсихосоциальной природе тревожных расстройств.

В своих ретроспективных отчетах тревожные больные характеризуют своих родителей как отвергающих, эмоционально холодных и одновременно отличающихся повышенным контролем и гиперпротекцией (*Arrindel, Emmelkamp, Monsma, Brilman, 1983; Parker, 1979*). Аналогично было показано, что повышенная стеснительность у детей связана со сниженным материнским принятием в сочетании с повышенным контролем (*Easburg, Jonson, 1990*). Исследование больных, страдающих социальной фобией, показало, что они чаще оценивают своих родителей как социально тревожных, менее социально приспособленных и зависимых от мнения других (*Bruch, 1989*). Изучение семей женщин, у которых диагностирована агорафобия, говорят о материнской гиперпротекции и повышенном контроле. Отцы этих пациенток чаще, чем в здоровой выборке, отсутствовали дома, а мужья чаще оценивались как нестабильные в своем поведении (*Webster, 1953*). В том же исследовании отмечается, что стиль родительского воспитания, который отличается гиперпротекцией и гиперопекой, характерен для 90% больных, страдающих агорафобией, и лишь для половины больных с тревожным неврозом и истерией. В другом исследовании пациенток с агорафобией было установлено, что эти женщины чаще имели не родных отцов (*Buglass et al., 1977*).

Важной характеристикой пациентов, страдающих агорафобией, является сепарационная тревога в детстве, этим они отличаются от пациентов других клинических групп (*Klein, 1964*). Приведем типичное описание отношений с матерью у больной, страдающей агорафобией (*Matheus et al., 1987, с.35*).

Будучи единственным ребенком в семье, она усиленно опекалась матерью на протяжении всего детства и в подростковом возрасте, что выразилось в постоянном и неусыпном внимании к ней. Девочке не позволялось практически ничего делать для себя самой, ей не разрешалось играть, чтобы не пораниться во время игры, и даже в последних классах школы мать ежедневно сопровождала дочь до школы и обратно (путь около нескольких сотен метров), при этом несла ее портфель с книгами.

Исследование эмоциональной коммуникации в семье, проведенное на основе специально разработанного нами опросника, показало, что в родительских семьях пациентов, страдающих депрессивными, тревожными и



соматоформными расстройствами, обычно отмечается высокий уровень родительской критики и, помимо этого, индуцируются тревога и недоверие к миру (Воликова, Холмогорова, 2002). Согласно другому опроснику, в семьях депрессивных и тревожных пациентов часто культивируются успех и достижения, детям в этом плане предъявляются очень высокие требования.

По данным неопубликованного экспериментально-психологического исследования, проведенного нами совместно с Е.Аксютиной, больные депрессией характеризуют своих родителей более амбивалентно, чем в норме (“Моя мать была очень хорошая женщина, но ей не было особенно дела до меня”). По сравнению с группой здоровых испытуемых, матери страдающих депрессией описаны как менее соперничающие, способные понять другого, и в частности своего ребенка, выразить любовь и привязанность. Среди характеристик матерей часты указания на доминантность, ведущую роль в вопросах воспитания, в то время как отцы предстают уступчивыми и пассивными. Эти данные хорошо коррелируются с имеющимися немногочисленными эмпирическими исследованиями, согласно которым депрессивные пациенты характеризуют своих матерей как холодных, исполненных разных опасений, агрессивных, чрезмерно амбициозных, часто активно обвиняющих отцов в неудачах семьи (Blatt, Wein, 1979). Отцы описаны как слабые, мягкие и уступчивые. Исследование депрессивных пациентов, принадлежащих к разным этническим группам, подтверждает эти данные: большинство депрессивных пациентов описывают своих матерей как холодных, индуцирующих чувство вины. Все это говорит о том, что депрессивные взрослые в той или иной форме имеют опыт эмоциональной депривации в детстве. Дефицит надежных неамбивалентных родительских репрезентаций делает этих больных зависимыми, плохо переносящими одиночество, одновременно определяя их крайне сложные амбивалентные отношения с другими людьми.

Исследования семейной макродинамики ведутся, в основном, в аспекте стрессогенных жизненных событий и семейной истории в целом. Факты, полученные в этой традиции, указывают на важную роль, которую семейные стрессы играют не только в психологическом, но и в биологическом развитии ребенка. Несколько научных коллективов подтвердили, что психическая травма в детском возрасте непосредственно влияет на процесс созревания структур головного мозга. Высказывается предположение, что психическая травма приводит к изменениям нейромодуляции и физиологической реактивности (а в раннем детском возрасте – к изменениям среднего мозга, лимбических и стволовых структур), что проявляется в тревоге, сопровождающейся ожиданием психологических травм и повышенным вниманием к внешним раздражителям с целью выявления опасности. Эти

же авторы отмечают, что заброшенность ребенка и депривация в первые годы жизни могут задержать у него развитие коры головного мозга. Другие исследования показывают, что объем левого гиппокампа у взрослых с посттравматическим стрессовым расстройством, подвергшихся в детстве жестокому физическому и сексуальному обращению, заметно меньше, чем у представителей контрольной группы (*Bremner et al., 1997*).

Последние исследования подтверждают важную роль раннего травматического опыта в происхождении депрессивных расстройств. Так, исследование 680 близнецовых пар показало, что стрессы, в первую очередь семейные, – важный предиктор депрессии у детей (*Heim, Owens, 2001*). Исследования, проведенные в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии, показывают, что примерно у 70% больных, страдающих депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами, заболевание началось на фоне тех или иных семейных стрессов (разводы, измены, алкоголизация, переход семьи на новый цикл развития и т.д.).

Исследование стрессогенных событий семейной истории у больных депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами, проведенное совместно с Н.Г.Гаранян и С.В.Воликовой, показало, что эти больные значимо чаще испытывали жестокое обращение в своей семье, чем здоровые испытуемые. Среди их близких родственников чаще наблюдалась алкоголизация, при этом она нередко носила крайне brutальный характер, сопровождаясь скандалами, драками и жестоким обращением (*Воликова, Холмогорова, 2002*).

Интересно, что в семьях больных, у которых на первый план выступают соматические симптомы и жалобы, значимо чаще, чем в норме, отмечаются стрессогенные события, связанные с физической угрозой существованию (тяжелые болезни и смерти) (*Воликова, Холмогорова, 2002*). Кроме того, для этих семей характерен дефицит эмоциональной поддержки между всеми, кто ее составляет, трудности в открытом выражении чувств (*Холмогорова, Воликова, 2000*).

Исследования семейного контекста пациентов с непонятными соматическими жалобами и хроническими болями (получившие названия соматоформных расстройств) ведутся давно (до выделения группы соматоформных расстройств как таковых). Многие из них были обобщены в фундаментальном обзоре Б.Пэйна и М.Норфлита “Хроническая боль и семья” (*Payne, Norfleet, 1986*). Имеются данные, указывающие на относительно большой размер родительских семей у пациентов, страдающих хронической болью. По гипотезе Т.Гонда, телесные жалобы могут способствовать редукации напряжения, привлечения к себе внимания окружающих и получения каких-то льгот, а затем закрепляться в качестве механизма адаптации к стрессу во взрослой жизни (*Gonda, 1962*).

В своей классической работе о личности, предрасположенной к боли (*pain prone person*), Г.Энгел выделяет ряд факторов детства, которые, по его мнению, предрасполагают личность к длительным болям: “*Агрессия, страдание и боль* играют важную роль в семейном окружении, характерном для раннего детства людей с болями” (*Engel, 1959*). Кроме того, он выделяет несколько типичных семейных сценариев: родители, склонные к частым наказаниям и насилию, или холодные и дистанцированные родители. Это наблюдение получило подтверждение в ряде других исследований (*Hudgens, 1977; Roy, 1982; Violon, 1980*). Р.Гросс сообщает о результатах изучения 25 больных с хроническими болями в области таза (*Gross et al., 1980-1981*). 20 из них происходили из явно дисфункциональных семей, где имели место вспышки ярости, насилия и физические нападения. Они также страдали от недостатка материнского тепла. В 36% случаев имел место инцест.

В другом исследовании проводился сравнительный анализ 71 пациента с хроническими нарушениями и 70 пациентов с болью неорганического происхождения (*Merskey, Boud, 1978*). Пациенты с болью неорганического происхождения чаще сообщали о жестоком обращении и отвержении со стороны родителей.

М.Хюдженс и Р.Зимин, наблюдая детей с болями неорганической природы, выявили отсутствие эмоциональной поддержки в их семьях. Матери этих детей обычно отличались тревожностью и повышенной критичностью, были озабочены собственным здоровьем или же недавней смертью или болезнью кого-то из членов семьи. Этим матерям до такой степени не удавалось распознавать и удовлетворять базисные эмоциональные потребности своих детей, что последние для устранения эмоционального дистресса вынуждены были обращаться к медицинской помощи (*Hudgens, 1984; Hudgens, Zimin, 1978*). Эти же авторы предположили, что боль, возникающая у ребенка вслед за смертью в семье, может быть связана с последующим дефицитом положительного материнского внимания.

Другой особенностью семейного контекста детей с болевым синдромом являются более частые случаи болевой симптоматики или болезней у близких родственников. Было отмечено, что у многих детей, страдающих периодическими болями в животе, похожие жалобы имеются у родителей и сиблингов. Частота этих жалоб оказалось в 6 раз выше, чем у родителей детей контрольной группы (*Apley, 1975*). Сравнение 31 пациента с болью неорганического происхождения и 27 – с органической болью показало, что у половины пациентов первой группы оба родителя страдали болями в животе, в то время как среди больных контрольной группы только пять человек указали на наличие болевых синдромов у родителей (*Hill, Blendis, 1967*). Аналогичные результаты, полученные другими исследователями,

заставили их предположить, что один из механизмов развития болевого синдрома у детей – материнское моделирование (*Turkat, Rock, 1984*). Этот вывод подтверждается результатами экспериментов по социальному моделированию и боли, показавших, что степень субъективного переживания боли здоровыми испытуемыми значительно зависит от того, кто с ними в паре, – толерантный или не толерантный к боли партнер (*Graig, 1975*). Имеются также экспериментальные данные о том, что локализация и качество боли у пациентов с хроническим болевым синдромом обладают сходством с таковыми у их близких родственников (*Kreitman et al., 1965*).

Исходя из ряда предварительных данных, было выдвинуто предположение, что хронические болевые симптомы чаще появляются у людей, родственники которых страдают депрессией или алкоголизмом. Был сформулирован тезис о конфликте вины, зависимости и мазохизма как о возможном этиологическом источнике боли (*Blumer, Heilbronn, 1981*). В другом исследовании были приведены данные, согласно которым 86% больных с хронической болью и сами имеют симптомы депрессии и семейная история их также богата случаями депрессии. Автор делает предположение о первичности аффективного расстройства в этиологии симптомов хронической боли. Есть, однако, и прямо противоположные наблюдения, описывающие больных с хронической болью как в минимальной степени депрессивных и расценивающие хроническую боль как самостоятельную форму выражения эмоций (*Swanson, 1984*).

Выше были рассмотрены исследования, касающиеся родительской семьи, т.е. влияния семейного контекста, в котором протекало развитие пациента. Имеется также немало исследований актуальных семей больных с соматизацией, в частности их супружеских отношений. Авторы сообщают о неблагоприятных супружеских отношениях и сексуальных дисгармониях. Так, по данным одного из исследований, все 32 человека с синдромом хронической боли в тазовой области были не удовлетворены супружескими отношениями и страдали сексуальными расстройствами (в отличие от больных контрольной группы с болью органического происхождения) (*Gidro-Frank, Gordon, 1956*). Аналогично в другом исследовании, при сравнении 71 пациента с болями органической природы и 66 пациентов с болями без органической патологии, было показано, что семейная жизнь пациентов с соматизацией значительно чаще сопровождается разочарованиями, срывами и конфликтами интересов (*Merskey, Boud, 1978*). Б.Пэйн интервьюировал 47 супружеских пар в мультидисциплинарном центре боли. 91% сообщили о наличии сексуальных проблем и нарушениях в социальном функционировании (*Payne, Norfleet, 1986*). Вместе с тем, вопрос о связи сексуальных дисфункций и соматизации остается открытым в плане того, какой из этих двух факторов предшествует другому.

А.Хюдженс анализировал семьи с проблемой хронической боли с системно-семейных позиций и пришел к следующим выводам: пациенты очень зависимы от супругов или значимых других, коммуникации между членами семьи не прямые, социальные контакты – узкие, члены семьи демонстрируют неспособность эффективно выразить и переработать гнев (*Hudgens, 1979*).

По мнению Р.Либман, данные семьи отличаются слабыми границами между поколениями, неэффективными разобщенными родителями, слабой автономностью отдельных членов семьи. Они представляют собой ригидные системы, не способные к разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и эффективному совладанию со стрессогенными, фрустрирующими ситуациями. Авторы исследования утверждают, что болевые симптомы положительно подкреплялись в этих семьях, так как семья фокусировалась на соматических проблемах идентифицированного клиента и избегала, таким образом, соприкосновения с межличностными конфликтами внутри семьи (*Liebman et al., 1976*). На сходные паттерны семейных коммуникаций указывается и в другой работе: отсутствие явных конфликтов при недостатке близости, интимности и коммуникаций по поводу личных проблем, избегание социальных контактов и отсутствие инициативы в межличностных отношениях (*Waring, 1983*).

Анализ приведенных выше данных позволяет сформулировать следующие главные выводы о коммуникативных паттернах семей с проблемой соматизации – *избегание прямого выражения чувств, подкрепление болевого поведения, вторичная выгода*. Боль в таких семьях нередко становится средством манипулирования другими членами семьи или получения внимания и поддержки. Так, А.Блок говорит о “*болевых играх*” (*pain games*) (*Block et al., 1980*).

Можно заключить, что проведенные эмпирические исследования, в целом, подтверждают наиболее важные наблюдения семейных психотерапевтов относительно типичных семейных дисфункций при различных формах психической патологии:

1) с точки зрения *структуры* – это, прежде всего, дефицит дифференцированности с преобладанием чрезмерно близких симбиотических или разобщенных взаимоотношений; нарушение границ и создание коалиций; закрытые внешние границы и связанный с этим дефицит социальных контактов;

2) в аспекте *микродинамики* особенно разрушительным оказываются паттерны критики и сверхвключенности, эмоциональная холодность и дефицит поддержки в сочетании с повышенным контролем и завышенными неадекватными требованиями; а также – дефицит открытых коммуникаций и метакоммуникаций;

3) в аспекте *макродинамики* особое значение имеют травмы и стрессогенные события (такие, как алкоголизация, жестокое обращение, смерти и тяжелые болезни близких);

4) на уровне семейной идеологии особенно разрушительными оказываются ценности эмоциональной сдержанности и превращенных в культ успеха и совершенства; миф об опасности и враждебности окружающего мира; миф о собственной исключительности и избранности и др.

В заключение еще раз хочется отметить, что семейные исследования нередко ошибочно трактуются родственниками и даже специалистами как обвинения в адрес семьи, что, на наш взгляд, является одной из причин определенного застоя исследовательских работ в этой области. Так, в рамках концепции стигматизации семейные психотерапевты и исследователи прямо обвиняются в несправедливом отношении к семье (Финзен, 2002). Биологическая модель многим кажется более приемлемой и гуманной, хотя бы потому, что она снимает проклятый вопрос “Кто виноват?”. На наш взгляд, “снять” этот вопрос действительно крайне важно. И психотерапевтам, и исследователям следует соблюдать достаточную осторожность в формулировках. Как известно, семейная система – это больше, чем просто сумма ее членов. Она несет в себе сложившиеся стереотипы микродинамики, не зависящую от ее членов макродинамику, корнями уходящую в семейное прошлое, а также определенную идеологию и структуру. В этом смысле проблема коренится в самой системе, которая нередко оказывается дисфункциональной, заставляя страдать всех ее членов. Однако живая система обладает способностью изменяться, если те, кого она объединяет, увидят смысл в необходимости перемен и готовы приложить к ним свои усилия. В этом им и призвана помочь семейная психотерапия – область знания, которая активно пытается найти ответ на вопрос “Что делать?”, сочетая свои поиски с оптимизмом и верой в силы семьи как целостности. Семья порой может обладать страшной разрушительной силой, но она же способна выступать важнейшим источником исцеления и личностного роста.

## ЛИТЕРАТУРА

- Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах. МПЖ, № 4, 2001. с.49.
- Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. Алтейа, Москва, 2001.
- Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств. Клиническая и социальная психиатрия. 2002, № 2 (в печати).

- Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2000, № 4, с.5-9.
- Apley J., *The Child With Abdominal Pains*, Blackwell, Oxford, 1975.
- Arrindel W.A., Emmelkamp P.M.G., Monsma A., Brilman E. The role of perceived parental reacting practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143, p.183-187.
- Blatt S., Wein S. et al. Parental representation and depression in normal young.
- Block A., Kremer E. & Gailor M. Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior. // *Pain*, N 9, 1980, 243-252.
- Blumer D. & Heilbronn M. The pain prone disorder: a clinical and psychological profile. // *Psychosomatics*, V.22, 1981, 395-402.
- Brown G.W., Birley J.L. & Wing J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders. // *Brit. J. of Psychiatry – L.*, 1972, V.121, N 562, 241-258.
- Brown G.W., Monk E.M., Carstairs J.M. Influence of Family Life on the Course of the Schizophrenic Illness // *Brit. J. of Preventive Social Medicine*, - L., 1962, V.16, N 1, 55-68.
- Brush M.A. Assessing familial and developmental antecedence of social phobia: Issues and findings. *Clinical psychology review*, 1989, 9, p.37-47.
- Engel G.L. "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. // *Amer. J. Med.*, 1959, V.26, 899-918.
- Gonda T.A. The relation between complaints pain and family size. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.*, 1962, V.25, 277-281.
- Graig K.D. Social modeling determinants of pain processes, *Pain*, 1975, 1, 375-378.
- Gross R., Doerr H., Caldirola G. & Ripley H. Boderline syndrom and incest in chronic pelvic pain patients. // *Int. J. Psychiatr. Med.*, 1980-81, V.10, 79-96.
- Heim C., Owens M. Role of early adverse life events in the pathogenesis of depression. *WPA Bulletin on Depression*. 2001, Vol.5, 22, p.3-7.
- Hill L. & Blendis L. Physical and psychological evolution of 'non-organic' abdominal pain. // *Gut.*, 1967, N 8, 221-229.
- Hogarty G.E., Anderson C.M., Reis D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P et al. Family Psychoeducation, Social skills Training and Maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One year effects of a controlled study on relapse and Expressed Emotion. // *Archives of General Psychiatry*, 1986, V.43, 633-642.
- Hudgens A. Family oriented treatment of chronic pain. // *J. Marit. Fam. Ther.* 1979, october, 58-67.
- Hughes M. & Zimin R. Children with psychogenic abdominal pain and their families. // *Clin. Pediat.*, 1978, V.17, 569-573.
- Hughes M. Recurrent abdominal pain and childhood depression: clinical observation of 25 23 children and their families, *Amer. Journal Orthopsychiat.*, 1984, 54, 146-155.
- Klein D.F. Delineation of two drug-responsive anxiety-syndroms. *Psychofarmacologia*, 1964, 5, p.397-402.
- Kreitman N., Sainsbury P., Pearce K. & Costain W. Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital. // *Brit. J. Psychiat.*, 1965, N 3, 607-615.
- Leff J. Review Article. Controversial Issues and Growing Points in Research on relatives expressed emotion. // *The International J. of Social Psychiatry*, 1989, V.35, N 2, 133-145.
- Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeson D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic Patients: two year follow up. // *British J. of Psychiatry – L.*, 1985, N 146, 594-600.

- Liebman R., Honig P. & Berger M. *An integrated treatment program for pain.* // *Fam. Proc.*, 1976, V.15, 397-405.
- Merskey H. & Boud D. *Emotional adjustment and chronic pain.* // *Pain*, 1978, N 5, 173-178.
- Parker G. *Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics.* *British journal of psychiatry*, 1979, 135, p.555- 560.
- Payne B., Norfleet M. *Chronic Pain and the Family: a Review.* // *Pain*, 26, 1986, 1-22.
- Pike A., Plomin R. *Importance of nonshared enviromental factors for childhood and adolescent psychopatology.* *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry* 35: 560-570, 1996.
- Plomin R., Daniels D. *Cenetics and shyness.* In W.H.Jones, J.M.Check, S.R.Briggs (Eds.) *Shyness: Perspectives on research and treatment.* New York, Plenum Press, 1985, p.63-80.
- Roy R. *Pain-prone patient: a revisit.* // *Psychoter.Psychosom.*, 1982, V.37, 202-213.
- Tarrier N. *Electrodermale Aktivitat expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie.* // *Schizophrenie als systematische Storung – Bern*, 1986, 106-116.
- Tarrier N., Vaughn C., Lader M.H., Leff J.P. *Bodily Reaction to People and Events in Schizophrenics.* // *Arch. General Psychiatry*, 1979, V.36, N 3, 311-315.
- Turkat I. & Rock D. *Parental influences of illness behavior development in chronic pain and healthy individuals.* // *Pain, Suppl.2*, 1984, S15.
- Vaughn C., Leff J.P. *The Influence of Family and Social Factors on the Course of the Psychiatric Illness* // *Brit. J. of Psychiatry - L.*, V.129, N 2, 125-137.
- Violon A. *The onset of facial pain.* // *Psychoter. Psychosom.*, 1980, V.34, 11-16.
- Waring E. *Marriages of patients with psychosomatic illness.* // *Gen. Hosp. Psychiat.*, 1983, N 5, 49-53. Swanson D. *Chronic pain as a third Pathologic emotion.* // *Amer. J. Psychat.*, 1984, V.141, 210-214.