

СОВРЕМЕННАЯ СЕМЬЯ В АСПЕКТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНЦИИ

Е.В. Гуткевич (Томск)

Аннотация. Рассмотрены социально-психологические факторы, определяющие тенденции развития современной семьи; проблемы, обуславливающие нарушения здоровья ее членов, а также ресурсы психологии в комплексе с медицинскими и генетическими программами. Обсуждаются психологические (личностные и семейные), генеалогические и научно-организационные аспекты комплексных исследований психического здоровья семьи как системы, даются определения онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, семейно-генетического кризиса, многоуровневой модели функционирования семьи, приводятся данные о процессе семейно-генетической превенции психических расстройств и генетико-психологического консультирования семьи.

Ключевые слова: семья; психологический и семейно-генетический кризис; психические расстройства; генетическая превенция; комплексные программы медико-генетической и психологической помощи.

Современный период описывается как «глобальная демографическая революция, когда масштаб существенных социальных изменений, происходящих в течение жизни человека, стал столь значительным, что ни общество в целом, ни отдельная личность не успевают приспосабливаться к стрессам от перемен миропорядка» [9]. В междисциплинарных исследованиях современный этап развития цивилизации рассматривается как кризисный для классической нуклеарной семьи, что обусловлено изменением потребностей личности, а также потребностей и возможностей семьи как социальной группы [8, 11]. Проблема адаптируемости (дезадаптируемости) семьи и личности приобретает в Российской Федерации особое значение в течение последних лет (начало XXI в.), для которых характерны радикальные социально-экономико-культуральные преобразования. В результате возникли устойчивые очаги нарушения социальной адаптируемости взаимодействующих общественных групп, к которым относится и семья. В современном обществе стали заметны социально-дезадаптированные типы семейных отношений с нарушениями социально-ролевых позиций членов семьи, взаимодействия между ними [4, 16]. С другой стороны, в настоящее время со всей очевидностью проявляются признаки кризиса детства – это распространение среди детей и подростков наркомании, неуклонно «молодеющая» подростковая преступность, массовая беспризорность и безнадзорность, рост социального сиротства, спровоцированные общим социально-политическим кризисом [2]. Социальный

кризис приводит к неуверенности, неопределенности в построении взаимоотношений взрослых с детьми, процесс психического развития которых есть результат не воздействия общества на ребенка, а их взаимодействия. Нашему обществу угрожают риски «доминирования детской спонтанности» в силу социального и идеологического кризиса, когда многие варианты психического развития, которые ранее оценивались как нормальные (некоторая инфантильность), сейчас воспринимаются как отклонение от нормы. Такие отклонения могут трактоваться как девиантность – «отклоняющееся поведение, деятельность человека (группы людей), не соответствующая сложившимся в данном обществе нормам (образцам) поведения, социальным ожиданиям» [10].

Изменения семьи связаны с изменением роли личности, все большим ее значением в современной социальной жизни, нарастанием индивидуализма в структуре личности. Эта глобальная тенденция начинает противоречить традиционным представлениям о жизненном цикле семьи. Семья существует и как социальный институт, и как малая группа. Процесс семейного функционирования является комплексным, многоаспектным. Каждая функция семьи – репродуктивная, воспитательная, хозяйственно-бытовая, экономическая, первичный социальный контроль, духовное общение, предоставление социального статуса, досуговая, эмоциональная и сексуальная – имеет два аспекта, две направленности [12]. Первая направленность – по отношению к обществу, вторая – по отношению к индивиду. Поэтому социальную адаптацию определяют как «вид взаимодействия личности или социальной группы с социальной средой, в ходе которого согласовываются требования и ожидания его участников» [15]. А.А. Северный трактует социальную дезадаптацию как «нарушение взаимодействия индивидуума со средой, которое характеризуется невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям и запросам» [14].

В современных условиях преимущественное значение приобретают индивидуально-психологические стимулы и преобладает психологическая мотивация семейного развития, т.е. при усложнении внутренней структуры личности «семейная» мотивация развивается, усложняется, становится многоаспектной. При этом настоящий этап развития представлен многообразием моделей семейно-ролевого функционирования. Прослеживается отчетливая тенденция увеличения числа детей, рожденных вне зарегистрированного брака, в так называемом «незарегистрированном сожительстве» (консенсуальный или гражданский брак). Кроме того, выявляется значительное число семей, не желающих иметь детей (сознательно бездетный брак). Наряду с традиционными вариантами возникают нетрадиционные модели семьи (семья-конкубинат, групповой брак, годвин-брак, материнская семья, гомосексуальные семьи). В своем развитии семья стремительно идет от

многодетности, среднетности к малодетности, преобладает одиодетная семья. Растет число одиодетных людей и людей, сознательно избегающих вступления в брак. Прогнозы развития модели семьи свидетельствуют об увеличении числа разводов (последовательная моногамия), что также неблагоприятно скажется на здоровье членов семьи и в первую очередь детей, преобладании неполных «материнских семей», а также семей с людьми преклонного возраста (вдовствующая семья). Кроме того, существуют перспективы роста «усыновленного родительства», различных форм суррогатного материнства и искусственного оплодотворения, семей с инвалидами и хронически больными людьми. Таким образом, спектр кризисных семейных ситуаций, требующих обращения за психологической помощью, достаточно широк. Он включает условия дисгармоничного прохождения жизненных циклов семьи, а также психотравмирующие обстоятельства.

При этом наблюдается неслучайность различных моделей семьи, т.е. девиаций в семейных отношениях [15]. В качестве социально-дезадаптированной представляется целесообразным рассматривать такую семью, которая обладает как минимум одним из трех социальных «квасисвойств» – кровного родства, порождения и свойства [3]. Например, что касается порождения, то его социальным квазианалогом может быть ЭКО в различных формах (от «пробирочного» оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом донора до «суррогатного» материнства). Под свойством понимается личностное взаимодействие супругов и других членов семьи. Также социально-дезадаптированная семья: не обеспечивает прожиточного минимума своим членам и простого воспроизводства населения, и / или в целом ее количественная структура в социальном и правовом контексте является «отклоняющейся от нормы»; социально-психологические показатели ее функционирования неоптимальны, и / или ее член(-ы) не удовлетворяют своих базовых, соответствующих возрасту потребностей или страдают физическими / психическими заболеваниями; совершили преступление / правонарушение; имеют минимальный уровень образования и профессиональной квалификации; в отношении такой семьи (или отдельных ее членов) общественное мнение настроено негативно (или неоднозначно), а правовые нормы являются преимущественно запретительными (ограничивающими) или помогающими. В основном семьи, испытывающие трудности, – это многодетные семьи, семьи с приемными или больными детьми и вдов(-ц)ы с детьми. Общественное мнение, опирающееся на здравый смысл, и юридические нормы, в которых закреплены определенные типы семейных отношений, права и обязанности членов семьи, являются «внешними», «фоновыми» критериями социально-дезадаптированной семьи. «Внутренние» критерии, присущие функционированию такой семьи, следующие: «качество жизни» семьи (материальные средства для поддержания жизни – физиологический прожиточный минимум, минимальная потребительская корзина, минимальная зар-

плата, пенсия и т.п.); количественное воспроизводство населения (замещение поколений складывается из трех демографических процессов: рождаемости, смертности и (им-)миграции); хорошие взаимоотношения в семье. Одним из наиболее значимых фундаментальных параметров можно считать состояние здоровья (физического и психического) людей. Его резкие отклонения от нормы (хронические заболевания, приобретенная инвалидность и т.п.), как правило, связаны с той или иной мерой социальной дезадаптации личности и препятствуют выполнению семьей своих основных функций. Таким образом, семья с социально-дезадаптированным(-и) членом(-ами) – это семья, где присутствует хроническое заболевание даже одного из членов семьи, которое с неизбежностью изменяет структуру межличностных внутрисемейных отношений, увеличивая нагрузку остальных членов семьи, меняя весь ее образ жизни. А с точки зрения общества свидетельствует, по меньшей мере, о частичном «уменьшении социального качества» одного из ее членов. Нестабильность семьи как социального института порождает переживание неустойчивости, усиление тревожности, что приводит к дезадаптации и нарушениям здоровья у ее членов [1, 13].

В современных программах сохранения психологического и психического здоровья необходимо учитывать как биологические (генетические), так и социально-психологические составляющие, обуславливающие нарушения здоровья у членов семьи. Однако нередко из двух путей освоения семейной психологической культуры – стихийного и управляемого – преобладающим остается первый. Это приводит к росту эмоционального напряжения, ухудшению здоровья и семейным дисфункциям. Современное российское общество испытывает потребность в создании новых организационных форм психологической помощи семье (системные медико-психологические модели), реализующих программы оздоровления семейных отношений с помощью психолого-образовательных технологий и психологических практик.

«Семейную социологию» можно рассмотреть на примере Томской области [7]. В регионе преобладают варианты семей, проживающих в городских условиях (2/3 семей); 87% населения «проживает совместно с семьей». По составу семьи характеризуются малочисленностью (средний размер семьи – 3,3), значительно число неполных семей. По длительности совместного проживания семьи чаще всего распадаются после одного-пяти лет совместного существования. Регистрация заключения браков в 2010 г. в Томске увеличилась на 3% (5 393). Уменьшилось число разводов. Если в 2009 г. было зарегистрировано 5 773 акта о расторжении брака, то в 2010 г. – 5 115 актов. В Томске в 2010 г. появилось на свет 8 457 томичей, что на 103 больше, чем в предыдущем.

Для исследования проблем семей мы использовали системный подход, который задает новые принципы, такие как понимание системы как саморазвивающейся; неотделимость изучения системы от условий ее су-

ществования; иерархичность строения систем, при которой один и тот же субстрат обладает разными характеристиками, параметрами, функциями [17]. Мы предлагаем многоуровневую модель функционирования семьи, которая включает: индивидуальный уровень – отдельный член семьи, микросоциальный – нуклеарная семья, микросоциум – расширенная семья, макросоциальный уровень – семья и социальное окружение [4]. При этом считаем, что совокупность психологических качеств, необходимых члену семьи, представлена семейно-необходимыми качествами: широкий круг потребностей, способностей, навыков и умений, волевых, эмоциональных и личностных качеств. При психическом расстройстве члена семьи у родственников разного возраста травмируются именно семейно-необходимые качества, нарушаются личностные предпосылки и мотивационное обеспечение решения семейных проблем, изменяется адаптируемость семьи.

В то же время семья является источником не только социально-психологических отношений между близкими людьми, но и генетического наследования здоровья и болезней. Развертывание генной (биологической) программы в процессе становления человека сочетается с реализацией программы социального наследования, что может проходить в условиях семейно-генетического кризиса [5]. Семейно-генетический кризис мы определяем как один из семейных кризисов, когда происходят такие этапные жизненные события (в рамках онтогенетического цикла семьи), как создание семьи и брак, планирование и рождение детей, развод, бездетность супругов, патология беременности, рождение ребенка с психическим расстройством, развод, психическое заболевание одного из членов семьи в разном возрасте и др. Таким образом, семейно-генетический кризис – это состояние семейной системы, характеризующееся нарушением гомеостатических процессов, приводящим к фрустрации привычных способов функционирования семьи и невозможности справиться с новой ситуацией, используя старые модели поведения. При этом выделяются две линии дальнейшего развития семьи: 1) деструктивная, ведущая к нарушению семейных отношений и содержащая опасность для их существования, и 2) конструктивная, включающая ресурсную составляющую. В процессе адаптации к новым условиям существования в семье происходит перераспределение функций, обязанностей, пересмотр межличностных отношений. В кризисной ситуации может происходить блокировка актуальных потребностей членов семьи, что становится причиной нарушения здоровья и формирования симптоматического поведения, которое закрепляется окружением.

Целью исследования стало установление семейно-генетических и генетико-психологических механизмов развития психических расстройств на основе авторской многоуровневой модели функционирования семьи психически больного для определения индивидуальных разноуровневых рисков, повышения качества жизни и социального функционирования больных и членов их семей.

Материалы и методы: определение качества жизни пользователей психолого-психиатрической помощи – родственников больных психическими расстройствами; клинико-генеалогический анализ родословных; комплекс опросников, тестов исследования социально-психологических особенностей семей (генеграмма, социограмма; определение мотивационных особенностей и индивидуальных копинг-стратегий членов семьи, тест «Возраст. Пол. Роль»); опросники «Участника программы помощи семье», «Оценка эмоциональной и инструментальной поддержки психически больного» (G. Sommer, T. Fydrich), «Оценка проблем, возникающих при уходе за больными родственниками» (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер); «Шкала оценки нагрузки на семью» (G. Szmulker et al.), «Карта оценки уровня знаний о психической болезни» (Л.И. Сальникова, Л.Г. Мовина); определение семейной адаптации и сплоченности (FACES-3, Э.Г. Эйдемиллер и др.) с выявлением семейных стратегий поведения и функционального ресурса семьи (Н.М. Лаврова, В.В. Лавров); составление экокарты (метасреда) и социальной сети (опросник S.L. Phillips); генетико-математическое моделирование. Исследованы 502 семейные системы (пациент (пробанд) и его родственники) больных различными психическими расстройствами в возрасте от 3 до 73 лет. Все пациенты (или родители / замещающие их лица) были проинформированы о целях и процедуре исследования и дали письменное информированное согласие на участие в нем.

Результаты исследования показали, что качество жизни родственников страдает, они ощущают на себе бремя ухода за больным и испытывают чувства подавленности, изолированности, страха за судьбу больного родственника. Для половины родственников одним из главных последствий заболевания члена семьи является ухудшение собственного здоровья и обострение денежных вопросов в семье. Одна треть родственников отмечает резкое ограничение контактов с друзьями, знакомыми и другими людьми. У родственников происходят нарушения семейных взаимоотношений. В семьях геронтопсихиатрических пациентов с деменцией на вопрос: «Хотели бы Вы определить у себя (у своих родственников) наличие риска развития отклонений в психическом здоровье?» были получены как положительные, так и отрицательные ответы. Хотя на вопрос: «Попытались бы Вы изменить свой образ жизни (отказаться от вредных привычек, придерживаться диеты, пройти дополнительное обследование, принимать лечение и др.) в случае повышенного риска?» были получены в основном положительные ответы. При оценке социальной интеграции, доверительных связей и удовлетворенности социальной поддержкой выявлено, что чаще всего у пациентов с шизофреническими психическими расстройствами эмоциональных контактов и доверительных отношений практически нет (с родственниками в том числе), резко ограничены контакты в макросреде (на работе, с врачами), часто они «чувствуют себя аутсайдерами» и «хотели бы больше понимания и внимания от других

людей». При этом есть достаточные знания о своей психической болезни (симптомы, течение, лечение, побочное действие лекарств), недостаточные – об обострении и поведении при этом, о формах помощи. Только у половины пациентов нет желания обсуждать опыт и участвовать в группе, а также получать сведения о службах и формах помощи при психических расстройствах. Родственники пациентов с шизофреническими расстройствами отмечают особенности семейных взаимоотношений (бремя ухода за больным, ответственности за его судьбу, ухудшение собственного здоровья, появление опасений за здоровье других членов семьи и др.). Однако при этом чаще они не хотели бы обсуждать свой собственный опыт в группах с другими лицами, но желали бы получить дополнительные сведения о службах и формах помощи при психическом заболевании. Родственники часто в течение последнего месяца (особенно перед госпитализацией больного) распознавали его болезненное состояние, иногда или часто они постоянно думали о больном, сблизилась с другими членами семьи, почти всегда обеспечивали его благополучие, при этом «чувствовали себя полезными».

В группе родственников больных шизофреническими расстройствами первой степени родства психопатологию имеют 16,8% лиц, в том числе шизофрения отмечена в 1,9% случаев. В группу риска входят в среднем 1,2 сибса, 0,3 ребенка и 0,07 внука. В семьях лиц с пограничными психическими расстройствами общая психопатология родственников составляет 18,8%, в группу риска входят 1,4 сибса, 1 ребенок и 0,2 внука. Большинство семей детей с психическими расстройствами являлись нуклеарными (родители, дети), при этом пятая часть семей (22%) живет с другими, кроме супругов и детей, родственниками. Почти четверть семей – неполные (мать и дети, иногда другие родственники). Замужем (жены) 86 родителей (78,9%), в разводе только 1 мужчина и 14 женщин (16,5%). В регионе Сибири семьи с детьми с психическими расстройствами в основном полные, браки родителей гомолокальные, возраст родителей до 35 лет в 2/3 случаев, родители имеют образование выше среднего. Однако в трети семей мать в возрасте старше 35 лет, а отец – почти в половине семей. В четверти семей – только мать и дети, развод произошел после рождения больного ребенка. 40% семей, где есть дети с психическими расстройствами, планируют дальнейшее деторождение, репродуктивные установки, как положительные, так и негативные, зависят прежде всего от наличия в семье других детей, от возраста родителей и присутствия отца. Родители, которые собираются родить детей еще, характеризуются следующими психологическими особенностями: принимают ответственные решения в жизни, долго обдумывая, взвешивая все «за» и «против»; иногда пользуются прогнозами в различных жизненных ситуациях; при возникновении затруднительной ситуации на работе делают все, чтобы ее преодолеть, а дома – своими действиями чаще усугубляют затруднительную ситуацию; их сильно расстраивает необходимость отка-

заться от давно задуманного; они не любители нового, разнообразия, даже риска, если того требуют обстоятельства; и, наконец, их нельзя считать людьми, которых обычно трудно в чем-то переубедить. В 50,6% семей детей с психическими расстройствами есть другие дети. В 45 семьях (49,4%) других детей нет. Среди них планируют деторождение 24 семьи (53,3%), что в два раза больше группы семей, где есть дети. Функционирование семейной системы при нарушениях психического здоровья у членов семьи характеризуется особенностями семьи и нарушениями жизненного цикла семьи, приводящими к фрустрации привычных способов функционирования семьи, среднесбалансированными формами семейной адаптации, средним функциональным ресурсом семей с ситуационно обусловленными дисфункциональными стратегиями, ограниченным взаимодействием с метасредой. Определены эмпирические риски возникновения шизофренических, непсихотических (истерических) и детских психических расстройств, возрастнoзависимые мишени их превенции.

Семейно-генетическая превенция в общепопуляционном смысле позволяет снижать груз патологической наследственности, цель же отдельной консультации – помощь семье в принятии решения в связи с различными проблемами, возникающими при наличии семейно-генетического кризиса на разных этапах онтогенетического цикла семьи. Семейно-генетическая превенция является совокупностью различных видов деятельности и представляет собой коммуникативный процесс в цепи взаимодействий между всеми участниками и действующими при этом факторами [6]. Многоуровневая система взаимодействия предполагает этапность (этапы могут быть последовательными или параллельными), мультидисциплинарность и непрерывность. Основными этапами процесса семейно-генетической превенции являются: 1) оценка и планирование (определение цели, способов, создание программы мероприятий для конкретного больного и его семьи); 2) собственно процесс реализации программы, разработанной на предыдущем этапе, включающий различные вмешательства (генетико-диагностические, генетико-психологические; генетико-психотерапевтические и др.); 3) достижение результата в соответствии с поставленной целью; 4) комплексная оценка эффективности проделанной работы с применением традиционно используемых объективных критериев и субъективного описания пациентом и его семьей процесса. Описывается действующая функциональная модель Центра семейно-генетической превенции и адаптации «Психическое здоровье семьи» с группами: диагностики (общеклинические, генетические, генетико-психологические, семейно-генетические исследования, нутригенетическая диагностика); врачей и специалистов (генетик, психиатр, психолог, психотерапевт, специалист по этике; юрист и социальный работник) и врачей-консультантов; группа «Биобанки ДНК»; группа по фармакогенетике; группа «семейно-генетического регистра» и «пас-

порта здоровья семьи»; группа семейно-генетической превенции (превентивной диспансеризации групп риска) и группа адаптации и реабилитации семьи в макросоциуме.

Особое значение в превентивных мероприятиях занимает поддержка семей. На сегодняшний день в системной семейной психокоррекции известно множество вариантов обозначений семейных вмешательств. Выделяют три больших категории семейных интервенций: образование семьи и поддержка, психообразование семьи, семейная терапия [19, 20]. Образование семьи подразумевает информирование семьи о целях лечения и способах совладания с болезнью. Психообразование – подход, при котором, помимо получения информации о болезни и ее лечении, участники обучаются проблемно-разрешающему поведению, копинг-стратегиям. Семейная терапия проводится семейным психотерапевтом, который в своей работе опирается на определенную теоретическую концепцию, когда в центре внимания находятся внутрисемейные взаимодействия.

В центре «Психическое здоровье семьи», с одной стороны, осуществляется психологическая поддержка пациентов и их родственников. Проводится психообразовательная работа с семьями, работает «Генетический семинар для семей», «Школа управления рисками». С другой стороны, гармонизация внутрисемейных отношений во многом зависит от роли семейных проблем в развитии, сохранении или утяжелении психических расстройств. В программы адаптации больных и их родственников включается помощь специалистов в решении медико-генетических проблем в структуре внутрисемейных отношений. Генетико-психологической службой в составе психолога, психотерапевта (из группы врачей-специалистов) проводится психодиагностическая работа с пациентом и его родственниками: личностно-персонологические методики, в том числе исследование мотиваций, изучение психологических защит и копинг-стратегий (защитно-адаптивной системы) пациентов, и семейно-генетические исследования. Психотерапевтическая психокоррекционная помощь (индивидуальная, семейная, групповая, перинатальная психотерапия и др.) направлена на правильную ориентацию членов семьи в генетических вопросах; помощь в выработке рационального поведения и разноуровневых компетенций у членов семьи (например, мотиваций к реабилитации); изменение структурно-ролевых аспектов жизнедеятельности семьи с учетом психологических, когнитивных особенностей её членов (коррекция родительно-детских отношений с переходом от оценочной позиции с формированием беспомощности у ребенка к генеративному подходу с включением в систему прародителей – бабушек и дедушек – и отцов); выработку индивидуальных и семейных стратегий совладания с кризисом, адекватных копинг-стратегий для решения семейных проблем; развитие навыков проблемно-разрешающего поведения, эффективных внутри- и метасемейных действий, соединения вербальной и невербальной коммуникации с исполь-

зованием информационно-коммуникативных технологий, интернет-коммуникации. Группа адаптации и реабилитации в макросоциуме при совместном участии врача-психиатра и врача-генетика, психолога и психотерапевта, специалиста по этике, социального работника и юриста занимается социальной интеграцией больного и его семьи в обществе; расширением внешних ресурсов для восстановления и поддержки психически больных и членов их семей; улучшением социального функционирования и качества жизни психически больных.

Таким образом, анализ развития современной семьи и ее членов как отдельных личностей и системы в целом позволяет оказывать семейно-генетическую и генетико-психологическую помощь пациентам с нарушениями психического здоровья, когда на всех этапах ведущими направлениями являются: определение стадии онтогенетического цикла семьи и наличия семейно-генетического кризиса, психолого-диагностическая работа с пациентом и его родственниками, диагностика проблем семейной системы, генетико-психологическое консультирование, психокоррекционная психотерапевтическая помощь.

Литература

1. Андреева Т.В. Семейная психология. СПб. : Речь, 2004. 244 с.
2. Венгер А.Л. Ребенок в обществе: Исторический кризис детства // Вопросы психологии. 2008. № 4. С. 3–12.
3. Голод С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ. СПб. : Петрополис, 1998. 272 с.
4. Гуткевич Е.В. Семейная адаптация и психическое здоровье семьи // Психическое здоровье семьи в современном мире : тез. докл. Межрегиональной научно-практической конференции (Томск, 8 октября 2009 г.) / под ред. В.Я. Семке. Томск : Иван Федоров, 2009. С. 29–32.
5. Гуткевич Е.В., Семке А.В., Семке В.Я. Семья психически больного в системе социальных координат (российские исследования). Семейно-генетический кризис // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 1. С. 71–76.
6. Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Лебедева В.Ф. Служба семейно-ориентированной генетической превенции психических расстройств – современное направление специализированной помощи населению // Современные направления в оказании психиатрической помощи населению : сборник тезисов докладов региональной научно-практической конференции, посвященной 115-летию психиатрической службы Омской области (Омск, 29–30 ноября 2012 г.) / под ред. В.Я. Семке, Н.А. Бохана. Томск : Иван Федоров, 2012. С. 63–67.
7. Здравоохранение Томской области : статистический сборник. 2009. Томск, 2010. 10 с.
8. Змановская Е.В., Карташова Т.Е. Психологические детерминанты деструктивных супружеских конфликтов в условиях кризиса института семьи и брака // Вестник психотерапии. 2013. № 45. С. 62–75.
9. Ковалева А.И. Социализация личности: норма и отклонение. М. : Институт молодежи, 1996. 224 с.
10. Капица С. Парадоксы роста: Законы развития человечества. М. : Альпина нон-фикшн, 2010. 192 с.
11. Лоренц К. Так называемое «Зло» / под ред. А.В. Гладкого ; сост. А.В. Гладкий, А.И. Федоров ; послесл. А.И. Федорова. М. : Культурная революция, 2009. (Серия «Современные классики»). 616 с.

12. Мацковский М.С. Социология семьи: проблемы теории, методологии и методики. М. : Наука, 1989. 116 с.
13. Олифорович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб. : Речь, 2006. 360 с.
14. Северный А.А. Проблема междисциплинарного взаимодействия в коррекции школьной дезадаптации // Особый ребенок: исследования и опыт помощи : материалы семинара «Организация службы социально-психологической помощи детям с острой школьной дезадаптацией и их семьям» (Москва, 4–7 мая 1998 г.) / под ред. А.А. Цыганок. М. : Теревинф, 1998. Вып. 1. С. 87–103.
15. Солодников В.В. Социология социально-дезадаптированной семьи. СПб. : Директ, 2007. 384 с.
16. Шапошникова Т.Е. Общественные и личностные функции семьи // Психотерапия. 2007. № 10. С. 10–13.
17. Юдин Э.Г. Методология науки. Системность. Деятельность. М. : Эдиториал УРСС, 1997. 450 с.
18. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для врачей и психологов. СПб. : Речь, 2005. 366 с.
19. Campbell T.L. Effectiveness of family interventions for physical disorders // J. marital Family Ther. 2003. Vol. 29, № 2. P. 263–281.
20. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // Schizophr. Bull. 2006. Vol. 32, № 1. P. 64–80.

Gutkevich Elena V. FSBI “MHRI” SB RAMSci (Tomsk, Russia). E-mail: gutkevich.elena@rambler.ru

MODERN FAMILY IN ASPECT OF PSYCHOLOGY OF HEALTH OF THE PERSONALITY: PROBLEMS OF DEVELOPMENT AND POSSIBILITIES OF PREVENTION.

Key words: family; psychological and family-genetic crisis; mental disorders; genetic prevention; complex programs of medico-genetic and psychological help.

Problems of functioning of the family at modern stage of development of the society under complex social-demographic, psychological, ecological and changing conditions of the environment determine the relevance of development of complex approach to solution of mental health problems of all family members. The family as a primary social group where formation of the personality of the individual and his/her attitude toward the surrounding world and as a source of genetic heredity, has close relationship with arising in him/her illnesses and their course. Complex investigations of the family are perspective for study of basic social-psychological, clinical-dynamic, adaptive and other factors in mental disorders of childhood-adolescence, mature adulthood and elder age. Systemic approach allows continuing the development of scientific images in the domain of preventive psychiatry. This report is devoted to consideration of social-psychological factors determining trends of development of the modern family; novel data about family systems observed in modern society have been presented; alternative models of family with transformation of family functions, roles and functioning are described; deviations of family systems being a basic predictor of onset and development of multifactorial deviations of psychological and mental health of family members as well as resources of psychology in complex with medical and genetic programs have been designated. Psychological (personality and family), genealogical, and scientific-organizing aspects of complex investigations of mental health of the family as a system are discussed, special attention has been paid to presence of family (hereditary) history (mental, somatic) among relatives; definition of ontogenetic circle of family with several generations and family-genetic crisis, multi-level model of functioning of the family is given. Results of clinical-genetic-epidemiological, social-psychological investigations of families of mentally healthy children and adolescents of general schools and

boarding schools, children, adolescents and adults with endogenous, non-psychotic and affective mental disorders are introduced. Personality-psychological, motivational characteristics, reproductive attitudes of parents having a child with psychological-psychiatric problems are described. Data about the process of family-genetic prevention of mental disorders and genetic-psychological counseling of the family is introduced. Family-genetic prevention is a totality of various kinds of the activity and represents a communicative process in the network of interactions between all participants and acting factors. Ongoing functional model of Center of Family-Genetic Prevention and Adaptation "Mental Health of Family" based on FSBI "Mental Health Research Institute" SB RAMSci is described.

References

1. Andreeva T.V. *Semeynaya psikhologiya*. SPb. : Rech', 2004. 244 s.
2. Venger A.L. *Rebenok v obshchestve: Istoricheskiy krizis detstva* // *Voprosy psi-khologii*. 2008. № 4. S. 3–12.
3. Golod S.I. *Sem'ya i brak: istoriko-sotsiologicheskii analiz*. SPb. : Petropo-lis, 1998. 272 s.
4. Gutkevich E.V. *Semeynaya adaptatsiya i psikhicheskoe zdorov'e sem'i* // *Psikhiche-skoe zdorov'e sem'i v sovremennom mire : tez. dokl. Mezhtsional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii* (Tomsk, 8 oktyabrya 2009 g.) / pod red. V.Ya. Semke. Tomsk : Ivan Fedorov, 2009. S. 29–32.
5. Gutkevich E.V., Semke A.V., Semke V.Ya. *Sem'ya psikhicheskii bol'nogo v sisteme sotsial'nykh koordinat (rossiyskie issledovaniya). Semeyno-geneticheskii krizis* // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. 2011. № 1. S. 71–76.
6. Gutkevich E.V., Semke V.Ya., Lebedeva V.F. *Sluzhba semeyno-orientirovannoy geneticheskoy preventsii psikhicheskikh rasstroystv – sovremennoe napravlenie spe-tsializirovannoy pomoshchi naseleniyu* // *Sovremennye napravleniya v okazanii psikiatricheskoy pomoshchi naseleniyu : sbornik tezisov dokladov regional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy 115-letiyu psikiatricheskoy sluzhby Omskoy oblasti* (Omsk, 29–30 noyabrya 2012 g.) / pod red. V.Ya. Semke, N.A. Bokhana. Tomsk : Ivan Fedorov, 2012. S. 63–67.
7. *Zdravookhranenie Tomskoy oblasti : statisticheskii sbornik*. 2009. Tomsk, 2010. 10 s.
8. Zmanovskaya E.V., Kartashova T.E. *Psikhologicheskie determinanty destruktiv-nykh supruzheskikh konfliktov v usloviyakh krizisa instituta sem'i i braka* // *Vest-nik psikhoterapii*. 2013. № 45. S. 62–75.
9. Kovaleva A.I. *Sotsializatsiya lichnosti: norma i otklonenie*. M. : Institut mo-lodezhi, 1996. 224 s.
10. Kapitsa S. *Paradoksy rosta: Zakony razvitiya chelovechestva*. M. : Al'pina non-fikshn, 2010. 192 s.
11. Lorents K. *Tak nazyvaemoe «Zlo»* / pod red. A.V. Gladkogo ; sost. A.V. Gladkiy, A.I. Fedorov ; poslesl. A.I. Fedorova. M. : Kul'turnaya revolyutsiya, 2009. (Seriya «Sovremennye klassiki»). 616 s.
12. *Matskovskiy M.S. Sotsiologiya sem'i: problemy teorii, metodologii i meto-diki*. M. : Nauka, 1989. 116 s.
13. Oliforovich N.I., Zinkevich-Kuzemkina T.A., Velenta T.F. *Psikhologiya semey-nykh krizisov*. SPb. : Rech', 2006. 360 s.
14. Severnyy A.A. *Problema mezhdistsiplinarnogo vzaimodeystviya v korrektsii shkol'noy dezadaptatsii* // *Osoby rebenok: issledovaniya i opyt pomoshchi : materia-ly seminarov «Organizatsiya sluzhby sotsial'no-psikhologicheskoy pomoshchi detyam s ostroy shkol'noy dezadaptatsiy i ikh sem'yam»* (Moskva, 4–7 maya 1998 g.) / pod red. A.A. Tsyganok. M. : Terevinf, 1998. Vyp. 1. S. 87–103.
15. Solodnikov V.V. *Sotsiologiya sotsial'no-dezadaptirovannoy sem'i*. SPb. : Di-rekt, 2007. 384 s.
16. Shaposhnikova T.E. *Obshchestvennye i lichnostnye funktsii sem'i* // *Psikhoterapiya*. 2007. № 10. S. 10–13.
17. Yudin E.G. *Metodologiya nauki. Sistemnost'. Deyatel'nost'*. M. : Editorial URSS, 1997. 450 s.
18. Eydemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. *Semeynyy diagnoz i semey-naya psikhoterapiya : ucheb. posobie dlya vrachey i psikhologov*. SPb. : Rech', 2005. 366 c.
19. Campbell T.L. Effectiveness of family interventions for physical disorders // *J. mari-tal Family Ther.* 2003. Vol. 29, № 2. P. 263–281.
20. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, № 1. P. 64–80.