

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СОВРЕМЕННАЯ КУЛЬТУРА

(НА ПРИМЕРЕ СОМАТОФОРМНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ)

А.ХОЛМОГорова, Н.Гаранян

*«После того как психотерапия занималась влиянием когнитивных и поведенческих процессов, прояснением бессознательных конфликтов, изменением способов коммуникации и системными интеракциями, пришло время неотлагательно и более интенсивно заняться эмоциями»*

***И.Петцольд (1995, с.12)***

Приведенное высказывание одного из ведущих западных психотерапевтов не является типичным для современной западной литературы по психотерапии и психологии. Звучащий в нем призыв, скорее, отражает просто реальный дефицит внимания к эмоциям как одному из измерений человеческого существования. Между тем представляется, что именно эмоциональная сфера, как во времена З.Фрейда сексуальная, становится наиболее патогенной зоной в современной культуре. И это наблюдение можно встретить у некоторых

авторов, прежде всего психотерапевтов, работающих в тесном и глубоком контакте с другими людьми и наблюдающими меняющиеся тенденции их внутренних конфликтов и проблем: «Я считаю, что так называемые негативные чувства слишком часто вытесняются, что приводит к личностным проблемам, физическим недомоганиям и латентным депрессивным состояниям. Патриархальные установки, реализуемые в нашей культуре, заставляют многих людей бессознательно прибегать к героическим средствам для переработки травмирующего опыта и героическим решениям возникших в результате этого опыта проблем. По этой причине болезненные переживания зачастую слишком быстро исчезают из нашего сознания, и мы перестаем осознавать наше страдание. По моему опыту и убеждению, нам нужно научиться принимать так называемые негативные чувства и эмоции и разрешать себе выражать их. Мне кажется, что мы должны вновь приучить себя к материнскому принимающему отношению к своей эмоциональной боли, только это принесет и облегчение, и изменение» (Asper, 1986, с.2).

### ЭМОЦИИ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Традиционно, начиная с Фрейда, психотерапия выполняла функцию «лейкоцита культуры», и сексуальная революция во второй половине XX века во многом произошла благодаря революционным работам Фрейда, доказавших патогенную роль сексуальных запретов в происхождении неврозов. «Сексуальная революция уменьшила вытеснение сексуальности в целом, а противозачаточные таблетки способствовали женской эмансипации и позволили женщинам претендовать на большее сексуальное самоопределение. Как и предсказано психоаналитической теорией, стало меньше случаев заболеваний истерией. Похоже, что конфликты сегодня, скорее, проявляются на эдиповом уровне, а не развиваются в структуры «Сверх-Я» (Томэ, Кехеле, 1997, с.81).

Однако, освободив человечество от тяжелых истерических расстройств, ортодоксальный психоанализ в немалой степени способствовал формированию новой «невротической личности нашего времени». Вернув человеку его сексуальность, он помог ему освободиться от чувств. **Сексуальность, выпущенная из Тартара бессознательного, уменьшила число сексуальных неврозов, зато печальная участь вытеснения все больше теперь постигает эмоции как класс явлений внутренней жизни, важнейшую и неизменную часть человеческой сущности.** Пренебрежение эмоциональным воспитанием и эмоциональными аспектами жизни ведет к все большему распространению расстройств так называемого аффективного спектра: соматоформных, депрессивных, тревожных, нарушений пищевого поведения и т.д.

Но каким именно образом психоанализ способствовал формированию homo-razionalicus? Можно выделить несколько установок психоанализа,

роль которых в этом отношении оказалась решающей.

1. Отказ от собственных чувств терапевта в виде беспощадной борьбы с ними в форме контрпереноса. «Требование преодолеть невротические конфликты, и особенно их проявления по отношению к пациенту в контрпереносе, привело к откровенно фобическому отношению аналитиков к своим собственным чувствам» (Томэ, Кехеле, 1997, с.132). Если, к тому же, учесть, что психотерапевт всегда является до некоторой степени моделью для своего пациента, то выводы напрашиваются сами собой. Позднее, вопреки сопротивлению наиболее ортодоксальной части своего профессионального сообщества, психоаналитики приложили определенные усилия для реабилитации контрпереноса, так как пришли к выводу, что «... фобическое избегание чувств, которое предполагала теория Фрейда, имело несчастливые последствия, за исключением собственных случаев Фрейда, так как последний применял свои правила гибко» (там же, с.147). Однако и поныне приходится сталкиваться с аналитиками, подчеркивающими свою дистанцированность, сдержанность и контроль над чувствами.

2. Трактовка большинства эмоций в качестве трансферентных и ценность освобождения от этих чувств самого пациента, как связанных с переносом. В ортодоксальном психоанализе отрицается реальность отношений, возникающих между пациентом и психоаналитиком: они рассматриваются в виде модели детских отношений пациента, что и находит отражение в понятии переноса. Подобная направленность работы ведет к формированию подсознательной убежденности, что всякие эмоции и чувства вторичны, сравнительно с ранним детским опытом, поскольку они возникают лишь вследствие переноса. Выдвинув на первое место в выздоровлении пациента его осмысление старых отношений на основе переносных чувств к аналитику, ортодоксальный психоанализ явно недооценил роль нового эмоционального опыта, возникающего в процессе лечения.

3. Именно это последнее – сверхценность рации и рассмотрение аффектов как чего-то такого, от чего следует избавиться, переоценка интрапсихических отношений в работе и недооценка интерпсихических, также в немалой степени способствовали элиминированию эмоций из жизни современного человека.

Конечно, современный психоанализ отошел от столь ортодоксальной постановки вопроса, которая здесь намеренно заострена. Прекрасный учебник Томэ и Кехеле по современному психоанализу содержит богатую, тонкую и смелую критику многих положений ортодоксального анализа. Авторы подчеркивают ошибочность, и даже опасность, трактовки всех эмоций и наблюдений пациента только лишь как результатов переноса. Ведь определенная часть такого рода переживаний может соответствовать реальности, и тогда отрицание их психоаналитиком способно привести к расшатыванию чувства

реальности у пациента и утрате им ощущения, что его эмоции – не иллюзия и не связаны с трансфером. «Пациент не только чувствует, что тот или иной вопрос может не приветствоваться, – его критические и реалистические наблюдения нередко действительно не приветствуются. Нельзя должным образом работать с этими проблемами, если собственный нарциссизм препятствует признанию правдоподобности реалистических наблюдений» (*там же*, с.126). Вообще-то, упрощая суть вопроса, следует согласиться с авторами, что лечит правда, – о роли подлинных чувств и их полного принятия много писал К.Роджерс. Хочется выразить сожаление, что сам психоанализ как научная школа развивается, зачастую игнорируя реальность в виде существования других психотерапевтических школ и направлений. Этот упрек, кстати, находит подтверждение в исследовании португальских психотерапевтов (*Васко, Гарсиа-Маркес, Драйден, 1996*). Полученные ими данные убеждают, что из всех направлений психотерапии труднее всего справляются с ситуацией расхождения между профессиональными ценностными ориентациями и установками базовой школы именно психоаналитики, которые, в отличие от представителей других школ, не решаются идти по пути интеграции и частичного изменения своего подхода.

Образ психоаналитика как человека рационального, самодостаточного, всезнающего и всемогущего долго служил эталоном для многих поколений больных и здоровых потребителей психоанализа. И хотя данный образ постепенно меняется в современном психоанализе, происходит это не столь уж явно для стороннего взгляда. В нашей же стране, возрождающей психоанализ в государственном масштабе (см. указ Б.Ельцина о возрождении и развитии психоанализа в России), при явном дефиците современной литературы и горького, но необходимого опыта осмысления ошибок, существует реальная опасность заучивания дурного старого образца этого учения.

Мы не случайно столь подробно остановились на негативном влиянии самой психотерапии и психотерапевтов в плане формирования современной невротической личности. Было бы несправедливо приписывать это влияние целиком и полностью психоанализу в его классическом варианте. В гораздо большей степени игнорирует эмоциональную природу человека классическая бихевиоральная терапия, сводящая процесс воспитания и лечения к (+) и (-) подкреплению. Фобическое отношение к эмоциям отца бихевиоризма Д.Уотсона, проявившееся, в числе прочего, в воспитании собственных детей, хорошо известно (*Шульц, Шульц, 1998*). Книга Б.Уотсона «Психологическое воспитание ребенка» произвела значительный эффект на культуру воспитания в Америке. Однако именно потому, что влияние психоанализа на эмоциональную жизнь современного человека далеко не столь однозначно, мы решили остановиться на нем подробнее. Так или

иначе, невротическая личность нашего времени, нарцисстически и индивидуалистически настроенная, с трудностями открытого доверительного эмоционального контакта, со стремлением к силе и совершенству, отчасти вызревала и под влиянием существующих психотерапевтических практик в их наиболее негибких вариантах.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЯХ НАШЕГО ВРЕМЕНИ**

Авторы данной статьи начали заниматься проблемой эмоций в контексте психического здоровья в 80-х годах и постепенно пришли к выводу о важной роли, которую в эпидемиологических тенденциях последних десятилетий играют дезадаптивные установки по отношению к эмоциям. Печальное следствие этих установок – резкое возрастание количества аффективных расстройств, в том числе в современном их облики – в виде различных соматических масок (*Гаранян, Холмогорова, 1994; 1996; Холмогорова, Гаранян, 1996; 1996*).

В связи с этим в 1997г. нами был инициирован кросскультурный проект с участием немецких, швейцарских и бельгийских ученых «Эмоции в семейном и интерперсональном контексте (на примере соматоформных расстройств)»<sup>1</sup>. Работа над проектом будет продолжаться в течение двух лет. В данной же статье нам хотелось бы поделиться теми предварительными выводами и наблюдениями, которые стали отправными точками в изучении роли эмоций применительно к соматоформным расстройствам, а также наблюдениями и гипотезами, касающимися культурного контекста депрессивных и тревожных расстройств.

Указанная группа заболеваний была выбрана нами для изучения и анализа в силу того, что именно в ней находят отражение основные эпидемиологические тенденции психических нарушений нашего времени. По данным Национального комитета по психическому здоровью США, к 2020г. депрессия выйдет на второе место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний как причина утраты трудоспособности среди населения. (К сожалению, мы вынуждены пользоваться зарубежными эпидемиологическими данными, так как в нашей стране произошла некоторая задержка с переходом на МКБ-10, где депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства выделены в отдельные кластеры.) По некоторым данным, хотя бы раз в жизни депрессивный эпизод перенесла каждая пятая женщина (ниже мы увидим, что есть культурные факторы, которые предрасполагают женщину к депрессии в гораздо большей степени, чем мужчину). Что касается соматоформных и тревожных расстройств, то они настолько настойчиво заявляют о себе в современной медицине, что из уважения к ним пришлось вводить специальные кластеры в различные системы

<sup>1</sup> Проект осуществлен при поддержке фондов INTAS и РФФИ.

классификации болезней, в частности в Международную 10-го пересмотра (МКБ-10). По данным Комитета по психическому здоровью США, каждый десятый житель этой страны страдает или страдал тревожным расстройством в виде генерализованного тревожного синдрома, агорафобии, панических атак или социальной фобии. По различным данным, не менее 30% людей, обращающихся за помощью к терапевтам, кардиологам, невропатологам и другим специалистам районных поликлиник и диагностических центров, страдают соматоформными расстройствами, т.е. психическими нарушениями, замаскированными соматическими жалобами, для которых не находится достаточной физической основы. Диагноз «ипохондрия» можно поставить лишь немногим из этих пациентов. Соматоформные расстройства тяготеют, скорее, к эмоциональным нарушениям – у данной категории больных, как правило, значительно повышены показатели по шкалам депрессии и тревоги, которых они просто не осознают. Недаром появляется все больше исследований, указывающих на коморбидность депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, т.е. подтверждающих, что эти различные по МКБ-10 диагнозы нередко сосуществуют у одного человека (Смулевич, Дубницкая, 1992). Некоторые же авторы полагают, что это вообще одна болезнь – депрессия (Вертоградова, Довженко, Васюк, 1994), изменившая свое прежнее обличье в виде явного меланхолического аффекта и замаскировавшаяся жалобами на боли различной локализации, недомогание, усталость и, наконец, сильно окрасившаяся тревогой.

Внушительная статистика роста депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств не может быть объяснена чисто биологическими факторами или простым учащением количества стрессовых провокаций ввиду общего увеличения уровня стрессогенности нашего существования. Комментируя рост депрессивных расстройств в американском обществе после второй мировой войны, известный специалист по изучению депрессии М.Янко утверждает: «Поразительный рост числа случаев депрессии говорит о многом. Он означает, что основную причину депрессии следует искать, вероятно, не в области биологии, потому что известно, что генетика и биохимия человека не могут столь радикально измениться всего лишь за одно поколение» (Янко, 1996, с.6). Современные био-психо-социальные исследования различных психических заболеваний подтверждают их *био-психо-социальную* природу или, используя ставшую популярной терминологию, – диатез-стрессовую модель. Согласно этой модели, биологический диатез или биологическая уязвимость выливаются в болезнь только при условии воздействия стрессоров – неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов.

**На наш взгляд, в современной культуре существуют и достаточно специфические психологические факторы, способствующие росту**

**общего количества переживаемых отрицательных эмоций в виде тоски, страха, агрессии и одновременно затрудняющие их психологическую переработку.** По нашей гипотезе, это особые **ценности и установки**, поощряемые в социуме и культивируемые во многих семьях как отражения более широкого социума. Эти установки становятся достоянием индивидуального сознания, создавая психологическую предрасположенность или уязвимость к эмоциональным расстройствам.

Данная гипотеза родилась на основе трех источников:

1) собственного опыта психотерапевтической работы, позволившей более глубоко проникнуть в мир ценностей и установок больного (Гаранян, Холмогорова, 1994; 1996; Холмогорова, Гаранян, 1996; 1996);

2) трудов представителей социального психоанализа, направленных на поиск связей между спецификой культуры и спецификой психических нарушений, прежде всего на работах К.Хорни (Хорни, 1993; 1995);

3) анализа не очень многочисленных, но чрезвычайно интересных кросскультурных исследований, доказывающих неравномерность распространения различных эмоциональных расстройств в разных культурах (Кум, 1997; Eaton, Weil, 1995; Parker, 1962).

### **РАННИЕ ДЕТСКИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ИЛИ КУЛЬТУРНЫЙ КОНТЕКСТ?**

К.Хорни была одной из первых психоаналитиков и психотерапевтов вообще, переключивших свое внимание с ранних детских переживаний как основных источников психических нарушений на более широкий культурный контекст, в котором эти переживания возникают и развиваются. Одним из важнейших ее достижений и шагом вперед, по сравнению с классическим анализом, была критика биологических основ теории невротизма З.Фрейда, основанной на представлениях о врожденных стремлениях и видах сексуальной энергии, которые, подвергаясь вытеснению в процессе развития, становятся источником невротических симптомов. «Делая такие утверждения, Фрейд поддается искушению своего времени: построению обобщений относительно человеческой природы для всего человечества, хотя его обобщения вытекают из наблюдения, сделанного в сфере лишь одной культуры» (Хорни, 1993, с.14). При этом роль культуры рассматривалась Фрейдом исключительно как репрессивная, но никак не определяющая содержание невроза, его центральный конфликт. Социо-культурная теория невротизма К.Хорни позволяет пролить свет на изменяющееся с изменением культурных тенденций лицо невротизма, на вклад патогенных ценностей и установок культуры в формирование «невротической личности нашего времени». «Когда мы сосредоточиваем внимание на сложившихся к данному моменту проблемах невротизма, мы сознаем при этом, что невротизм порождается не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культуральными условиями, в которых мы живем. В действительности, культурные условия не только придают вес и окраску

индивидуальным переживаниям, но и, в конечном счете, определяют их особую форму... Когда мы осознаем громадную важность влияния культурных условий на неврозы, то биологические и физиологические, которые рассматриваются Фрейдом, как лежащие в их основе, отходят на задний план» (*там же*).

Тревожные расстройства сравнительно недавно выделены в особую группу, но еще К.Хорни увидела почву для их стремительного роста в культуре (*Хорни, 1993; 1995*). Она обращает внимание на глобальное противоречие между христианскими ценностями, проповедующими любовь и равные партнерские отношения, с одной стороны, и реально существующей жесткой конкуренцией, с другой. Последнюю ценность она сформулировала в емкой фразе-лозунге, характерной для американской семьи: «Быть на одном уровне с Джонсами».

Результатом ценностного конфликта становится вытеснение собственной агрессивности и ее проекция на других людей. Таким образом, собственная враждебность подавляется и приписывается окружающему миру, что и ведет, согласно К.Хорни, к резкому росту тревоги по двум причинам: 1) восприятие окружающего мира как опасного; 2) восприятие себя как неспособного этой опасности противостоять (вследствие запрета на агрессию, а значит, и на активное сопротивление опасности). В качестве третьей причины роста тревожных, впрочем, так же как и депрессивных расстройств, можно назвать культ силы и культ рации, которые ведут к запрету на переживание и выражение негативных эмоций. При этом резко затрудняется их психологическая переработка, а значит, происходит их постоянное накопление, когда психика работает по принципу «парового котла без клапана».

То, что «клик» или основное содержание депрессии меняется в зависимости от культуральных конфликтов и ценностей, впоследствии отмечалось разными авторами (*Arieti, Vemporad, 1983*).

### **МЕЖКУЛЬТУРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ДЕПРЕССИЯ**

Кросскультурные исследования показали, что число депрессивных нарушений выше в тех культурах, где особо значимы индивидуальные достижения, успех и соответствие самым высоким стандартам и образцам. Эти исследования проводились на группах, относящихся к одному этносу (т.е. имеющих общие биологические корни), но проживающих в условиях разных культурных традиций и норм. Подобное исследование было проведено на нескольких племенах индейцев, жителей США, резко различающихся числом депрессивных состояний (*Eaton, Weil, 1965*), а также на католических сообществах, характеризующихся повышенной религиозностью и одновременно повышенной статистикой депрессивных расстройств (*Parker, 1962*). Для так называемых «депрессивных» сообществ типичными оказались, прежде всего, настолько же высокие, насколько и жесткие стандарты и требования в процессе воспитания, малейшие отклонения от которых сопровождались критикой и

наказаниями, а помимо этого – модель замкнутого существования в изоляции от остального мира, поддерживаемая концепцией окружения как враждебного, а жизни как трудной и опасной («юдоли скорби»).

В МНИИ психиатрии совсем недавно было выполнено диссертационное исследование двух групп подростков – этнических корейцев из Республики Корея и из Узбекистана (Ким, 1967). Результаты показали, что уровень подростковой депрессии гораздо выше в Республике Корея. Одновременно было выявлено, что эти две группы различаются в отношении ценностей успеха и достижения, которые оказалась значимо выше в группе из Кореи.

Американцы, вкладывающие большие деньги в исследования и лечение депрессии, становящейся бичом этого процветающего общества, всемерно пропагандируют культ успеха и благополучия. Этот культ настолько глубоко вошел в сознание современного американца, что его патогенность зачастую не осознается даже специалистами. Так, молодой врач-психиатр из США, начиная лекцию для русских коллег, представился следующим образом: «Я из штата Мичиган, о котором говорят, что у нас все женщины самые красивые, все мужчины самые сильные, а все дети по своему развитию выше среднего уровня». Конечно, ему хотелось пошутить, но эта шутка хорошо отражает реальные ценности и установки общества, которому он принадлежит.

Как уже упоминалось выше, современное лицо эмоциональных нарушений сильно окрашено соматической симптоматикой, которая нередко настолько маскирует самые эмоции, что выходит фактически на передний план в виде соматоформных расстройств. Склонность современного человека к соматизации или, выражаясь словами Липовского (Lipowski, 1989), склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне, также имеет, на наш взгляд, определенные культуральные источники. Культ рационального отношения к жизни, негативная установка по отношению к эмоциям как явлению внутренней жизни человека находят выражение в современном эталоне супермена – непошибаемого и как бы лишеного эмоций человека. Этим же грешат и газетные призывы типа «Отбросим эмоции в сторону!», «Давайте без эмоций!» и т.д. В лучшем случае эмоции сбрасываются, как в сточную трубу, на концертах панк-рока и дискотеках. Запрет на эмоции ведет к вытеснению их из сознания, а расплата за это – невозможность их психологической переработки и разрастание физиологического компонента в виде болей и неприятных ощущений различной локализации.

В нижеследующей таблице приводятся данные, которые в определенной степени подтверждают нашу гипотезу о том, что *запрет на различные эмоции (как следствие выше названных ценностей) является одним из факторов эмоциональных расстройств*. Эти данные получены с помощью опросника, разработанного нами совместно с

В.К.Зарецким. Он включает вопросы типа: «Жаловаться ниже моего достоинства» (запрет на печаль) или «Страх – признак слабости» (запрет на страх) и т.п. Тестируется запрет на четыре базальные эмоции – *радость, гнев, страх, печаль*. Положительные ответы рассматриваются как запрет на переживание соответствующих эмоций и на их выражение.

Таблица 1

**Установки по отношению к эмоциям**  
(процент положительных ответов)

Эмоции \ Группы	Здоровые		Больные	
	Женщины (N=54)	Мужчины (N=21)	Женщины (N=14)	Мужчины (N=7)
Печаль	54	62	67	87,5
Гнев	74	57	88	75
Страх	27	60	82	71
Радость	44	48	71	37,5

Из таблицы видно, что больные отличаются от здоровых людей по уровню запрета на различные чувства. Культуральное происхождение этих запретов хорошо иллюстрируют половые различия, связанные с полоролевыми стереотипами сильного мужчины (у мужчин выше запрет на печаль и страх как в норме, так и в патологии) и мягкой женщины (у женщин выше запрет на гнев, как в норме, так и в патологии).

### МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Подытоживая многочисленные данные, можно сказать, что эмоциональные нарушения тесно связаны с культом успеха и достижений, культом силы и конкурентности, культом рациональности и сдержанности, характерными для нашей современной культуры. Эти ценности преломляются затем в семейных и интерперсональных отношениях, в индивидуальном сознании, определяя стиль мышления человека, и, наконец, в болезненных симптомах. Мы попытались связать тот или иной тип ценностей и установок с определенными синдромами – депрессивным, тревожным, соматоформным, хотя разведение это достаточно условно, и все выделенные установки могут присутствовать при каждом из трех анализируемых расстройств. Можно говорить лишь о тенденциях, но не о жестких причинно-следственных связях определенной установки с определенным синдромом.

Мы обнаружили поразительный, казалось бы, факт: в то время как многие современные культурные ценности и нормы сопряжены с

запретом на отдельные эмоции в частности и эмоции вообще, эти же самые нормы и ценности парадоксальным образом сопряжены со стимулированием эмоций, которые они призваны подавлять. Так, культ успеха и благополучия исключает печаль, тоску, недовольство жизнью. При этом, однако, именно с этим культом оказывается культурально сопряженной депрессия. Культ силы и конкурентность несовместимы с чувством страха, однако, именно с ними К.Хорни связывает рост тревожного аффекта в нашей культуре. Наконец, культ радио, в виде общего запрета на чувства, способствует их вытеснению и трудностям переработки, а значит – постоянному накоплению и превращению нашего тела в отстойник физиологических коррелятов эмоций. Мы назвали этот феномен **эффектом обратного действия сверхценной установки: культ успеха и достижения, при его завышенной значимости, ведет к депрессивной пассивности, культ силы – к тревожному избеганию и ощущению беспомощности, культ радио – к накоплению эмоций и разрастанию их физиологического компонента.**

Обратимся к уровню исследования семейных отношений. В последние десятилетия за рубежом интенсивно проводится изучение *эмоциональной экспрессивности* в семьях – ЭЭ (expressed emotion study), начатое в начале 60-х гг. английской исследовательской группой под руководством Г.Броуна, а затем продолженное С.Воном, Е.Лефом и многими другими. Новейшие исследования в этой области убедительно доказывают на разных группах больных и в разных культурах связь, существующую между уровнем негативных эмоций в семье и благоприятным или неблагоприятным течением имеющегося там заболевания (Leff, 1989). К сожалению, эти исследования, значительно изменившие практику помощи больным за рубежом, очень мало известны у нас в стране. Согласно экспериментальным данным, депрессивные больные, сравнительно с больными других групп, в большей степени зависимы от уровня негативных эмоций в семье. Так, достаточно надежным предиктором неблагоприятного течения депрессии оказался положительный ответ на один-единственный вопрос, задаваемый депрессивным женщинам: «Часто ли Вас критикует Ваш муж?» (Keitner, 1990).

Мы изучили как репрезентации родительских семей в сознании больных, так и реальные семьи, с помощью различных семейных опросников, а также методом генограмм. Суммируя данные собственных наблюдений и имеющиеся немногочисленные исследования семей, члены которых страдают эмоциональными расстройствами, можно резюмировать, что эти семьи отличаются закрытыми границами и симбиотическими связями, при которых эмоции перетекают от одного члена семьи к другому, как по сообщающимся сосудам. Другая характерная особенность этих семей – повышенный индекс стрессогенных событий в семейной истории. Таким образом, в этих семьях создается

благоприятная ситуация для циркулирования, фиксации и индуцирования отрицательных эмоций. Мы назвали этот коммуникативный механизм – стимулированием отрицательных эмоций в семье. В то же время упомянутые особенности характерны для многих дисфункциональных семей.

Что же специфического обнаруживается для «депрессивных» семейных систем? Прежде всего, это – высокие родительские требования и ожидания в плане достижений и обусловленный этим высокий уровень критики. Дети в данных семьях редко заслуживают одобрения, так как стандарты очень высоки и поощряют в ребенке стремление к совершенству. Образующийся разрыв между притязаниями и реальными достижениями и возможностями обрекает ребенка на постоянное ощущение неудовлетворенности, индуцирует негативные чувства. Из ценности или идеала, к которым можно стремиться, но которых невозможно достичь, совершенство в этих семьях превращается в цель, подменяющую более реалистичные цели. Так постепенно в человеке формируются ценности и установки маленького перфекциониста (личностный уровень), способствующие негативному восприятию жизни, себя и других (негативная когнитивная триада по А.Беку).

**Основной патогенный конфликт перфекциониста – между потребностью непосредственно воплотить совершенство и невозможностью достичь этого в реальности.** Недаром губитель человеческих душ Мефистофель произносит фразу: «Кто хочет невозможного, мне мил». Ведь в реальности не существует того совершенства, без которого сердце перфекциониста не знает удовлетворения. Впрочем, для него также мучительно видеть высокие достижения других, так как чужой успех обостряет чувство собственного несоответствия высоким стандартам. Высокие перфекционистские требования и ожидания, обращенные к другим, ведут к разочарованиям и разрывам, лишая перфекциониста той эмоциональной поддержки, которую приносят близкие и доверительные отношения (межличностный уровень). Это подтверждается данными о снижении уровня социальной поддержки и дефектах социальной сети, полученными благодаря ряду соответствующих опросников. Наконец, уже в детстве у маленького перфекциониста складывается особый когнитивный стиль, который мы условно назвали абсолютизирующим или максималистским: «Если не справился блестяще, – значит, не справился вообще», «Настоящий друг должен все понимать без слов» и пр. Этот когнитивный стиль был блестяще описан и исследован в работах Бека (1976). Таким образом, перфекционист обречен на постоянные разочарования, а также на пассивность вплоть до полного «паралича» деятельности (симптоматический уровень), ведь практически ничего невозможно сделать сразу очень хорошо.

Перейдем к тревожным расстройствам. Нередко и для них типичен

перфекционизм, который может быть мощным источником не только тоски, но и тревоги (по типу: «не справлюсь на нужном уровне»). Вместе с тем, наблюдения за семьями, члены которых страдают какими-либо тревожными расстройствами – паническими атаками, генерализованной тревогой, агорафобией, выявляют общий высокий уровень тревоги, характерный для этих семей, напоминая лагерь. Корни данного явления просматриваются в семейной истории этих больных, которая изобилует стрессами (ранние смерти, болезни, жестокое обращение). Такого рода семьи отличает высокий уровень недоверия по отношению к окружающему миру, а также не менее высокий уровень родительского контроля и доминирования, ведущий к подавлению любых форм сопротивления у ребенка, к запрету на протест и агрессию. Дети в этих семьях нередко грызут ногти, страдают и другими формами навязчивостей и, как правило, неспособны к проявлению конструктивной агрессии. Тревожные расстройства сопряжены с особенно тяжелыми нарушениями контактов, так как расстройствам данного типа обычно сопутствуют негативные ожидания от окружающих и установка на изоляцию (межличностный уровень). Они редко ищут поддержки, а когда им ее предлагают, зачастую не способны принять ее, как из недоверия, так и из страха оказаться в позиции слабого. Низкий уровень поддержки также находит отражение в результатах соответствующих опросников.

Кроме всего сказанного, для лиц с тревожными расстройствами характерен преувеличивающий когнитивный стиль, сопряженный с недооценкой собственных сил и преувеличением опасности (тревожная диада, по А.Беку). Нам кажется, что эту диаду («я слаб, мир опасен») можно дополнить третьим компонентом: «никто не поможет». Все это приводит к поведению по типу избегания, ощущению беспомощности и страху перед встречей критического неодобрительного отношения со стороны других (симптоматический уровень).

Если в семьях депрессивных и тревожных больных преобладает **стимулирование отрицательных эмоций**, то, по предварительным экспериментальным данным, основная тенденция в семьях, где преобладают соматические симптомы эмоциональных нарушений, преобладает тенденция к **элиминированию эмоций** в форме игнорирования этого аспекта жизни и запрета на выражение чувств. Например, женщина, у которой муж болен раком, жалуется на боли в желудке, но отрицает тяжелые душевные переживания: «Настроение? Нормальное...».

По нашей гипотезе, именно подобным образом может развиваться характерная для этих больных алекситимия – неспособность к осознанию и выражению собственных чувств и, соответственно, чувств других людей. Базовым конфликтом, лежащим в основе этой патологии, можно считать **конфликт между эмоциональной природой человека и отка-**

**зом от этой природы** (жизнь «вовне» без учета эмоциональной стороны). Результат – дефицитарные контакты, отрицающий когнитивный стиль и разрастание физиологического компонента эмоций, которые не осознаются и не перерабатываются на психологическом уровне. Коммуникативные механизмы стимулирования отрицательных эмоций и элиминирования эмоций могут сосуществовать, являясь особенно характерными для семей, члены которых страдают эмоциональными расстройствами.

## **ДВЕ ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА**

Из всего вышесказанного можно заключить, что **эмоциональную жизнь современного человека определяют две разнонаправленные тенденции. Первая тенденция характеризуется возрастанием частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок**, чему способствует ряд современных условий: стремительное изменение социальной и физической среды, повышение темпов жизни и ее стоимости, разрушение традиционных семейных структур, социальные и экологические катаклизмы. Человек реагирует на эти особенности современного бытия переживаниями страха, тревоги, беспомощности, тоски и отчаянья. Вторая тенденция характеризуется негативным отношением к эмоциям, которым приписывается деструктивная, дезорганизирующая роль, как в политической, так и в личной жизни отдельного человека. Как мы уже отмечали, эта тенденция связана с рядом присущих XX веку ценностей: культом рационального подхода к жизни, ценностью внешнего благополучия и успеха, культом «силы и мужественности», когда идеалом человека начинает мыслиться «непрошибаемый» супермен (в современном кино такой идеал олицетворяют Сталлоне и Шварценеггер). Стремление выглядеть благополучным и процветающим доходит нередко до абсурда. Так, американские врачи полушутя-полувсерьез жалуются на то, что традиционное «I'm OK» не позволяет им добиться жалоб даже от умирающих больных. Однако культ благополучного внешнего фасада характерен не только для американского общества. В консультативной практике нам часто приходится сталкиваться с тем, как, стремясь выглядеть в глазах окружающих благополучными, люди тщательно скрывают свои проблемы и трудности. Так, безработные избегают контактов с людьми, опасаясь, что узнают об их «унизительном» положении. Мать тяжело больного ребенка скрывает факт болезни, так как боится, что ее сочтут плохой матерью, недосмотревшей за ребенком. Таким образом, попав и без того в затруднительную ситуацию, люди жертвуют источниками возможной помощи ради картины внешнего успеха.

В бывшем СССР имитация эмоционального благополучия граждан превратилась еще и в государственную ценность, в результате чего, например, причины эмоциональных расстройств в форме депрессий

сводились к чисто биологическим факторам, а в учебниках по медицинской психологии отсутствовали главы, посвященные психологии эмоциональных расстройств. В качестве причин суицидальных действий также рассматривались биологические факторы, а социальные и психологические даже не упоминались.

Негативное отношение к определенным эмоциям связано также с традиционными христианскими ценностями, ориентированными на терпение и мягкое уступчивое поведение, исключая проявления гнева, особенно у женщин.

## **ЭМОЦИИ И ПОЛОРОЛЕВЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СТЕРЕОТИПЫ**

Перечисленные выше культуральные тенденции формируют определенные полоролевые стереотипы эмоционального поведения: мужчине приписывается выдержанное, мужественное, решительное поведение (несовместимое с переживанием и проявлением страха и беспомощности), женщине – мягкость и уступчивость (несовместимые с гневом и агрессией).

Как считают многие специалисты, именно этот полоролевой стереотип делает женщину уязвимее к депрессии, сравнительно с мужчиной (по эпидемиологическим данным, женщины в несколько раз чаще страдают этим заболеванием). Выполнение упражнения на составление портрета идеальной женщины в учебных и психотерапевтических группах показало, что идеальная женщина представляется мягкой, доброй, нежной, терпимой и терпеливой – этакой «душегрейкой». В наше время этот образ становится особенно патогенным, так как вступает в конфликт с теми требованиями, которые предъявляет женщине современная жизнь – работа, разделение ответственности за материальное благосостояние семьи, более разнообразные социальные контакты, в которых надо уметь себя отстаивать. Агрессивное же поведение, проявление гнева и раздражения, несовместимы с образом «душегрейки».

Между тем, стенические эмоции гнева необходимы человеку, как для ощущения собственной силы и способности постоять за себя, так и для реального отстаивания своих интересов и достижения целей. В условиях подавления и вытеснения эмоций последние, тем не менее, продолжают испытываться и накапливаться, и нередко «взрыв» этого «парового котла» происходит уже помимо воли человека. Именно отсутствие навыков самопонимания и конструктивного самовыражения нередко служит основанием для страха перед эмоциями и убежденности в их деструктивной для жизни и отношений с людьми роли. Кроме того, агрессия, не находя выхода вовне, может обращаться на самого человека, т.е. превращаться в аутоагрессию в виде самообвинений и самодеструктивных тенденций, что особенно характерно для больных депрессией.

Не менее трудно быть настоящим мужчиной. Самое трудное в его жизни – установка, что ему никогда не должно быть по-настоящему трудно. Настолько трудно, чтобы расплакаться или испугаться, или пожаловаться кому-то, или обратиться за помощью. Значительно меньше травмируют его самолюбие трудности физического характера – головные и сердечные боли, одышка и дрожь в руках, бессонница и прибавка в весе. Недаром во многих преуспевающих российских фирмах (где работает много настоящих мужчин) появляются прекрасно оборудованные медицинские кабинеты с обязательными эхокардиографами. Зачастую проведенные в этих кабинетах обследования не выявляют физических заболеваний, а в худшем случае лишь фиксируют так называемые «вегетативные расстройства», т.е. нарушения нервной регуляции физиологических процессов. В редких случаях информированные врачи направляют людей с такими жалобами к психотерапевту. Именно так в нашем психотерапевтическом кабинете появлялись настоящие мужчины. Ссылаясь на направление врача, они подчеркивали, что в жизни для них психологически трудного мало, что люди они сильные, способные справиться с любой ситуацией. Огорчают в жизни только загадочные сердечные боли, да вероломство деловых партнеров. Увы, наш современник, хотя и переполнен зачастую чувствами тревоги, тоски, отчаяния и безнадежности, во многом утратил способность к пониманию своего внутреннего состояния и его регуляции.

Между прочим, вопреки распространенному даже среди психотерапевтов мнению о большей эмоциональной свободе женщин, именно они поддерживают в мужчинах традиционные маскулинные установки и стереотипы. Специально проводимое в психотерапевтических группах описание женщинами психологического портрета «идеального мужчины» выявило образ «мужчины-стены» – надежной опоры во всех жизненных трудностях.

Какова же расплата за лестную репутацию настоящего мужчины, за отвержение эмоциональной сферы жизни? В условиях подавления психологического аспекта эмоций начинает звучать в полную мощь их телесный компонент – мышечные зажимы и сопровождающие их «непонятные» боли, вегетативные сдвиги и обусловленные ими потоотделение, дрожь, одышка, похолодание конечностей, тахикардия и сердечная аритмия.

Итак, последствие номер один – переживание психологического стресса на телесном уровне, или, выражаясь научным языком, «соматизация эмоциональных переживаний». Чисто эмоциональные причины могут стоять и за таким распространенным недугом среди мужчин, как алкоголизм. Это так называемое «симптоматическое пьянство», помогающее снять накопившееся эмоциональное напряжение.

Последствие номер два – дефицит человеческой близости, одиночество и трудности принятия помощи. Дети в семьях, где не принято

выражать свои чувства и где ценятся сдержанность и сила, испытывают дефицит любви, тепла и понимания. Типичная проблема в семьях бизнесменов – детское домашнее воровство. Среди психотерапевтов существует метафора, что дети таким образом «воруют» любовь. С другой стороны, это форма протеста против холодного, рационального мира взрослых. «Мои сыновья должны быть такими же сильными, как я, иначе они мне не нужны», – говорит настоящий мужчина, обратившийся в семейную консультацию по поводу воровства своего ребенка.

«Культ силы и успеха» мешает не только выражать любовь и тепло в семье, но и принимать помощь, даже когда она необходима: сама потребность в помощи воспринимается как проявление непозволительной слабости. А уж если настоящие мужчины и решаются обратиться за помощью, то только к «выдающемуся» специалисту в дорогостоящую консультацию, чтобы, выражаясь словами одного из наших клиентов, «не смешиваться с совком». И идут они к знаменитым колдунам и экстрасенсам.

Дружеские и коллегиальные отношения сильных, преуспевающих мужчин начинает разъедать ржавчина конкуренции и соперничества. Нет, они вовсе не человеконенавистники и нередко готовы оказать помощь другим, но – не утрачивая позиции сильного. Если задуматься, то нарисованная картина во многом отражает неписанный закон взаимоотношений в преступном мире, где любое проявление слабости может иметь роковые последствия: «Не верь, не бойся, не проси».

Как часто бывает, этот тип взаимоотношений наиболее ярко описан в художественной литературе. Д.Голсуорси в небольшом рассказе «Всегда быть первым» показывает, как вся жизнь человека строится в режиме сравнения и конкуренции с «друзьями» – бывшими однокашниками. Основной смысл этой жизни – идти впереди, в крайнем случае «ноздря в ноздю» с наиболее успешными из них. Будучи больным стариком, главный герой цепляется за жизнь, чтобы услышать известие о смерти своего главного соперника, и, лишь получив таковое, со вздохом удовлетворения умирает – он выиграл последнее соревнование.

## **ОСНОВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭЛИМИНИРОВАНИЯ ЭМОЦИЙ В СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЕ**

**Недооценка важности и действенности эмоциональной стороны жизни, ее игнорирование приводят к утрате навыков, психогигиены эмоциональной жизни.** Подытожим последствия этого для психического и физического здоровья и для качества жизни в целом.

1. Возрастание числа расстройств аффективного спектра (депрессивных, тревожных, соматоформных, психосоматических, пищевого поведения). Согласно современным представлениям, одним из важных факторов этих заболеваний являются подавленные, неотреагированные во внешнем плане эмоции.

2. Возрастание числа тяжелых душевных состояний, которые все

чаще встречаются в жизни, а не только в клинике тревожно-депрессивных расстройств, и требуют амбулаторной консультативной помощи.

3. Возрастание эмоциональных взрывов и конфликтов, так как игнорирование эмоций и отсутствие своевременного и адекватного по форме отреагирования приводят к их накоплению и поведению по типу «парового котла без клапана».

4. Состояние неудовлетворенности собой и своей жизнью. Игнорирование эмоций, презентующих в сознании потребности, желания и мотивы, приводит к ложным жизненным выборам, сделанным на основе внешних норм и требований, а не на основе собственных склонностей и интересов (Леонтьев, 1977; Рубинштейн, 1946).

5. Трудности установления теплых доверительных контактов и получения социальной поддержки. Современный человек часто страдает от одиночества, так как именно открытое, безбоязненное выражение чувств служит основой подлинных и искренних отношений и сигналом о помощи для окружающих (Clerman, 1993).

### ЭМОЦИИ И ВОСПИТАНИЕ

Многие знаменитые фантасты, изображая технологизированный мир будущего, предостерегают от опасности бездушного разума. Между тем, вся система воспитания и образования до сих пор продолжает строиться на основе развития интеллекта, неизмеримо меньше внимания уделяя становлению эмоциональной сферы. Культура эмоциональной жизни современного человека – умение словами, красками, движением выразить себя и свои чувства – мало осознается как специальная задача в современном образовании. На западе, да и у нас, все большее значение приобретают программы с компьютерным обучением, в ущерб межличностному общению, которое одно способно структурировать эмоциональный мир, способствовать его развитию, формированию навыков самопонимания и самовыражения. Компьютерное образование грозит современному человеку тяжелыми последствиями, и ощущение этой угрозы связано не с консервативной любовью к традиционному обучению (ибо и оно далеко от совершенства), а с осознанием несовместимости компьютерного обучения с возможностью развития эмоциональной сферы человека.

О диалогической природе человеческого сознания много писали российские исследователи (Выготский, Бахтин). Опираясь на традицию культурно-исторического деятельностного подхода к психике, можно сказать, что **все развитие личности в целом происходит в процессе деятельности через осмысление этой деятельности и себя в ней в диалогическом эмоциональном контакте с другим человеком.**

Почему эмоциональном? Да потому что эмоции дают необходимые сигналы и импульсы для осмысления противоречий и конфликтов, неизбежно возникающих в жизни и деятельности человека, а эмоции

другого человека становятся важнейшим источником обратной связи от мира, в котором каждый человек ищет свое место. Возникающее в эмоциональном контакте чувство близости и доверия позволяет человеку полнее открываться и глубже осмыслять себя, ведь только в диалогическом контакте с другим человеком формируется важнейший механизм человеческого развития – рефлексия. Наконец, без эмоционального доверительного контакта невозможна истинная передача нравственных ценностей.

Наш опыт работы с детьми, у которых отмечается асоциальное поведение (воровство, дурные компании и т.д.), показывает, что либо эти дети росли в среде, где эмоциональной внутренней жизни вообще уделялось крайне мало внимания, а интересы взрослых сосредотачивались на материальном, рациональном полюсе жизни, либо у родителей, по тем или иным причинам, был нарушен эмоциональный контакт с ребенком, и они плохо представляли себе его духовную жизнь, не обладая возможностью влиять на нее. Нет другого пути передачи ценностей и принципов маленькому человеку, кроме как через эмоциональный контакт с ним, основанный на доверии и привязанности. Только тогда ценности, передаваемые взрослым, заряжаются положительной валентностью.

В культурах, где запрет на выражение чувств является культурной нормой (имеются в виду, прежде всего, восточные культуры Японии, Китая и т.д.) возникла широкая сеть философско-психологических и физических тренировок, помогающих дистанцироваться от стрессогенных ситуаций и при любых эмоциональных стрессах добиваться расслабления мышечной мускулатуры. В свете нашей гипотезы, утверждающей наличие связи между соматизацией и элиминированием эмоций из жизни, представляется интересным факт, свидетельствующий о большем распространении соматоформных расстройств у представителей восточных культур (*Farooq, 1995*). В древние времена, в период наибольшей нестабильности жизни и жестокости нравов, возникла философская система стоиков, призывающая к отказу от чувств в ситуации любых эмоциональных стрессов и к полному их подчинению интеллекту, с позиций философского принятия всего происходящего. В то время такая система взглядов способствовала выживанию в нечеловеческих условиях, когда человеческая жизнь ничего не стоила, а жестокость и страдания достигали такой степени, что чувствительные натуры едва ли могли выдержать их.

В христианских культурах, где запрет на определенные чувства также имеет место, овладевать чувствами и отреагировать их помогали многочисленные ритуалы: пост, молитва и т.д.

**Чем меньше современный человек связан с разрабатываемыми тысячелетиями способами защиты от собственных чувств, тем в большей степени он разрушается ими, так как не готов принять эти чувства и психологически работать с ними. И здесь на психологов и**

психотерапевтов ложится ответственность в плане подготовки рекомендаций для системы образования и воспитания, с опорой на существующие знания и разработки в области психологии эмоций.

Мир современного ребенка, начиная с середины прошлого века, всячески очищается от отрицательных чувств, неприятных ощущений и переживаний. Наиболее здоровым аффектом считается радость, и она всячески стимулируется путем быстрого переключения ребенка от возникших слез на более приятные переживания.

В зависимости от того, насколько важной и желательной считается эмоция в той или иной культуре, она может быть больше или меньше представлена в языке (Levy, 1984). Так, в культуре Таити отсутствует слово для выражения эмоции печали, поэтому матери в случае такого горя, как смерть ребенка, воспринимают слезы и тяжелое физиологическое состояние как болезнь, не связывая их с душевной болью. В восточных культурах много слов, выражающих оттенки стыда, и на вызывании этого чувства в значительной степени построена система воспитания.

Некоторые наши наблюдения и эксперименты наводят на мысль о сокращении эмоционального словаря у современного человека. Во время семинаров по психологии и психиатрии мы всегда просим аудиторию назвать слова, обозначающие различные эмоции, что неизменно вызывает довольно сильное затруднение у присутствующих. Люди говорят о том, что им редко приходится использовать эти слова в повседневной жизни.

Комментируя посредством слов состояние ребенка, придавая определенное выражение своему лицу и также сопровождая это словесным комментарием, мать с детства приучает (или не приучает) малыша дифференцировать свои эмоциональные реакции, определять, давая им обозначение, и, таким образом, потенциально делать предметом работы и переработки. На наш взгляд, чрезвычайно эвристичной для понимания алекситимного типа сознания и мышления является теория Л.С.Выготского о единстве мышления и речи. Бедность и недифференцированность эмоционального словаря матери ведет к формированию у ребенка особого типа сознания и мышления, в котором внутренняя жизнь как таковая очень бедно представлена.

Начиная с работ Боулби, считается, что наличие эмпатического, близкого эмоционального контакта с матерью в младенчестве (теория attachment) является залогом психического здоровья человека в будущем. Сейчас эта теория подвергается активной экспериментальной проверке. Полученные данные свидетельствуют, что не столько младенческий возраст оказывается решающим для формирования здоровых близких отношений с окружающими во взрослом возрасте, сколько раннее детство (7-10 лет): эмоциональный контакт с родителями в этом возрасте оказывают решающее влияние на контакты взрослого человека, в том числе с его супругом или партнером.

## ЭМОЦИИ И СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ

В рамках исследований социальной поддержки, число которых стремительно растет в течение двух последних десятилетий, показана важная роль интимных доверительных отношений для психического и физического здоровья. Группа Brown (1978) показала, что у депрессивных женщин отношения с партнером менее близкие и доверительные.

Упомянувшиеся в начале статьи исследования эмоциональной экспрессивности в семье дали и дают поразительные результаты в плане значения эмоционального поведения родственников для выхода из болезненного состояния одного из членов семьи и дальнейшего течения заболевания, которым он страдает. На первый взгляд, эти данные противоречат тезису о важности свободного выражения чувств. В силу чрезвычайной значимости данных этого направления для практики и теории современной психотерапии остановимся на них подробнее.

Результаты многочисленных работ, посвященных изучению ЭЭ и проведенных в разных странах и культурах, полностью корреспондируются друг с другом и подтверждают со всеми статистическими выкладками следующий вывод. **Если в семье больного шизофренией или депрессией хотя бы кто-то из проживающих с ним родственников склонен переживать и выражать большое число негативных эмоций по отношению к больному, то у этого больного резко (более, чем в вдвое) повышается риск повторного приступа и неблагоприятного течения болезни, по сравнению с больными, родственники которых имеют низкий уровень эмоциональной экспрессивности, т.е. не склонны выражать отрицательные эмоции по отношению к больному.**

Под эмоциональной экспрессивностью имеется в виду высота тона, интонация и эмоциональное содержание высказываний. Традиционно измерение индекса ЭЭ проводится с помощью Кэмбервильского семейного интервью (CFI), разработанного группой Броуна (*Brown, Rutter, 1966*). Интервью представляет собой полуструктурированный опросник, включающий пять показателей эмоциональной экспрессивности:

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

Наиболее сложным показателем является сверхвключенность, которая представляет собой современную характеристику того, что психоналитики Р.Лидз и Т.Лидз (*Lidz, Lidz, 1976*) и М.Боуэн (*Bowen, 1972*) называли симбиотической связью. Это понятие предполагает сверхконтроль, повышенную эмоциональную включенность во все дела и проблемы больного, нередко сопровождающуюся самопожертвованием и гиперпротекцией, а также эмоциональной экзальтацией в виде, например, чрезмерного восхваления и т.д. Следует отметить, что сам термин –

эмоциональная экспрессивность является не очень удачным. Он создает иллюзию, что можно переживать отрицательные эмоции, но никак не выражать их. В соответствии с этим заблуждением может создаваться впечатление, что главное – обучить родственников не выражать отрицательные эмоции. Между тем, существующие негативные установки и эмоции обязательно находят более или менее косвенное выражение в поведении, по крайней мере, невербальном. Наконец, такая характеристика ЭЭ, как сверхвключенность, характеризует далеко не только выражение эмоций, но и общую организацию жизни семьи. Все это следует учитывать, рассматривая исследования по эмоциональной экспрессивности. За тем, что называется ЭЭ, фактически стоит *качество отношений* между членами семьи и, соответственно, *качество переживаемых эмоций*.

Родственник рассматривается как имеющий высокий индекс ЭЭ, если он или она делает шесть и более *критических замечаний* во время CFI, 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 высокий индекс ЭЭ.

В семьях больных как шизофренией, так и депрессией, высокий индекс ЭЭ в разных культурах оказался надежным предиктором последующего рецидива заболевания, позволяя надежно выявлять стрессогенное семейное окружение. Напротив, низкая ЭЭ не является нейтральной, а ассоциируется с лучшим выходом из болезни (*Vaughnn, Leff, 1976*). Во всех исследованиях отмечается негативная корреляция между показателями тепла и высоким уровнем ЭЭ. В интервенционных исследованиях Лефа и соавторов было показано, что снижение уровня критицизма в результате работы с семьей сопровождается повышением тепла. Таким образом, низкий индекс ЭЭ и высокий уровень тепла ассоциируются с поддержкой и помощью в преодолении стрессов.

Больные депрессией оказались даже более чувствительными к критике, чем больные шизофренией, и для них границей, за которой начинается неблагоприятное течение заболевания, является всего три критических замечания на основе Кэмбервильского интервью. Женщины, страдающие бу-лимией, также гораздо чаще испытывают приступы обжорства, если супруг склонен к чрезмерной критике.

Исследователи также приходят к выводу (*Leff, 1989*), что в семейных интервенциях важно не снижение уровня эмоциональной экспрессивности само по себе, а изменение стоящих за высокой ЭЭ дисфункциональных отношений в семейной системе, что требует работы со всей семьей, включая больного. 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

исследованиях Tarrier (1979, 1986) показано, что в присутствии родственников с высоким индексом ЭЭ у больных на соответствующей аппаратуре регистрируются все физиологические корреляты психологического стресса.

Общая позитивистская ориентация этой традиции – изучать внешнее поведение, т.е. в данном случае проявление эмоций, опасна новой и обманчиво научно-обоснованной дискредитацией эмоций как деструктивной силы. Поэтому следует еще раз подчеркнуть, что отрицательные эмоции лишь отражают дисфункциональные отношения в семье, и сигнализируют о необходимости их изменения. Конструктивным может быть только изменение этих отношений, ведущее к уменьшению отрицательных эмоций, но не отказ от эмоций вообще как вредных для психического здоровья.

### **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК БАЛАНС АФФЕКТА И ИНТЕЛЛЕКТА**

Культ эмоций, однако, так же опасен, как и культ рации (как любой культ или крайность вообще). Психическое здоровье – это прежде всего **баланс различных психических свойств и процессов** (баланс между умением отдать и взять от другого, быть одному и быть среди людей, любви к себе и любви к другим и др.). В случае проблемы эмоций речь идет о балансе аффекта и интеллекта, т.е. свободы и права на выражение чувств со способностью осознавать их и управлять ими.

Напомним исследование двух эскимосских этносов (*Eaton, Well, 1955*). В сообществе эскимосов, где чувства выражались более свободно, детей в большей степени баловали и воспитывали без особых требований с установкой на немедленное удовлетворение потребностей, депрессии почти не встречались, зато можно было наблюдать истерические реакции и конверсионные симптомы, которые возникали чаще всего в случае отказа и невозможности удовлетворить какое-либо желание. Современная западная культура, напротив, требует от человека слишком многого в смысле внешнего благополучия и достижений.

Процитируем одного из современных писателей философско-психологической ориентации, пытающегося вскрыть конфликты современного человека: «Чрезмерные требования к себе губят большинство человеческих жизней... За последнее десятилетие сознание человека изменилось очень сильно, мир его чувств – значительно меньше. Отсюда разрыв между интеллектуальным и эмоциональным уровнем. У большинства из нас имеются чувства, которых мы предпочли бы не иметь. Существуют два выхода, и оба никуда не ведут: либо мы, насколько возможно, подавляем наши примитивные эмоции, рискуя при этом и вовсе убить мир своих чувств, либо называем недостойные чувства другими именами – наклеиваем на них фальшивый ярлык, угодный нашему сознанию. Чем утонченнее и изощреннее наше сознание, тем многочисленнее, тем благороднее лазейки, которые мы изыскиваем, тем

остроумнее самообман. Завышенные требования к себе обязательно приводят к необоснованным угрызениям совести: один ставит себе в укор, что он не гений, другой, что, несмотря на все старания, не стал святым. Сознавая свои поражения, мы, однако, не понимаем их как сигналы, как симптомы неправильного устремления, уводящего нас прочь от себя, странным образом наше тщеславие направлено не на сближение с собой, а на дальнейший разрыв» (М.Фриш).

Парадокс заключается в том, что запрет на эмоции делает бессмысленной и неэффективной рефлексию – главное средство человеческого самопознания и саморегуляции, имеющее интеллектуальную природу (*Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989*). Ведь по настоящему эффективный самоанализ возможен только при условии понимания своих реальных чувств. Иначе человек все дальше уходит от самого себя, от своих проблем и противоречий, которые презентуются нам в наших чувствах. Его выборы и решения оказываются ложными, и он проживает чужую жизнь, подобно герою выше процитированного произведения М.Фриша. В этом, на наш взгляд, ярче всего проявляется единство аффекта и интеллекта, о котором писал Л.С.Выготский (*Выготский, 1984*).

**И все же за человеком всегда остается выбор: казаться сильным и благополучным или принять «мирской удел» и быть – быть человеком со всеми слабостями и проблемами, предполагаемыми человеческой природой.** Как писал великий психоаналитик К.Г.Юнг: «Утаивание своей неполноценности является таким же первородным грехом, что и жизнь, реализующаяся исключительно через эту неполноценность. То, что каждый, кто никогда и нигде не перестает гордиться своим самообладанием и не признает свою богатую на ошибки человеческую сущность, ощутимо наказывается, – это похоже на, своего рода, проявление человеческой совести. Без этого от живительного чувства быть человеком среди других людей его отделяет непреодолимая стена» (*Юнг, 1993, с.17*).

## ЛИТЕРАТУРА

- Васко А., Гарсиа-Маркес Л., Драйден У. «Психотерапевт, познай самого себя»: диссонанс между метатеоретическими и личностными ценностями психотерапевтов разных теоретических ориентации. МПЖ, 1996, № 3.*
- Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости. Собрание сочинений, 1984, т.5, с.231-256.*
- Выготский Л.С. Мышление и речь. Собрание сочинений, 1984, т.2, с.5-295.*
- Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия). В сб.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология» (под ред.*

- Смулевича А.Б.), М., 1994, с.19-28.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия невротиков с соматическими масками. Часть I: Теоретические основания подхода. МПЖ, № 2, 1994, с.29-50.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия невротиков с соматическими масками. Часть II: Практическая реализация подхода. МПЖ, 1996, № 1, с.59-71.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств. МПЖ, 1996, № 3, с.112-140.
- Голсуорси Дж. Всегда быть первым.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция в норме и патологии. // Психологический журнал, 1989, № 2, с.12-24.
- Ким Л.В. Кросскультуральное исследование среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея. Автореф. канд. дисс., Москва, 1997.
- Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. Москва, Политиздат.
- Международная классификация болезней (10-ый пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Россия, Санкт-Петербург. Оверлайд, 1994.
- Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Москва, Наука, 1946.
- Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В.. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели). В сб.: «Ипохондрия и соматоформные расстройства», под ред. А.Б.Смулевича. М., 1992, с.8-17.
- Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ; том 1, Москва, Прогресс, 1996.
- Фриш М. Штиллер.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоции и психическое здоровье. Вестник реабилитационной и коррекционной работы, 1996, 1.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоформных расстройств. МПЖ, 1996, № 3, с.141-163.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Способы саморегуляции при расстройствах аффективного спектра. Методические рекомендации (сданы в печать).
- Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Москва, Прогресс, 1993.
- Хорни К. Наши внутренние конфликты. Москва, Юрист, 1995.
- Шиньон Ж.М. Эпидемиология и основные принципы психотерапии тревожных расстройств. Синапс, 1991, № 1, с.15-30.
- Шульц Д., Шульц С. История современной типологии. С.-Петербург, Евразия; 1998.

- Юнг К. *Проблемы души нашего времени*. М.; Прогресс, 1993.
- Asper K. *The abandoned Child within. On losing and regaining selfworth*. NY, 1993.
- Arieti S., Bemporad J. *Depression. Krankheitsbild, Entstehung, Dynamic un psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1983.
- Beck A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. 1976, American book, New-York, 1976.
- Brown G., Rutter M. *The measurment of family activities and relationships*. *Human Relations*, 1966, 241-63.
- Brown G.W., Harris T.O. *Social origins of depression*. London; Tavistock.
- Bowen M. *The Use of Family Theory in clinical practice*. In: *Changing Families.*, NY, 1971, p.73-91.
- Eaton J.W., Weil R.J. *Culture and mental disorders*. Glencoe (Free Press), 1955a.
- Eaton J.W., Weil R.J. *The mental health of the Hutterites*. In: A.M.Rose (Hrsg.): *Mental health and mental disorders*. New-York (Norton), 1955b.
- Faroog M.S., Cahir E., Oky J., Sheith, Ogebode F. «Somatisation» – a transkulturel study. *J. Of Psychosomatic Research*, 1995, v. 39, N 7, p.883-888.
- Gordon S.L. *The socialisation of childrens emotions: emotional culture, competence, and exposure*. In: Saarni (Ed.) *Childrens understanding of emotion*. Cambridge. University Press, 1989, p.319-349.
- Keitner G.I., Miller I.W. *Family Functioning and Major depression: An overview*. *Am. J-l of Psychiatry*, 147: 9, Sept. 1990, p.1128-1138.
- Leff J. *The International J-l of Social Psychiatry*, 1989, Vol.35, N 2, 133-145.
- Levy R. *The emotions in comparative perspective*. In: Scherer K.R., Ekman P. (Hrsg.) *Approaches to emotion*, Erlbaum, Hulsdale, 1985, p.397-412.
- Lidz R., Lidz T. *The Family Environment of Schizophrenic Patients*. *Amer. J. of Psychiatry*; Wash. 1949, v.106, N 5, p.332-345.
- Lipowsky J. *Somatisation: its definition and Concept*. *American journal of Psychiatry*, 1989, 147, 7, p.521-527.
- Parker S. *Eskimo psychopatology in the context of eskimo personality and culture*. *American anthropologist*, 1962, 64, p.76-96.
- Ulich R.I. *Kinder, Jugendliche, Gefuhle, Umwelt-Sozialisation und Entwicklung van Emotionen*. In H.Petzold (Hrsg.) *Die Wiederentdeckung des Gefuhles*. Junfermann Verlag, 1995, s.119-135.
- Vaughnn C.E., Leff J.P. *The influens of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*. *British Journal of Psychitry*, 155, 157-165.