

# Эмпирические психологические исследования семейных факторов психических расстройств

А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова

Московский НИИ психиатрии Росздрава

## РЕЗЮМЕ

Данная статья является продолжением обзора основных направлений семейной психотерапии, представленного в предшествующем номере журнала, и посвящена анализу эмпирических исследований роли семейных факторов в течении и возникновении психических расстройств. Теоретическим основанием для систематизации эмпирических исследований выступает четырех-аспектная модель семейной системы, предложенная А.Б. Холмогоровой и подробно описанная в предшествующем номере. Подчеркивается био-психо-социальная природа психических расстройств, обоснованная современными исследованиями, рассматриваются сложности, с которыми сталкиваются исследователи при изучении семейных факторов. Представлена история изучения влияния семейных факторов на течение шизофрении, связанная с концепцией эмоциональной экспрессивности. Представлены эмпирические исследования роли семейных факторов в возникновении депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств. Указывается на дефицит отечественных исследований семейных факторов психических расстройств, проведенных на основе критериев МКБ-10. Делается вывод о необходимости учета семейных факторов при разработке психопрофилактических программ и важности комплексного лечения психических расстройств, включающего работу с семейной системой, а именно, её структурой, повседневным функционированием, историей и идеологией.

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

Некоторые неудачные формулировки аналитиков (например, шизофреногенная мать) привели к тому, что многих семейных психотерапевтов стали обвинять в нарушении этических норм и стигматизации родственников больных (приклеивание негативного ярлыка психически больным или их родственникам). «Все они попали в ту же западню, что и Фрида Фромм-Райхманн. Все они, как мы теперь знаем, приняли ложную теорию заболевания в качестве исходной позиции своей деятельности. Часто, не считаясь с возможными потерями, они идентифицировали себя со своими пациентами. В борьбе с родственниками больного они не учитывали другую сторону шизофрении: а именно то,

что семья все еще остается для больных шизофренией важнейшей, а для многих – единственной социальной и эмоциональной группой общения» (Финзен, 2001, с. 55).

Нельзя не согласиться с Асмусом Финзеном, что семья – важнейшее условие благополучия человека. Особенно яркой иллюстрацией важности семьи для развития личности служит признанный всеми исследователями эффект депривации развития у детей, изолированных от семьи и помещенных в детские дома. Вместе с тем, не менее хорошо известно, что и сама семья может стать важным фактором депривации развития (пример тому – асоциальные семьи, лишенные родительских прав) и психических расстройств, и этот факт тоже нельзя замалчивать и затушевывать. Семейные психотерапевты никогда не выступали за изоляцию от семьи, однако они настаивали на необходимости работы с семьей с целью её реабилитации и создания здоровой среды для всех её членов.

На самом деле, системный подход к семье в том и заключается, что происходящие там процессы рассматриваются как исторически сложившиеся закономерности работы семейной системы, а не результат чьей-то персональной вины. Именно системный подход создает реальную возможность для того, чтобы снять у членов семьи чувство вины и вместо этого вселить надежду. Ведь осознав собственный семейный контекст, можно поставить задачу его преобразования и преодоления различных семейных дисфункций, которые отрицательно влияют на психическое здоровье.

## ИСТОРИЯ ВОПРОСА. ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

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

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

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

Как будет видно из дальнейшего анализа, основным аспектом изучения семейной системы в этой традиции стал коммуникативный аспект или аспект **микродинамики семейной системы**, уже рассмотренный нами при описании разработок группы из Пало-Альто под руководством Г. Бейтсона.

В данном случае речь идет об исследованиях эмоциональной экспрессивности – ЭЭ (expressed emotion study), начатых в начале 60-х годов английской исследовательской группой под руководством Д. Брауна (Brown и соавт., 1962; 1972), а затем продолженных К. Вон, Е. Лефом и др. (Vaughn, Leff, 1976). Результаты исследований, проведенных в разных странах и культурах, полностью коррелируются друг с другом, подтверждая всеми статистическими выкладками следующий вывод: **если в семье пациента, страдающего шизофренией, кто-либо из родственников склонен выражать в его адрес большое число негативных эмоций, то у больного резко повышается риск обострения и неблагоприятного течения болезни.**

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

- критические комментарии;
- позитивные комментарии;
- враждебность;
- сверхвключенность;
- тепло.

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

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

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

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

Д. Леф так комментирует этот случай: «Очевидно, что Эмми испытывала трудности в сепарации от матери уже маленьким ребёнком, была сверхзабочена здоровьем матери и провоцировала у неё чувство вины. Этим она зеркально отражала материнскую сверхвключенность (5 соответствующих высказываний) и эксплуатировала эту сверхвключенность, провоцируя у матери чувство вины. Для решения проблемы сверхвключенности

**Таблица 1. Уровень ЭЭ у родственников и % больных с рецидивом заболевания в течение 9–12 месяцев после выписки из клиники (по: Leff, 1989)**

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

нам пришлось работать с обоими родителями и пациенткой, так как все они были зависимы друг от друга» (Leff, 1989, с.141).

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

В настоящее время существует более 30 исследований эмоциональной экспрессивности в семьях больных шизофренией, подтверждающих связь уровня ЭЭ с выходом из болезни. Таблица 1 иллюстрирует результаты некоторых из них. **Как видно, количество рецидивов в семьях с высокой ЭЭ в 3–4 раза выше, чем в семьях с низкой ЭЭ.**

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

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

Д. Леф проводит сравнительный анализ пяти исследований, имевших в своей основе общий дизайн: 1) контрольная группа с антипсихотическим психофармакологическим лечением; 2) одна или более экспериментальных групп, в которых к медикаментозному лечению добавлялась та или иная форма социально-психологической интервенции (табл. 2). Во всех исследованиях интервенции были направлены на семейное окружение, а в двух – они были комбинированными, включая

Таблица 2. Количество рецидивов спустя 9–12 месяцев после интервенционного исследования в % (по Leff, 1989)

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

тренинг социальных навыков с больными и работу с семейным окружением. При чисто медикаментозном лечении частота приступов по данным катмнеза оказалась в 4–5 раз выше, чем в экспериментальных группах (Leff, 1989).

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

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

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

Современные исследования семейной микродинамики при различных психических расстройствах проводятся на основе **био-психо-социальной модели** (Холмогорова, 2002). В них ставится задача установить важность факторов семейной динамики, в сравнении с биологическими. Вот какой вы-

вод делает в своем уникальном обзоре этих исследований Г. Габбард: «В результате интенсивного изучения психических расстройств исследователи пришли к выводу, что точно прогнозируемые закономерности наследования, сформулированные Грегором Менделем, неприменимы к психической патологии. Различные формы экспрессии и неполная пенетрантность генов характерны для основных психических расстройств. Это свидетельствует о том, что для развития последних необходимо взаимодействие факторов окружающей среды и особенностей развития, с одной стороны, с генами человека – с другой. Изучение пластичности мозга показало, что после активации генов в процессе развития клеток уровень их экспрессии в течение жизни в значительной степени будет зависеть от сигналов, поступающих из окружающей среды» (Габбард, 2001, с.8–9). Именно влиянием средовых факторов объясняются фенотипические различия между монозиготными близнецами, а также их дискордантность в отношении таких заболеваний, как шизофрения. Важнейшее исследование было проведено Д. Райсом и его коллегами (Reiss и соавт., 1995). Они обследовали 708 семей. Выборка включала семьи с моно- и дизиготными, а также обычными сибсами, с приёмными и кровными детьми. Исследователи делают вывод, что конфликтное и негативное поведение родителей, направленное на одного из подростков, объясняет более 60 % дисперсии признака антисоциального поведения у данного подростка и 37 % – симптомов депрессии. Это исследование на высоком уровне достоверности подтверждает давно открытую психотерапевтами закономерность, что в одной и той же семье разные дети оказываются в разных средовых условиях ввиду различного отношения к ним родителей. Высокий уровень критики со стороны матери по отношению к одному из сиблингов оказался наиболее мощным предиктором депрессии в подростковом возрасте, по значимости более важным, чем генетическая предрасположенность (Pike, Plomin, 1996). Такая «раздельная семейная среда» может оказывать значительное влияние в качестве фактора риска возникновения психических расстройств и их неблагоприятного течения. Исследователи также делают вывод о зависимости качества заботы со стороны родителей от наследственных характеристик детей. Таким образом, подтверждается вывод о важной роли семейной динамики в происхождении различного рода психической патологии.

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

В силу ряда причин, частично указанных в данной статье (доминирование биологических моделей, страх родственников и специалистов перед

стигматизацией), до сих пор проведено сравнительно мало исследований, где изучалась бы **взаимосвязь между психическими расстройствами у взрослых и особенностями их родительской семьи.**

Только в последние десятилетия XX века были начаты систематические исследования особенностей родительской семьи сначала у больных депрессивными, а потом и у больных тревожными расстройствами, а также склонных к соматизации. Основная часть этих исследований проведена на основании самоотчетов больных, хотя многие авторы отмечают, что наиболее точными и отвечающими поставленной задаче были бы лонгитюдные исследования. Однако в виду значительной организационной сложности и ресурсоемкости таких исследований, учёные основываются, прежде всего, на данных самоотчетов больных и здоровых испытуемых об их родительских семьях, иначе говоря, на анализе репрезентаций семей взрослыми испытуемыми. Реальные семьи становятся объектом изучения, в основном, при исследовании детей и подростков с депрессивной или тревожной симптоматикой или при исследовании супружеских пар, где аффективным расстройством страдает один из супругов.

Метод изучения родительской заботы на основе самоотчетов пациентов неоднократно подвергался критике. Оппоненты считают, что описания пациентов отражают особенности их депрессивного восприятия, а не реальные отношения с родителями. Чтобы проверить надёжность метода самоотчетов больных был проведен целый ряд тщательно выполненных исследований (Parker, 1981):

1. Многочисленные исследования корреляции данных самоотчетов с тяжестью депрессии показали, что такой корреляции не отмечается (Gotlib., Mount и соавт., 1988, Duggan, Sham и соавт., 2000, Lewinsohn, Rosenbaum, 1987, Parker, 1981, Plantes, Prusoff и соавт., 1988);

2. Исследование близнецовых пар показало, что подтверждается модель, согласно которой родительское поведение является фактором депрессии, а не модель, согласно которой депрессия выступает причиной негативных оценок родительского функционирования (Neal, Walters, 1994);

3. Несколько исследований выявили высокий коэффициент тест-ретестовой надёжности (0,89–0,93) опросников, то есть показатели опросника детско-родительских отношений не менялись в процессе лечения и не зависели от редукции депрессивной симптоматики (Parker., 1988, Plantes M, Prusoff и соавт., 1988).

4. Все тенденции показателей совпадают в случае исследования репрезентаций актуальной семьи и репрезентаций семьи на основе прошлого опыта;

5. Оценки пациентов достоверно коррелировали с оценками наблюдателей-экспертов, а также здоровых sibлингов, что подтверждало достоверность оценок пациентов (Parker, 1988).

Ниже мы приводим обзор исследований семейных факторов расстройств аффективного спектра на основе четырёх-аспектной модели, семейной системы, которая была описана в первой части данной статьи. Эта модель включает структуру, микродинамику (семейное функционирование), макродинамику (семейную историю) и идеологию (семейные ценности, нормы, правила) семейной системы. Следует отметить дефицит отечественных исследований расстройств аффективного спектра, выполненных на основании критериев МКБ-10, поэтому, в основном, будут представлены исследования зарубежных авторов.

#### Исследования структуры и микродинамики семейной системы

Систематические контролируемые исследования семейного контекста депрессивных расстройств одним из первых начал проводить австралийский исследователь Дж. Паркер (Parker 1981, 1988, 1993). Его исследования основаны на теории привязанности Дж. Боулби, он также отталкивался от данных, полученных К. Вон и Дж. Лефом (Vaughn, Leff, 1976), о деструктивности высокого уровня негативных эмоций в семье, прежде всего, родительской критики. Дж. Паркером был разработан опросник Parental Bonding Instrument (PBI), тестирующий два основных показателя – «забота» (тепло) и «сверхконтроль» (сверхвключённость), отражающих аспект микродинамики (уровень критики, тепла, поддержки) и структуры (степень связи между членами семьи отражается в показателе сверхвключённости). В целом ряде исследований пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, в разных странах с помощью этого опросника был получен сходный результат: пациенты характеризовали своих родителей, как менее заботливых и более контролирующих, статистически значимо чаще, чем здоровые испытуемые (Parker, 1981, 1993, Plantes, Prusoff, Parker, 1988, Parker, Hardzi-Pavlovic, 1992). Этот феномен получил название «affectionless control» (холодный контроль) – высокая степень связи в виде контроля (симбиозы), но лишенная эмоционального тепла и поддержки (негативные коммуникации). Низкий уровень родительской заботы и эмоционального тепла может стать источником нарушения чувства собственной ценности, в то время как гиперпротекция или сверхконтроль может затормозить процесс социализации в плане автономии и независимости, приводить к низкой готовности справляться с жизненными стрессами во взрослом возрасте.

Комбинация низкого уровня заботы и высокого уровня контроля коррелирует с описанием ненадёжной привязанности по Д. Боулби. Исследование G. Parker, D. Hardzi-Pavlovic (1992) показало, что в группу риска по депрессивному расстройству во взрослом возрасте попадают, прежде всего, те, у кого оба родителя придерживались такого деструктивного стиля взаимодействия с ребёнком.

Для некоторых тревожных расстройств, а именно панических атак, оказался наиболее характерным иной тип микродинамики – высокий уровень заботы и контроля, этому типу Дж. Паркер дал название «эмоциональные тиски». Высказывается предположение, что «эмоциональные тиски» способствуют ограничению свободного поведения у ребёнка со стороны родителей. Этот феномен, который получил название «behavioural inhibition» – «бихевиоральное торможение», и оказался важным предиктором возникновения тревожных расстройств, что подтверждают другие исследования (Kagan, Reznick, Gibbons, 1989). Результаты исследования R.M. Rapee (1997) несколько иные. В качестве предиктора тревожных расстройств в детском возрасте R.M. Rapee выделил **родительское неприятие** и высокий уровень **контроля**, ограничивающего автономию ребенка. Также значимое влияние на возникновение тревожных расстройств в аспекте семейной микродинамики могут оказывать частые конфликты в семье (Rueter, Scamarella и соавт., 1999).

Некоторые отечественные авторы, например, Н.В. Самоукина (2000), А.Е. Бобров, М.А. Белянчикова (1999), в качестве одного из факторов, способствующих развитию повышенной тревожности, выделяют структурные нарушения – симбиотические отношения в паре «мать – ребёнок», что

хорошо согласуется с такой характеристикой микродинамики как сверхконтроль, описываемый другими авторами.

Ещё одной характерной чертой микродинамики семей тревожных больных является высокий уровень семейной тревоги (фактор индуцирования тревоги в коммуникациях). Последний особенно характерен для семей больных, страдающих социальной фобией. В одном из немногочисленных исследований приёмных детей было показано, что робкие неуверенные дети чаще имели тревожных и социально неоптимально приспособленных родителей. Причём, это правило распространялось как на кровных, так и на приёмных детей (Plomin, Daniels, 1987). Аналогично было показано, что повышенная стеснительность и тревожность у детей связана со сниженным материнским принятием в сочетании с повышенным контролем, препятствующим сепарации и автономии (Easburg, Jonson, 1990, Раее., 1997). Сниженная способность к совладанию со стрессом была обнаружена у детей, чьи матери отличались гиперпротекцией, что объясняет механизм действия материнского контроля как фактора тревоги (Kortlander, Kendall, Panichelli-Mindel, 1997).

Эмпирическая проверка теории Д. Боулби о паттерне ненадёжной привязанности как факторе развития тревожного расстройства получила впечатляющее эмпирическое подтверждение в лонгитудном исследовании S.L. Warren и соавт., 1999). В этом исследовании, начиная с рождения и в среднем до 18-летнего возраста, отслеживалась когорта из 172 детей. Так называемый «тревожно-защитный» тип привязанности оказался наиболее надёжным предиктором возникновения тревожного расстройства в подростковом возрасте.

Близким по направленности является опросник Parental Pressure Scale (PPS), разработанный сотрудниками Института когнитивной психотерапии А. Бека. Они выделяют в качестве важного аспекта семейной микродинамики, повышающей уязвимость к депрессии, фактор родительского давления, прежде всего, в плане достижений и послушания. Если родители предъявляют нереалистично высокие перфекционистские требования к ребёнку в плане поведения и достижений или же корректируют его уничижительным образом (провоцируют чувство стыда, ничтожности), они затрудняют возможность формирования у ребёнка позитивных представлений и убеждений относительно себя и других людей. Это неадаптивное давление может стать фактором тревоги, депрессии и нарушений поведения как в детском, так и во взрослом возрасте. Родители, имеющие высокие, но реалистичные стандарты и проявляющие последовательность в их предъявлении, используют методы коррекции, не унижающие достоинства ребёнка, характеризуются как оказывающие адаптивное давление, способствующее психическому здоровью и эффективности. Родители, которые проявляют мало вовлечённости в жизнь ребёнка, характеризуются как пренебрегающие или отвергающие. Опросник включает три шкалы – адаптивное давление, неадаптивное давление, отвержение. Исследования показали, что у больных с депрессивными расстройствами значимо выше показатели неадаптивного давления и отвержения по сравнению с контрольной группой. Сходные результаты, подтверждающие связь между родительским отвержением в детстве и развитием большой депрессии во взрослом возрасте получены Kendler и соавт., 1993.

Исследование семейного контекста пациентов с непонятными соматическими жалобами и хроническими болями ведутся давно (до выделения

группы соматоформных расстройств как таковых). Многие из них были обобщены в фундаментальном обзоре Б. Пейн и М. Норфлит «Хроническая боль и семья» (Payne, Norfleet, 1986). Имеются данные, указывающие на относительно большой размер родительской семьи у пациентов, страдающих хронической болью. По гипотезе Т. Джонды телесные жалобы могут способствовать редукции напряжения, привлечения внимания и получения каких-то льгот, а затем закрепляться в качестве механизма адаптации к стрессу во взрослой жизни (Gonda, 1962).

В своей классической работе по личности, предрасположенной к боли (pain prone person), Дж. Энгель выделяет несколько факторов детства, которые predisполагают личность к длительным болям – «агрессия, страдание и боль играют важную роль в семейном окружении раннего детства людей с болями» (Engel, 1959). Дж. Энгель отмечает несколько сценариев: родители, склонные к частым наказаниям и насилию или холодные и дистанцированные родители. Это наблюдение Дж. Энгеля подтверждается рядом исследований (Hudgens, 1977, Roy, 1982, Violon, 1980). Р. Гросс сообщает об исследовании 25 больных с хроническими болями в области таза. 20 из них происходили из явно дисфункциональных семей, где имели место вспышки ярости, насилия и физические нападения. Они также страдали от недостатка материнского тепла. В 36 % случаев имел место инцест (Gross и соавт., 1980–1981). В другом исследовании проводился сравнительный анализ 71 пациента с хроническими нарушениями и 70 пациентов с болью неорганического происхождения (Merskey, Boud, 1978). Пациенты с болью неорганического происхождения чаще сообщали о жестоком обращении и отвержении со стороны родителей. М. Хьюджес и Р. Зимин наблюдали детей с болями неорганической природы и выявили отсутствие эмоциональной поддержки в их семьях. Матери этих детей обычно отличались тревожностью и повышенной критичностью, были озабочены собственным здоровьем или же недавней смертью или болезнью кого-то из членов семьи. Этим матерям не удавалось распознавать и удовлетворять базисные эмоциональные потребности своих детей, и последние были склонны обращаться к медицинской помощи для устранения эмоционального дистресса (Hughes, Zimin, 1978).

Другой особенностью семейного контекста детей с болевым синдромом является более частая встречаемость болевой симптоматики или болезней у близких родственников. Было отмечено, что у многих детей, страдающих периодическими болями в животе, похожие жалобы имеются у родителей и сиблингов. Частота этих жалоб оказалась в 6 раз выше, чем у родителей детей контрольной группы (Apley, 1975). Сравнение 31 больного с неорганической абдоминальной болью и 27 больных с органической болью показало, что у половины больных с болью неорганического происхождения оба родителя страдали болями в животе, в то время как среди больных контрольной группы только пять человек указали на наличие болевых синдромов у родителей (Hill, Blendis, 1967). Похожие результаты заставили И. Турката и Д. Рока предположить, что один из механизмов развития болевого синдрома у детей – материнское моделирование (Turkat, Rock, 1984). Имеются также экспериментальные данные о том, что локализация и качество боли у пациентов с хроническим болевым синдромом очень сходны с таковыми у близких родственников (Kreitman и соавт., 1965, Mohamed и соавт., 1978).

Д. Блумер и М. Хайльброн, исходя из предварительных данных, предположили, что хронические болевые симптомы чаще появляются у людей, родственники которых страдают депрессией или алкоголизмом (Blumer, Heilbronn, 1981). В другом исследовании оказалось, что 86 % больных с хронической болью имеют симптомы депрессии и семейную историю депрессии (Schaffer, 1980). Автор делает предположение о первичности аффективного расстройства в этиологии симптомов хронической боли. Есть, однако, и прямо противоположные наблюдения, описывающие больных с хронической болью как в очень незначительной степени депрессивных и расценивающих хроническую боль, как самостоятельную форму выражения эмоций (Swanson, 1984).

Таким образом, по данным исследователей, семейную **структуру** пациентов больных расстройствами аффективного спектра характеризуют: симбиотические связи, разобщенность, закрытые границы, причём по некоторым данным для тревожных пациентов более характерны симбиозы, а для депрессивных – разобщенность; на уровне **микродинамики** семьи выделяются высокий уровень отвержения в сочетании с авторитарным давлением со стороны родителей (по некоторым данным со стороны обоих) для депрессивных, высокий уровень контроля и сверхопеки для пациентов с тревожными расстройствами; родительское моделирование и запрет на выражение чувств в семье для соматоформных. В данных существует ряд противоречий, требующий проверки.

#### Макродинамика семейной системы

В 1980 годах растёт число исследований роли психологического стресса в происхождении психических расстройств, в т. ч. расстройств аффективного спектра. Выделяются разные типы стрессоров – хронические повседневные стрессоры и стрессогенные жизненные события (Перре, Бауман, 2002; Абабков, Перре, 2004).

Были попытки, берущие начало из разработок З. Фрейда, связать угрожающие опасные события с тревогой, а утраты – с депрессией. Среди специфических семейных стрессов исследователи особо выделяют утраты или разрывы значимых интерперсональных отношений. Наличие сепарационной тревоги в детстве может быть одним из предикторов тревожного расстройства. По данным разных исследований сепарационные переживания имели место от 10 до 35 % пациентов с тревожными расстройствами (Dattilio, Salas-Auvert., 2000). Так, R.M. Doctor (1982) показал, что 31 % из 404 пациентов, страдающих агорафобией, пережили сепарацию или потерю значимого лица перед своим заболеванием.

В 1993 г. британские исследователи Д. Броун и Т. Харрис поставили задачу выявить, насколько физическое и сексуальное насилие в родительской семье, а также опыт отвержения со стороны родителей, увеличивают вероятность развития тревоги и депрессии во взрослом возрасте. Исследования подтвердили, что эти факторы являются важными предикторами депрессии высокой степени тяжести во взрослом возрасте у женщин (Brown, Harris, 1978, 1990). Оказалось, что они также коррелируют с трудностями установления теплых интимных отношений в зрелом возрасте (Hill., Pickles и соавт., 2001; Heim, Owens. 2001). Ряд исследований показал, что опыт физического и сексуального насилия в детском возрасте также увеличивает вероятность панического расстройства и депрессии во взрослом возрасте (Stein и соавт., 1997; Kessler, Frank, 1997).

Учитывая эти новые данные, Дж. Паркер попытался добавить в свой опросник шкалу родительского насилия. Результаты показали, что больные психогенными формами депрессии отмечали все три вида родительских дисфункций: низкая забота, высокий контроль, высокий уровень насилия.

Тревожные расстройства дали значимые различия с контрольной группой только по уровню контроля. Таким образом, если относительно значимости фактора семейного насилия в случае депрессивных расстройств данные разных исследований согласуются между собой, то относительно тревожных они более противоречивы.

Sh. Declan (1998), обследовала 435 детей до 18 лет с различными психическими расстройствами, в т. ч. депрессивными и тревожными, и пришла к выводу, что основными травмирующими событиями, пережитыми этими детьми, были: развод родителей, смерть одного из родителей, жестокое обращение (в т. ч. и сексуальное насилие). 59 % детей имели в анамнезе хотя бы одно из этих стрессовых событий; 13 % – два события; а 2,5 % – все три события. Автор особо отмечает, что для обследованных детей сексуальное насилие было более отягощающим фактором даже по сравнению со смертью родителей.

Как отмечают специалисты, сексуальное насилие, пережитое в детском возрасте, является важным предиктором депрессии во взрослом возрасте (WPA bulletin on depression, 2001). Случаи сексуального насилия выявляются с трудом, т. к. многие пациенты стесняются признаваться в этом. Выявляемые случаи позволяют говорить о четырёхкратном повышении риска развития депрессии во взрослом возрасте, если ребёнок (обычно – девочка) пережил сексуальное насилие (Brown, Morgan, 1994). Также у данной группы пациентов повышается риск развития суицидального поведения.

Травматические последствия пережитого сексуального насилия изучались в сочетании с другими травмирующими событиями. Существуют исследования (Bifulco, Brown, Adler, 1991; Hill, Pickles и соавт., 2001), показавшие, что пережитое сексуальное и физическое насилие в сочетании с недостатком родительской заботы надёжно связаны с наступлением депрессивного расстройства во взрослом возрасте. Важно отметить, что сексуальное насилие является очень мощной травмой. Даже удовлетворительные близкие отношения не ослабляют риск развития депрессии, если в детстве имело место сексуальное насилие.

Ch. Heim, M.J. Owens (2001) пришли к выводу, согласно которому сексуальная травма изменяет химические процессы в организме ребёнка, что в дальнейшем приводит к депрессии. Правда, возникает вопрос, являются ли эти биохимические изменения следствием сильнее психологического стресса, который при этом испытывает ребёнок, или у этих изменений другая природа.

Семейные стрессы (смерть или серьёзное заболевание одного или нескольких ближайших родственников, например, матери) играют важную роль в развитии и хронификации депрессии (Scott, Barker and Eccleston, 1998). Связь хронификации депрессии с потерями родственников объяснима, т. к. эти события очень значимы для человека. Смерть или тяжёлая болезнь отнимает у пациента важный источник поддержки или ослабляет связи с другими родственниками.

Наряду с исследованиями, доказывающими связь потери матери или длительного отделения от неё в детстве с депрессивным расстройством во взрослом возрасте (Brown, Harris, 1978, Brown, Harris, Bifulco, 1986), существуют надёжные ис-

следования, не подтверждающие эту связь (Crook, Eliot, 1980; Perris, Arrindell, Perris и соавт.; 1986, Kendler и соавт., 2002). Таким образом, необходимы дальнейшие эмпирические исследования этого фактора.

K.S. Kendler R.C. Kessler и соавт. (1995) обследовали женщин, имеющих сестру – близнеца с депрессивным расстройством. В контрольную группу вошли женщины, чьи сестры – близнецы были здоровы. Основная и контрольная группа сравнивалась по риску заболеть депрессивным расстройством. Наряду с выводом о влиянии генетических факторов (сестры депрессивных близнецов имели больший риск заболеть депрессией), они выявили, что женщины, которые пережили различные стрессовые события, в том числе и семейные, имели больший риск заболеть депрессией, независимо от генетической отягощенности. Однако стрессогенные жизненные события, выступающие одним из факторов-провокаторов тревожных расстройств, изучены меньше. Чаще всего в качестве важного стрессогенного фактора выступают ситуации вынужденной сепарации от родителей или лиц, их заменяющих.

Наличие сепарационной тревоги в детстве может быть одним из предикторов тревожного расстройства. F.M. Dattilio, J.A. Salas-Auvert и соавт. (2000) показали, что 10–35 % пациентов с тревожными расстройствами испытывали в детстве сепарационные переживания. R.M. Doctor (1982), проанализировав результаты обследования 404 пациентов с агорафобией, выявил, что 31 % из них пережили сепарацию или потерю значимого лица перед своим заболеванием. Эти результаты сопоставимы с ранее проведенным исследованием D.F. Klein (1964). Согласно его данным, около 50 % его испытуемых с агорафобией в самоотчетах также говорили о сильных переживаниях сепарационной тревоги в детстве. В DSM-IV наличие сепарационного тревожного расстройства в детстве считается предиктором возникновения панического расстройства во взрослом возрасте.

Таким образом, вслед за обобщением, сделанным R.S. Essler и соавт. можно говорить о том, что существует определенная связь между переживанием стрессовых событий и наступлением депрессивного расстройства, прочность этой связи варьируется, по данным разных авторов, в зависимости от применяемых методов изучения стрессогенных жизненных событий. Связь тревожных расстройств и стрессогенных жизненных событий меньше изучена. Достаточно надёжные данные имеются только в отношении панического расстройства, агорафобии.

Важно отметить, что семья влияет на то, как быстро и успешно человек справится с психологическими последствиями травматического опыта. Э.Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис (2000) выделяют совокупность способов, которыми семья может оказывать негативное влияние на отношение человека к травмирующему событию:

- семья может делать человека чувствительным к травме, снижать его сопротивляемость, способность перерабатывать негативный опыт;
- семья может утяжелять и хронифицировать травму, затруднять её переработку. В таком случае новые травмы накладываются на непереработанные;
- семья влияет на формирование индивидуальных способов противодействия травме.

Таким образом, семья может выступать не только в качестве прямого источника психической травмы, например, когда имеет место физи-

ческое насилие со стороны родителей, но и способствовать травматизации через дисфункции микродинамики и идеологии, например, высокий уровень критики в сочетании с запретом на открытое выражение чувств.

Психотравмирующие события в детстве, юности, а также во взрослом возрасте повышают риск возникновения соматоформного расстройства. W. Rief и W. Hiller (1998) приводят данные американского исследования женщин, перенесших сексуальное насилие до 14 лет. Эти женщины составляли группу риска по возникновению хронического болевого расстройства с локализацией боли внизу живота, функциональной диспаргии и функциональных сексуальных нарушений (аноргазмия). Отмечается также высокий риск развития панических атак (в 47 раз чаще, чем в популяции, в то время как депрессивные расстройства в 11 раз чаще, чем в популяции).

Таким образом, в аспекте макродинамики семейных систем больных расстройствами аффективного спектра получены данные об опыте сексуального и физического насилия, тяжелых болезней и смертей, разводов, ранней сепарации.

#### **Семейная идеология (семейные установки, убеждения, нормы, ценности)**

Как показывают исследования и опыт практической работы семейных психотерапевтов, одной из дисфункциональных семейных ценностей, повышающих риск развития эмоциональных расстройств у членов семьи, являются очень высокие стандарты жизни и деятельности или перфекционистские установки по отношению к себе и другим.

За последние десять лет значительно увеличилось количество исследований перфекционизма, как многомерного конструкта. Были предложены различные шкалы для измерения патологического перфекционизма (см. обзор Гаранян, 2006). Существует ряд исследований, выявляющих связь родительского перфекционизма, а также перфекционистских установок в семье и депрессивных расстройств. Уже упомянутые выше M.W. Enns, B.J. Cox, D.K. Lassen (2000), обследовав взрослых депрессивных больных, пришли к выводу, что социально предписываемый перфекционизм, убежденность в недопустимости ошибок в жизни, а также повышенный нейротизм выступали факторами, опосредующими связь отцовского сверхконтроля и депрессивного расстройства у мужчин. У женщин уровень депрессии коррелировал с дефицитом заботы со стороны матери. Эта связь, в свою очередь, была опосредована высоким уровнем самокритики и самообвинений, социально предписанным перфекционизмом и убежденностью в недопустимости ошибок в жизни. R. Frost и соавт. (1993), а также P. Hewitt и G. Flett (1990) рассматривают социально предписанный перфекционизм как убеждение человека в том, что другие люди предъявляют к нему нереалистично высокие требования, которым очень трудно, а иногда и невозможно соответствовать. Однако только соответствие этим требованиям, по мнению человека, поможет ему завоевать одобрение и принятие окружающих.

В 1995 г. S. Blatt опубликовал фундаментальный обзор имеющихся исследований перфекционизма. В этом обзоре приводятся данные о влиянии родительского перфекционизма на развитие депрессивных расстройств у их потомков. R. Frost и соавт. (1993) разработали шкалу, тестирующую различные параметры перфекционизма. Они выяснили, что многие подшкалы этого диагностического инструмента, а особенно, озабоченность возможны-

ми ошибками, воспринимаемые высокие родительские стандарты и родительский критицизм, были связаны с различными психическими расстройствами, а особенно сильно – с депрессивным расстройством.

Высокий уровень родительского перфекционизма был выявлен при обследовании больных депрессивным расстройством с выраженным самокритицизмом (Blatt, Wein и соавт., 1979), а также у депрессивных с высоким уровнем перфекционизма (Hewitt, Flett, 1990).

На основании лонгитюдных исследований, S. Blatt (1995) делает вывод о том, что родительское отвержение и ценность беспрекословного послушания могут служить предиктором высокого уровня самокритицизма в подростковом возрасте и депрессивного расстройства в позднем подростковом или раннем юношеском возрасте. Высокий уровень самокритицизма в подростковом возрасте, в свою очередь, может служить предиктором низкого образовательного уровня, низкого социально-экономического статуса, высокого уровня дезадаптации, депрессии, неудовлетворённостью работой, семьёй, другими близкими отношениями во взрослом возрасте.

За рубежом и в нашей стране существуют исследования, подтвердившие связь ценности совершенства, достижений и успеха и депрессивных расстройств во взрослом возрасте (например, Hewitt, Flett, 1990; Ким, 1997; Воликова, 2006; Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2001; Гаранян, 2006; Холмогорова, 2006). S. Blatt (1995) приводит исследования о влиянии особенностей стиля родительского отношения к ребёнку и семейных ценностей на развитие невротического перфекционизма у потомков, и, следовательно, повышающих риск развития депрессивных расстройств. Высокий уровень перфекционизма у взрослого потомка связан с высоким уровнем критики и требований со стороны родителей. При этом такие родители оказывают своим детям существенно меньше поддержки, выражая меньше любви и заботы. R. Frost и его коллеги (1993) обнаружили, что уровень перфекционизма у взрослых дочерей значительно коррелирует с уровнем перфекционизма и строгости у матерей. Для отцов такая закономерность выявлена не была. Материнский перфекционизм был надёжно связан с выраженной психопатологической симптоматикой у дочерей. G. Parker (1993) подтвердил особую значимость материнского перфекционизма для развития перфекционистских ценностей у потомков обоего пола. Как предполагает S. Blatt (1995), родительский перфекционизм может быть одним из главных психологических механизмов межпоколенной передачи депрессии в семье. Однако остаётся неясным, что является отправной точкой – родители, которые устанавливают непомерно высокие стандарты и требования для своих детей или восприятие детьми своих родителей, как ориентированных на достижения и очень критичных. Поэтому актуальны исследования связи выраженности родительского перфекционизма и симптомов депрессии у детей и взрослых.

Такие исследования были проведены в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава. Исследования состояний эмоциональной дезадаптации у московских школьников показали, что симптомы детской депрессии прямо связаны с показателями родительского перфекционизма (Воликова, Холмогорова, Галкина, 2006). Исследование личностных черт родителей взрослых пациентов, страдающих депрессивными и тревожными расстройствами,

показало, что уровень перфекционизма у них значительно выше, чем в группе родителей здоровых испытуемых (Воликова, 2006; Холмогорова, 2006).

Исследований, посвященных изучению влияния перфекционистских и других родительских установок при тревожных расстройствах, значительно меньше. Можно привести несколько исследований, где высокий уровень родительского перфекционизма был выявлен при обследовании больных обсессивно-компульсивным расстройством (Rasmussen, Tsuang, 1984), а также при исследовании родителей различных категорий больных тревожными расстройствами (Воликова, 2006; Холмогорова, 2006).

Таким образом, на уровне **семейной идеологии** исследователи отмечают перфекционистские установки, ценность успеха и достижений, высокую конкурентность.

Существует ряд исследований отечественных психологов, где предметом изучения выступали особенности взаимодействия родителей с детьми и была показана важная роль различных семейных факторов в эмоциональном благополучии детей. В этих исследованиях обследованная группа не была разбита по диагностическим категориям МКБ-10, речь шла о неврозах вообще, и семейные особенности изучались у всей группы в целом (Спиваковская, 1988; Эйдемиллер, Юстицкис, 2000 и др.).

#### **Комплексное сравнительное исследование семейных систем больных расстройствами аффективного спектра**

В лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии впервые было проведено комплексное исследование родительской семьи больных расстройствами аффективного спектра на основе четырех-аспектной модели семейной системы (Воликова, 2006; Холмогорова, 2006). Были обследованы три группы больных, сформированные в соответствии с критериями МКБ-10: больные депрессивными (97 человек), тревожными (90 человек) и соматоформными расстройствами (52 человека). Кроме того, были обследованы родители больных тревожными и депрессивными расстройствами (55 человек). В качестве контрольных групп выступили группа здоровых испытуемых и группа родителей здоровых испытуемых, не отличающиеся по своим социодемографическим характеристикам от обследованных клинических групп. С помощью комплекса методик, включающего опросники, структурированные интервью и экспертные оценки, были выявлены нарушения различных аспектов семейной системы:

1) **структуры** – для всех трёх групп характерны дисфункции родительской подсистемы и периферическая позиция отца; для депрессивных – разобщенность, для тревожных – симбиотические отношения с матерью, для соматоформных – симбиотические отношения и коалиции;

2) **микродинамики** – для всех групп характерен высокий уровень конфликтов, родительской критики и других форм индуцирования негативных эмоций; для депрессивных – преобладание критики над похвалой со стороны обоих родителей и коммуникативные парадоксы со стороны матери, для тревожных – меньше критики и больше поддержки со стороны матери; для семей больных с соматоформными расстройствами – элиминирование эмоций;

3) **макродинамики** – для всех групп характерно накопление стрессогенных событий в семейной истории в виде тяжёлых лишений в жизни родителей, алкоголизации и тяжёлых заболеваний близ-

ких родственников, присутствия при их болезни или смерти, жестокого обращения и драк; у больных соматоформными расстройствами – к повышенной частоте этих событий добавляются ранние смерти родственников.

4) **идеологии** – для всех групп характерна семейная ценность внешнего благополучия и враждебная картина мира, для депрессивных и тревожных – культ достижений и перфекционистские стандарты. Наиболее выраженные семейные дисфункции отмечаются у пациентов с депрессивными расстройствами.

На основании проведенного обзора литературы можно сделать вывод о важном вкладе семейных факторов в возникновение и течении психических расстройств. Концентрация на индивидуальных методах работы и игнорирование семейного окружения во многих случаях может стать серьезным препятствием для оказания эффективной помощи пациентам, страдающим различными психическими расстройствами. Важно также учитывать роль семейных факторов при разработке психопрофилактических программ, особенно ориентированных на детей и молодежь.

#### Литература

- Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004; 166.
- Бобров А.Е., Белянчикова М.А. Распространенность и структура психических расстройств в семьях женщин, страдающих пороками сердца (лонгитюдное исследование) // Журнал невропатологии и психиатрии. 1999; 99: 52–55.
- Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М.: 2006.
- Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах // МПЖ 2001; 4: 49.
- Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Галкина А.М. Родительский перфекционизм - фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопросы психологии. 2006; 5: 23–31.
- Габбард Г. Нейропсихологические аспекты психотерапии // Обзор современной психиатрии. 2001; 2: 10: 8–14.
- Гарянян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. М.: Академия, 2006; 1: 31–41.
- Гарянян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001; 4: 18–48.
- Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков - этнических корейцев – жителей Узбекистана и Республики Корея. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М.: МНИИ психиатрии МЗ РФ, 1997.
- Перре М., Бауман У. Клиническая психология. 2-е межд. изд. СПб.: Питер, 2002; 1312.
- Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии. 2000; 3: 67–81.
- Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. М.: МГУ, 1988; 200.
- Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. Алетея, М.: 2001.
- Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Клиническая и социальная психиатрия. 2002; 2 (в печати).
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2000; 4: 5–9.
- Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Автореф. док. дисс., М.: 2006.
- Эйдмиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2000; 656.
- Apley J. The Child With Abdominal Pains, Blackwell, Oxford, 1975.
- Arrindel W.A., Emmelkamp P.M.G., Monsma A., Brilman E. The role of perceived parental reacting practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study // British Journal of Psychiatry, 1983; 143: 183–187.
- Bifulco A., Brown G.W., Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life // British Journal of Psychiatry. 1991; 159: 115–122.
- Blatt S.J. The destructiveness of perfectionism // American Psychologist. 1995; 50: 1003–1020.
- Blatt S., Wein S. Parental representation and depression in normal young adults // J-I Abnorm. Psychol. 1979; 88: 4: 388–397.
- Block A., Kremer E. & Gailor M. Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior. // Pain, 1980; 9: 243–252.
- Blumer D. & Heilbronn M. The pain prone disorder: a clinical and psychological profile // Psychosomatics, 1981; 22: 395–402.
- Brown G.W., Birley J.L. & Wing J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders. // Brit J of Psychiatry – L., 1972; 121: 562: 241–258.
- Brown G.W., Monk E.M., Carstairs J.M. Influence of Family Life on the Course of the Schizophrenic Illness // Brit J of Preventive Social Medicine, L., 1962; 16: 1: 55–68.
- Brown G.W., Harris T.O., Eales M.J. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. Comorbidity and adversity // Psychological Med. 1993; 23: 155–165.
- Brown G.W., Morgan P. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes // British Journal of Psychiatry. 1994; 165: 447–456.
- Brown G.W., Harris T.O., Bifulco A. Long-term effects of early loss of parent. Depression in young people: developmental and clinical perspectives. New York: The Guilford Press, 1986.
- Brush M.A. Assessing familial and developmental antecedence of social phobia: Issues and findings // Clinical psychology review, 1989; 9: 37–47.
- Crook T., Eliot J. Parental death during childhood and adult depression // Psychological Bulletin. 1980; 87: 252–259.
- Dattilio F.M., Salas-Auvert J.A. Panic disorder: assessment and treatment through a wide-angle lens. Phoenix: Zeig, Tucker & Co. Inc. 2000; 313.
- Declan Sh. Dyads and triads of abuse, bereavement and separation: a survey in children attending a child and family center // Irish Journal Psychol Med – 1998; 15: 4: 131–134.
- Doctor R.M. Major results of a large-scale pre-treatment survey of agoraphobics. Phobia: a comprehensive survey of modern treatments. / R.L. Dupont, ed. N.Y.: Brunner/Mazel, 1982.
- Duggan C., Sham P. et al. Family history as a predictor of poor long – term outcome in depression // British Journal of Psychiatry. 2000; 157: 185–191.
- Engel G.L. «Psychogenic» pain and the pain-prone patient. // Amer J Med. 1959; 26: 899–918.
- Enns M.W., Cox B.J., Lassen D.K. Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions // Canadian Journal of Psychiatry. 2000; 45: 263–268.
- Easburg M.G., Jonson W.B. Shyness and perceptions of parental behavior // Psychological Reports. 1990; 66: 915–921.
- Frost R., Heinberg R., Holt C., Mattia J., Neubauer A. A comparison of two measures of perfectionism // Pers Individ. Differences. 1993; 14: 119–126.
- Gonda T.A. The relation between complaints pain and family size // J Neurol Neurosurg Psychiatr. 1962; 25: 277–281.
- Gotlib J.H., Mount J. et al. Depression and perception of early parenting: a longitudinal investigation // British Journal of Psychiatry. 1988; 152: 24–27.
- Graig K.D. Social modeling determinants of pain processes // Pain, 1975; 1: 375–378.
- Gross R., Doerr H., Caldirola G. & Ripley H. Boderline syndrom and incest in chronic pelvic pain patients // Int J Psychiatr Med 1980–81; 10: 79–96.
- Heim C., Owens M. Role of early adverse life events in the pathogenesis of depression // WPA Bulletin on Depression. 2001; 5: 22: 3–7.
- Hewitt P., Flett G. Perfectionism and depression: a multidimensional study // J Soc Behavior Pers. 1990; 5: 5: 423–438.
- Hill L. & Blendis L. Physical and psychological evolution of 'non-organic' abdominal pain // Gut. 1967; 8: 221–229.
- Hill J., Pickles A. et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms // British Journal of Psychiatry. 2001; 179: 104–109.
- Hogarty G.E., Anderson C.M., Reis D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P. et al. Family Psychoeducation, Social skills Training and Maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One year effects of a controlled study on relapse and Expressed Emotion // Archives of General Psychiatry, 1986; 43: 633–642.
- Hudgens A. Family oriented treatment of chronic pain // J Marit Fam Ther 1979; October: 58–67.
- Hughes M. & Zimin R. Children with psychogenic abdominal pain and their families. // Clin Pediatr. 1978; 17: 569–573.
- Hughes M. Recurrent abdominal pain and childhood depression: clinical observation of 25 23 children and their families // Amer Journal Orthopsychiat. 1984; 54: 146–155.
- Kagan J., Reznick J.S., Gibbons J. Inhibited and uninhibited type of chil-

dren // Child Dev. 1989; 60: 838–845.

53. Kendler K.S., Kessler R.C. et al. Stressful life events, genetic liability and onset of an episode of major depression // American Journal of Psychiatry. 1995; 152: 833–842.

54. Kendler K.S., Kuhn J., Prescott C.A. The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression // Am J Psychiatry. 2004; 161: 631–636.

55. Kendler S., Gardner C., Prescott C. Toward a comprehensive developmental model for major depression in woman // Am J Psychiatry. 2002; 159: 7: 1133–1145.

56. Kessler R.S., Frank R.G. The impact of psychiatric disorders on work loss day // Psychol. Med. 1997; 27: 861–863.

57. Klein D.F. Delineation of two drug-responsive anxiety-syndroms // Psychopharmacologia. 1964; 5: 397–402.

58. Kortlander E., Kendall P.C., Panichelli-Mindel S.M. Maternal expectations and attribution about coping in anxious children // Journal of Anxiety Disorders. 1997; 11: 297–315.

59. Kreitman N., Sainsbury P., Pearce K. & Costain W. Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital // Brit J Psychiat. 1965; 3: 607–615.

60. Leff J. Review Article. Controversial Issues and Growing Points in Research on relatives expressed emotion. // The International J of Social Psychiatry. 1989; 35: 2: 133–145.

61. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., Sturgeson D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic Patients: two year follow up // British J of Psychiatry. 1985; 146: 594–600.

62. Lewinsohn P.M., Rosenbaum M. Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives and non-depressives // Journal Pers Soc Psychology 1987; 52: 137–152.

63. Liebman R., Honig P. & Berger M. An integrated treatment program for pain // Fam Proc. 1976; 15: 397–405.

64. Merskey H. & Boud D. Emotional adjustment and chronic pain // Pain. 1978; 5: 173–178.

65. Mohamed S.N., Weisz G.M. & Waring E.M. The relationship of chronic pain to depression, marital adjustment, and family dynamics // Pain. 1978; 5: 285–295.

66. Neale M.C., Walters E. et al. Depression and parental bonding: cause, consequence or genetic covariance? // Genetic Epidemiology. 1994; 11: 503–522.

67. Parker G. Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics // British journal of psychiatry. 1979; 135: 555–560.

68. Parker G. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation // Journal of Affective Disorder. 1981; 3: 131–140.

69. Parker G. Parental style and parental loss. - In Handbook of Social Psychiatry. / Ed. A.S. Henderson and G.D. Burrous. Amsterdam: Elsevier, 1988.

70. Parker G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression // Soc Psychiatry – Psychiatry Epidemiology. 1993; 28: 97–100.

71. Parker G., Hadzi-Pavlovic D. Parental representation of melancholic and non-melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive effects // Psychological Medicine. 1992; 22: 657–665.

72. Plantés M.M., Prusoff B.A., Brennan J., Parker G. Parental representations of depressed outpatients from an USA sample // Journal of Affective Disor-

der. 1988; 15: 149–155.

73. Payne B., Norfleet M. Chronic Pain and the Family: a Review. // Pain. 1986; 26: 1–22.

74. Perris C., Arrindell W.A., Perris H. et al. Perceived depriving parental rearing and depression // British Journal of Psychiatry. 1986; 148: 170–175.

75. Pike A., Plomin R. Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996; 35: 560–570.

76. Plomin R., Daniels D. Genetics and shyness. In W.H. Jones, J.M. Check, S.R. Briggs (Eds.) Shyness: Perspectives on research and treatment. New York, Plenum Press, 1985; 63–80.

77. Rapee R.M. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression // Clinical Psychological Review. 1997; 17: 47–67.

78. Reiss D., Hetherington E.M., Plomin R. et al. Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence // Arch. Gen. Psychiat. 1995; 52: 925–936.

79. Rief W., Hiller W. Somatisierungsstörung und Hypochondrie. – Goettingen- Bern-Toronto-Seattle: Hogrefe, Verlag fuer Psychologie, 1998.

80. Rueter M.A., Scamarella L., Wallace L.E., Conger R.D. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal history of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements // Arch Gen Psychiatry. 1999; 56: 726–732.

81. Roy R. Pain-prone patient: a revisit. // Psychoter. Psychosom. 1982; 37: 202–213.

82. Schaffer D., Donlon P. & Bittler R. Chronic pain and depression: a clinical and family history survey // Amer J Psychiat. 1980; 137: 118–120.

83. Scott J., Barher W.A., Eccleston D. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity // British Journal of Psychiatry. 1998; 152: 28–33.

84. Swanson D. Chronic pain as a third pathologic emotion // Amer J Psychiatry 1984; 141.

85. Stein M.B. et al. Enhanced dexamethason suppression of plasma cortisol in an adult women traumatized by childhood sexual abuse // Biological Psychiatry. 1997; 42: 680–686.

86. Tarrier N. Electrodermale Aktivität expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie. // Schizophrenie als systematische Störung – Bern. 1986; 106–116.

87. Tarrier N., Vaughn C., Lader M.H., Leff J.P. Bodily Reaction to People and Events in Schizophrenics // Arch General Psychiatry. 1979; 36: 3: 311–315.

88. Turkat I. & Rock D. Parental influences of illness behavior development in chronic pain and healthy individuals // Pain. 1984; Suppl 2: S15.

89. Vaughn C., Leff J.P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of the Psychiatric Illness // Brit J of Psychiatry - L. 1976; 129: 2: 125–137.

90. Violon A. The onset of facial pain // Psychoter Psychosom. 1980; 34: 11–16.

91. Waring E. Marriages of patients with psychosomatic illness. // Gen. Hosp. Psychiat., 1983, N 5, 49–53. Swanson D. Chronic pain as a third Pathologic emotion // Amer J Psychiat 1984; 141: 210–214.

92. Warren S.L. et al. Behavioral genetic analyses of self reported anxiety at 7 years of age // Journal American Academia Child Adolescence Psychiatry. 1999; 39: 1403–1408.

93. Wittchen H.U., Essau C.A. Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues // J Psychiatr Res. 1993; 27: Suppl: 47–68.