

## ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.ХОЛМОГорова, Е.ПОЛКУНОВА \*

В статье представлены результаты экспериментального исследования особенностей, которые отличают нуклеарные и «расширенные» семьи (семейные системы) пациентов, страдающих депрессивными расстройствами. Изучение строилось на основе четырех-аспектной модели анализа семейной системы. Она включает рассмотрение структуры семьи, ее микродинамики (внутрисемейные коммуникации, функции контроля, выражение чувств), макродинамики (трехпоколенная семейная история) и семейной идеологии (нормы, ценности, идеалы). В фокусе внимания авторов также – специфика субъективных родительских образов, закрепившихся в восприятии пациентов. Полученные данные подсказывают пути реконструкции семейной системы депрессивных больных. Статья сопровождается обзором зарубежных и отечественных литературных источников по теме исследования.

По данным годового отчета ВОЗ, в настоящее время в мире 121 млн. человек страдают депрессией. Эмоциональные расстройства в форме депрессий становятся причиной социальной дезадаптации, алкоголизма и даже смертности больных. Современные исследования, ведущиеся в области психиатрии, подтверждают биопсихосоциальную природу психических заболеваний или, если использовать ставшую популярной терминологию, их диатез-стрессовую модель. Согласно этой модели, биологическая уязвимость (биологический диатез) выливается в болезнь только при условии воздействия стрессоров – неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов (Холмогорова, Гаранян, 1999).

В современной культуре существуют и достаточно специфические моменты, способствующие росту общей массы отрицательных эмоций, а также их переживаний в форме тоски, страха, агрессии и одновременно затрудняющие психологическую переработку этих чувств (Холмогорова, 2000).

О влиянии семейных факторов на развитие депрессивных расстройств упоминается во многих работах, где так или иначе затрагивается эта проблема (Гарбузов, Захаров, 1977; Захаров, 1988; Ким, 1997; Richter, G.Richter, Eisemann, 1990). Особую ценность в этом смысле представляют комплексные исследования, где сопоставляется удельный вес генетических и психологических факторов в формировании депрессивных рас-

---

\* Холмогорова А.Б., Полкунова Е.В. – МГППУ, Тамбовская психиатрическая больница.

стройств (Pike, Plomin, 1996). В ряде работ выявляется связь между стрессовыми событиями, пережитыми пациентами в детстве, и депрессивным состоянием, возникшим у тех же пациентов в более позднем возрасте (Brown, Moran, 1994; Kendler, Kessler, 1993; McCauley, Kern et al., 1997). К сожалению, систематических психологических исследований по этой теме сравнительно немного. К тому же, основная их масса была проведена за рубежом.

Наличие связи между дисфункциональным родительским воспитанием и депрессией у взрослых получило теоретическое обоснование в работах, авторы которых принадлежат самым разным психотерапевтическим школам и направлениям (Beck, 1967; Blatt, 1974, 1979; Parker, 1981). Указанные авторы, а также ряд других (Brown, Moran, op.cit.; Quinton, Rutter, Gulliver, 1990) изучали специфику детско-родительских отношений у взрослых пациентов, страдающих депрессивными расстройствами. Среди прочих особенностей были выявлены повышенный контроль со стороны родителей, наличие какого-либо психического заболевания хотя бы у одного из родителей, а также детский травматический опыт. Один из наиболее известных исследователей семейного контекста депрессий Г.Паркер характеризует стиль воспитания в родительских семьях этих пациентов как «холодный контроль» (*affectionless control*), подчеркивая тем самым низкий уровень тепла и заботы при высокой доминантности одного из родителей в качестве наиболее типичной черты.

Определенный вклад в изучение семейного аспекта эмоциональных расстройств внесли и отечественные исследователи (Воликова, Холмогорова, 2001; Прихожан, 2000; Спиваковская, 1988; Холмогорова, 1996; Холмогорова, Гаранян, 1998). В экспериментально-психологическом исследовании А.Б.Холмогоровой и С.В.Воликовой были выделены семейные факторы различных эмоциональных расстройств (депрессивных, тревожных, соматоформных). В родительских семьях депрессивных пациентов отмечались высокий уровень родительских стандартов, требований к ребенку и соответственно критики в его адрес, а также высокая частота семейного стресса в виде алкоголизации, драк, жестокого обращения в семье.

Работы, посвященные изучению репрезентации образа родителей у больных депрессивными расстройствами, в отечественной литературе практически отсутствуют, а в зарубежной – крайне малочисленны. Согласно этим исследованиям, депрессивные пациенты характеризуют своих родителей сочетанием высокого уровня контроля и отсутствия достаточной заботы с их стороны (Blatt, Wein, 1979; Parker, 1981; Parker, Hadzi-Pavlovic, 1992; Plantés, Prusoff, Bennen, Parker, 1988; Whisman, Kwon, 1992). Актуальность подобных исследований получила обоснование в тео-

рии объектных отношений, согласно которой родительские «интроекты» во многом определяют отношения с другими людьми и обуславливают межличностные трудности пациентов, страдающих депрессивными расстройствами. В рамках аналитической традиции неоднократно указывалось на крайне амбивалентный характер, которым отличаются отношения с объектами привязанности у больных, страдающих депрессией (Abraham, 1949; Arietti, Vemporad, 1978; Fairbairn, 1951).

Согласно теории привязанности Боулби (Bowlby, 1988), характер отношений с близкими в раннем детстве определяет трудности во взаимоотношениях с окружающими людьми во взрослом возрасте (Смирнова, 1995; Искольдский, 1985; Brugha, 1995). Одним из основных понятий теории привязанности является понятие «рабочей модели» (*working model*) или модели, на основе которой происходит взаимодействие ребенка с миром. Рабочая модель включает образ себя и образ близкого человека (я-другой), при этом восприятие себя во многом определяется отношениями с объектом привязанности. Глубинная память сохраняет образы и образцы поведения с близкими людьми, которые постоянно повторяются в ситуациях взаимодействия с другими.

Методологическую основу данной работы составляет многофакторная модель эмоциональных расстройств, согласно которой семейные психологические факторы вносят важный вклад в формирование уязвимости к эмоциональным, в том числе депрессивным расстройствам (Холмогорова, Гаранян, 1999).

В рамках данного исследования предпринята попытка изучения образов родителей у депрессивных пациентов и реконструкции на их основе особенностей семейной системы с опорой на *четырёх-аспектную модель анализа семейной системы* (Холмогорова, 2000). Согласно этой модели, описание семейной системы наиболее полно охватывается на основе учета следующих ее аспектов:

- 1) *структура* семьи (иерархия или отношения доминантности в семье, взаимная близость членов семьи, внешние границы и границы между подсистемами и др.);
- 2) *микродинамика* (особенности коммуникаций, выражения чувств, функции контроля и др.);
- 3) *макродинамика* (семейная история);
- 4) *семейная идеология* (нормы, ценности, идеалы и др.).

На основе анализа имеющихся теоретических и эмпирических исследований были выдвинуты две *гипотезы*:

1) *образы родителей* у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, отличаются более амбивалентными, противоречивыми характеристиками, сравнительно с таковыми у здоровых испытуемых;

2) у больных, страдающих депрессивными расстройствами, по сравнению с нормой, отмечается более значительный разрыв между идеальным и реальным родительскими образами.

Имеющиеся в литературе данные и клинические наблюдения позволили выдвинуть также гипотезы относительно особенностей родительской *семейной системы*, в условиях которой росли и воспитывались депрессивные больные:

1) в родительской подсистеме в семьях пациентов имеют место нарушения;

2) нарушения затрагивают коммуникативные процессы, касаясь, прежде всего, открытого выражения чувств в семье;

3) семейная история депрессивных пациентов характеризуется более высоким, чем история семей здоровых испытуемых, показателями стрессогенности;

4) центральной характеристикой отношений между членами семьи у депрессивных больных является дефицит эмоциональных поддерживающих связей.

Было обследовано *две группы испытуемых*:

– основную группу составили 26 депрессивных пациентов;

– в контрольную вошли 30 здоровых испытуемых, демографические показатели которых совпадают с показателями основной группы.

Согласно МКБ-10, пациенты распределялись по *диагнозам* следующим образом: 27% – умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами (*F 32.11*); 23% – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (*F 41.2*); более 19% – умеренный депрессивный эпизод (*F 32.1*); более 15% – дистимия (*F 34.1*); 11,5% – легкий депрессивный эпизод (*F 32.0*); около 4% – тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (*F 32.2*).

В работе использовались следующие *методики*:

– структурированное интервью на основе *Шкалы семейного стресса (СС)*, разработанной А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян;

– опросник *Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК)* А.Б.Холмогоровой;

– методика *анализа сочинений* («Моя мать», «Мой отец»);

– методика измерения *разрыва объектных репрезентаций (РОР)* А.Б.Холмогоровой, Е.В.Полкуновой.

Для статистической обработки данных использовался пакет *SPSS*\*.

Необходимо отметить, что причины, побудившие больных обратиться к психиатру, сами пациенты часто связывают с семейными дисфункциями. Ситуации, провоцирующие депрессию, разделились на четыре группы. Как видно из табл. 1, чаще всего провоцируют депрессию острые и хронические семейные стрессы.

Таблица 1

**Типы стресса, на фоне которого возникло депрессивное состояние пациентов**

Социальные стрессы	Хронические семейные стрессы	Острые семейные стрессы	Разрыв или угроза разрыва значимых отношений с партнером
26,9%	26,9%	30,7%	15,3%

Типичные стрессогенные события и хронические стрессоры в семейной истории больных позволила выявить *шкала семейного стресса (СС)*, составленная ее авторами на основе опыта психотерапевтической работы с больными указанной группы с помощью метода генограмм. Шкала представлена 11-ю показателями. Это субъективная оценка, которую пациент дает своей собственной жизни и жизни родителей и других родственников (в таблице – графа «тяжелая жизнь»); упоминание случаев ранних смертей в семейной истории; разводов, фактов неполных семей, тяжелых болезней и несчастных случаев, происходивших с испытуемыми или их родственниками; наличие членов семьи, пострадавших от войн и репрессий; случаи непосредственного присутствия испытуемого при смерти кого-либо из родственников или тяжелом заболевании; алкоголизации членов семьи; жестокое обращение; драки.

Необходимо пояснить некоторые из перечисленных факторов.

Показатель «*тяжелая жизнь*» вступал в силу в тех случаях, когда испытуемые сообщали о крайне бедном материальном положении своих родителей, раннем начале их трудовой биографии, пребывании в детском доме одного из них, неполных многодетных семьях (например, отмечая, что мать или отец росли в многодетных семьях, многие пациенты упоминали в то же время о гибели на войне главы семьи, из-за чего бремя заботы о детях целиком перекладывались на плечи матери или старших братьев и сестер) и т.д.

Показатель «*жестокое отношение*» отмечался тогда, когда испытуемые рассказывали о регулярных побоях и унижениях, которые они терпели со стороны родителей или других родственников, представляю-

\* Консультант по обработке данных – М.Г.Сорокова, кандидат математических наук.

щих обычно старшее поколение. Часто вспоминается, как пьяный отец, отчим, дед могли избить, выгнать семью из дома (например, зимой ночью раздетыми).

Показатель «драки» также отмечался при условии регулярности данного события в семье.

Структурированное интервью с испытуемыми на основе данной шкалы охватывало историю 3-х поколений, все данные подробно фиксировались, что позволяло позднее проводить анализ как нуклеарной семьи (собственная семья испытуемого и та, в которой он вырос, включая родителей, братьев/сестер), так и расширенной (несколько поколений – родители, дедушки/бабушки, тети/дяди, семьи братьев/сестер). Показатели подсчитывались отдельно для нуклеарной и расширенной семей (см. табл. 2).

Таблица 2

**Наличие стрессогенных факторов в расширенной семье по самоотчету испытуемых основной и контрольной групп (по данным Шкалы семейного стресса)**

Группы Показатели	Норма N=30 M (SD)	Депрессия N=26 M (SD)
1. Тяжелая жизнь	0,60 (0,50)	0,85 (0,37)
2. Ранние смерти	0,20 (0,41)	<b>0,58*</b> <b>(0,50)</b>
3. Тяжелые болезни	0,47 (0,51)	<b>0,69*</b> <b>(0,47)</b>
4. Разводы	0,53 (0,51)	0,69 (0,47)
5. Несчастные случаи	0,37 (0,49)	<b>0,73*</b> <b>(0,45)</b>
6. Неполные семьи	0,30 (0,47)	0,23 (0,43)
7. Жертвы войн и репрессий	0,43 (0,50)	0,65 (0,49)
8. Присутствие при болезни или смерти родственников	0,33 (0,48)	0,42 (0,50)
9. Алкоголизм	0,37 (0,49)	<b>0,73*</b> <b>(0,45)</b>
10. Жестокое обращение	0,10 (0,31)	<b>0,46**</b> <b>(0,51)</b>
11. Драки	0,10 (0,31)	<b>0,46**</b> <b>(0,51)</b>

**Условные обозначения:**

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение;

\*\* значимость при  $p < 0,001$  (*Chi-Square Test*);

\* значимость при  $p < 0,05$  (*Chi-Square Test*).

Приведенные в табл. 2 данные свидетельствуют о том, что в *расширенной* семье статистические различия между нормой и больными существенно чаще выявляются по показателям *ранние смерти и тяжелые болезни, несчастные случаи*, а также *драки, жестокое обращение, алкоголизация*. В семьях больных алкоголизмом наследственность зачастую отягощена в нескольких поколениях. С этим, как правило, связано и жестокое обращение с близкими: драки родителей на глазах детей, побои самих детей.

Например, пациент В. (38 лет, F32) рассказывает: “Часто отец в пьяном виде выгонял нас с матерью на улицу зимой, кидался на нас с топором”.

**Таблица 3**

**Наличие стрессогенных факторов в нуклеарной семье по самоотчету испытуемых основной и контрольной выборок (по данным Шкалы семейного стресса)**

Группы Показатели	Норма (N=30) M (SD)	Депрессия (N=26) M (SD)
1. Тяжелая жизнь	0,23 (0,43)	<b>0,69*</b> <b>(0,47)</b>
2. Ранние смерти	0,03 (0,18)	<b>0,23*</b> <b>(0,43)</b>
3. Тяжелые болезни	0,27 (0,45)	0,31 (0,47)
4. Разводы	0,33 (0,48)	0,23 (0,43)
5. Несчастные случаи	0,17 (0,38)	<b>0,50*</b> <b>(0,51)</b>
6. Неполные семьи	0,17 (0,38)	0,23 (0,43)
7. Жертвы войн и репрессий	- -	0,04 (0,20)
8. Присутствие при смерти близких	0,23 (0,43)	0,38 (0,50)
9. Алкоголизм	0,27 (0,45)	<b>0,65*</b> <b>(0,49)</b>
10. Жестокое обращение	0,07 (0,25)	<b>0,50**</b> <b>(0,51)</b>
11. Драки	0,03 (0,18)	<b>0,58**</b> <b>(0,86)</b>

**Условные обозначения:**

*M* – среднее значение; *SD* – стандартное отклонение;

\*\* значимость при  $p < 0,001$  (Chi-Square Test);

\* значимость при  $p < 0,05$  (Chi-Square Test).

Табл. 3 позволяет увидеть статистические различия между нормой и депрессивными пациентами в отношении стрессогенных событий в *нуклеарной* семье. Они достоверно обнаруживаются по шести подшкалам из одиннадцати. Здесь существенно чаще, сравнительно с нормой, отмечаются *драки, жестокое обращение, алкоголизация, несчастные случаи, ранние смерти, тяжелые жизненные обстоятельства*.

При сравнении табл. 3 и 4, то есть данных расширенной и нуклеарной семей, мы видим, что основная тенденция сохраняется, добавляются лишь различия по показателю *тяжелые жизненные обстоятельства*. Последние часто обусловлены трудностями военного и послевоенного времени, которые затронули родительскую семью, вплоть до ранних детских смертей от истощения.

Нельзя обойти вниманием еще одно свойство, присущее нашим пациентам, в отличие от здоровой выборки: в целом, они хуже информированы о своей семейной истории, меньше проявляют к ней интереса, сообщаемые ими данные фрагментарны и достаточно скудны по содержанию.

Изучение микродинамики позволило выявить ряд особенностей коммуникаций в родительских семьях больных. Благодаря факторному анализу данных, полученных с помощью опросника «*Стиль эмоциональных коммуникаций*» (СЭК), было выделено 7 факторов, которые представлены в табл. 4.

Из табл. 4 видно, что родительские семьи депрессивных пациентов характеризуются большей дисфункциональностью сравнительно с семьями здоровых испытуемых. Статистически значимые различия отмечаются по факторам родительской критики и элиминирования эмоций в семье.

Таблица 4

**Эмоциональные коммуникации в родительских семьях по самоотчету пациентов с депрессивными расстройствами и здоровых испытуемых (по данным опросника «Семейные эмоциональные коммуникации»)**

Показатели \ Группы	Норма (N=30) M (SD)	Депрессия (N=26) M (SD)
1.Фактор родительской критики	6,79 (3,06)	<b>8,07*</b> <b>(3,79)</b>
2.Индукция тревоги	10,50 (4,02)	11,07 (4,08)
3.Элиминирование эмоций	6,39 (3,62)	<b>9,00*</b> <b>(3,44)</b>
4.Фактор внешнего благополучия	5,43 (1,50)	5,30 (1,77)
5.Фиксация на негативных переживаниях	5,25 (1,78)	5,37 (1,80)



6.Индукция недоверия к людям	2,32 (1,02)	2,78 (1,48)
7.Семейный перфекционизм	3,75 (1,43)	3,81 (1,66)

**Условные обозначения:**

*M* – среднее значение; *SD* – стандартное отклонение;

\*\* значимость при  $p < 0,001$  (критерий Манна-Уитни);

\* значимость при  $p < 0,05$  (критерий Манна-Уитни).

Фактор *родительской критики* оценивает наличие критики в адрес ребенка, особенно при сравнении с другими детьми, когда он проявляет какие-либо негативные эмоции или допускает ошибки в какой-либо деятельности.

Например, мать пациентки А. (34 года, F41.2) постоянно сравнивала дочь в детстве, и не в ее пользу, со старшей сестрой, повторяя: “Никчемная, ни рук, ни мозгов, не то, что сестра...”

Фактор *элиминирования эмоций* тестирует запрет на выражение эмоций в семье, прежде всего, негативных. Это проявляется в наказании или неодобрении выражения эмоций или подкреплении неэмоционального поведения, а также в отсутствии темы эмоций в семейных взаимодействиях.

Полученные результаты позволяют предполагать, что в семьях пациентов с депрессивными расстройствами постоянная родительская критика, запрет на выражение эмоций в семье, особенно негативных, делая практически невозможным их выражение, могли приводить к накоплению негативных эмоций и общего эмоционального напряжения, разрядка которых также оказывалась под запретом.

Для изучения разрыва между образом реального и идеального родителя нами была разработана специальная методика, названная *Методикой измерения расщепленности объектных репрезентаций (POP)*.

Проведение методики включает два этапа.

1. На первом этапе испытуемому предлагается составить список качеств идеального объекта и проранжировать их в порядке убывания значимости (выбор объекта зависит от целей исследования, в данном случае это образ родителя).

**Инструкция:** Напишите, пожалуйста, список качеств, которыми с Вашей точки зрения должен обладать идеальный отец (мать), и проранжируйте их по значимости цифрами 1, 2, 3, и т.д.

2. На втором этапе испытуемому предъявляется таблица следующего вида:

Соответствие Качества	Полностью соответствует	В основном соответствует	Мало соответствует	Совсем не соответствует
1.				
2.				
3.				

.....				
-------	--	--	--	--

**Инструкция:** Запишите, пожалуйста, в первом столбце перечисленные Вами качества идеального отца (матери). Оцените, в какой степени Вашему отцу (матери) присуще данное качество, поставив на-против этого качества знак плюс в соответствующем столбце.

При обработке подсчитывается *индекс расщепленности* между ре-альным и идеальным образом соответствующего объекта. Индекс подсчи-тывается следующим образом: качества, помещенные в соответствующий столбец, получают порядковый балл 1, 2, 3, 4. Затем подсчитывается об-щая сумма баллов, которая делится на количество выделенных на первом этапе качеств. Соответствующая цифра дает нам искомый индекс. Коли-чественный анализ может быть дополнен качественным анализом назван-ных качеств. Если обследуется клиническая группа, то изучаются ранго-вые позиции различных качеств, которые впоследствии сравниваются с аналогичными данными, полученными в контрольной группе.

Как показал анализ результатов, депрессивные пациенты, в отличие от группы здоровых испытуемых, испытывали большие затруднения в опи-сании «портрета» идеального родителя. Общая сумма перечисленных ка-честв идеальной матери у здоровых – 141, у больных – 113. Еще больший разрыв между больными и здоровыми отмечается в общей сумме перечис-ленных качеств идеального отца (здоровые – 133, больные – 86).

При этом в группе здоровых испытуемых не встречалось случаев пол-ного расхождения реальных портретов отца и матери с основными качест-вами идеального родителя. Между тем, в группе депрессивных больных нередки варианты, когда описания идеальной матери по наиболее значи-мым качествам (*не подавлять ребенка, откровенность, тактичность, умение выслушать, честность*) лишь незначительно соответствуют или вовсе не соответствуют реальному материнскому образу. В характери-стике идеального отца большинство пациентов на первом месте выделили *проявление любви к детям и доброте*. В реальном портрете данные каче-ства отнесены, в основном, в графы «мало соответствует» и «совсем не соответствует».

Статистическая обработка данных позволяет увидеть существенные различия в представлениях об идеальном и реальном родителе у депрес-сивных испытуемых и здоровых. Достоверные различия обнаружены в индексах разрыва объектных репрезентаций (индекс *ROP*), что равно рас-пространяется на образы как матери, так и отца: *индекс ROP у больных значимо выше, чем у здоровых*. Особенно велики различия в индексе раз-рыва репрезентаций реального и идеального отца (см. табл. 5).

Проведенное исследование подтверждает исходные гипотезы относи-тельно особенностей родительских репрезентаций у депрессивных боль-ных: *образы родителей характеризует выраженная амбивалентность с*

преобладанием негативных характеристик, а также выраженный разрыв репрезентаций реального и идеального родителя (индекс разрыва объектных репрезентаций статистически достоверно выше, чем в норме).

**Таблица № 5**

**Уровень разрыва реальных и идеальных родительских репрезентаций у здоровых и пациентов с депрессивными расстройствами (методика РОР)**

Репрезентации Испытуемые	Мать М (SD)	Отец М (SD)
Больные	<b>0,65 (0,59)*</b>	<b>1,42 (0,74)**</b>
Здоровые	0,36 (0,41)	0,57 (0,59)

**Условные обозначения:**

*M* – среднее значение; *SD* – стандартное отклонение;

\*\* значимость при  $p < 0,001$  (критерий Манна-Уитни);

\* значимость при  $p < 0,05$  (критерий Манна-Уитни).

Проведенное исследование родительских репрезентаций у больных депрессивными расстройствами позволяет провести реконструкцию особенностей их семейной системы. Выводы работы подтверждают исходные гипотезы.

1. *Структуре* родительской семьи депрессивных пациентов присущи нарушения, которые выступают в специфической иерархии с выраженным доминированием матери при слабой периферической фигуре отца.

2. Внутрисемейная *микродинамика* характеризуется отсутствием эмоциональной близости при высоком уровне контроля (сравнительно с нормой, статистически значимы различия по факторам родительской критики и элиминирования эмоций в семье).

3. Трехпоколенная история (*макродинамика*) нуклеарных семей депрессивных больных отличается большим количеством стрессогенных событий (драки, жестокое обращение, алкоголизация, несчастные случаи, ранние смерти, тяжелые жизненные обстоятельства). При анализе истории расширенной семьи выявляется накопление стрессогенных жизненных событий и хронических стрессоров. В частности, у всех групп больных отмечается большее, чем в норме, количество ранних смертей и тяжелых болезней, несчастных случаев, а также случаев жестокого обращения, драк и алкоголизации.

4. Семейная *идеология* характеризуется доминированием ценности соблюдения внешних приличий и нормативных требований (выполнение обязанностей), отсутствуют такие ценности, как искренность, открытость в отношениях, взаимная поддержка и тепло.

## ЛИТЕРАТУРА

- Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах. Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 4. – С. 49-60.
- Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.И. Неврозы у детей и их лечение. Л.: 1977.
- Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. – М.: Медицина, 1988.
- Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. – 1994. – № 6. – С.5-15.
- Смирнова Е.О. Теория привязанности. Концепция и эксперимент // Вопросы психологии. – 1995. – № 3. – С. 139-150.
- Искольдский Н.В. Исследование привязанности ребенка к матери // Вопросы психологии. – 1985. – № 6. – С. 146-152.
- Ким А.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана, Республики Корея. Автореф. канд. дисс. М., МНИИП МЗ РФ. – 1997.
- Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М. – МПСИ. – 2000.
- Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. М. – МГУ. – 1988.
- Холмогорова А.Б. Механизмы семейных эмоциональных коммуникаций при тревожно-депрессивных расстройствах. Тезисы I Всероссийской конференции Российского общества психологов. – 1996.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. Социальная и клиническая психиатрия. – 1998, № 1 – С.94-102.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура. Московский психотерапевтический журнал. – 1999, № 2 – С.61-90.
- Холмогорова А.Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении). Московский психотерапевтический журнал. – 2000. – № 3. – С.35-71.
- Abraham K. A short study of the development of the libido. In Selected Papers in Psychoanalysis. London: Hogarth Press. – 1949. – P.418-501.
- Arietti S. & Bemporad J.R. Severe and Mild Depression: The Therapeutic Approach. New York: Basic Books. – 1978.
- Beck A.T. Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row. – 1967.
- Blatt S.J. Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. Psychoanalytic Study of the Child . – Vol.29. – 1974. – P.107-157.
- Blatt S.J., Wein S.J. et al. Parental representations and depression in normal young adults. J. Abnormal Psychology. – Vol. 88. – 1979. – P.388-397.
- Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. American Journal of psychiatry. – Vol.145. – 1988. P.1-10.
- Brown G.W., Moran P. Clinical and psychological origins of chronic depressive episodes. The British Journal of Psychiatry. – 1994. – Vol. 165. – P.28-35.
- Brugha T.S. Social support and psychiatric disorder: overview of evidence. Social Support and Psychiatric Disorder (ed. by T.S.Brugha), Cambridge University Press. – 1995. – P.1-38.
- Fairbairn W.R.D. Object-relationships and dynamic structure In An Object-Relations Theory of the Personality New York. – Basic Books. – 1951.
- Kendler K.S. Kessler et al. The prediction of major depression in women: toward an integrated model. American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol.50.
- McCauley J., Kern D.E. et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. JAMA. – 1997. – P.227.
- Parker G. Parental reports of depressives: an investigation of several explanations. Journal of Affective Disorders. – 1981. – Vol.3. – P.131-140.
- Parker G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression. Social Psychiatry – Psychiatry Epidemiology. – 1993. – Vol.28. – P.97-100.
- Parker G., Hadzi-Pavlovic. Parental representations of melancholic and non – melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive effects. Psychological Medicine. – 1992. – Vol.22. – P.657-665.
- Pike A., Plomin R. Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology. Journal American Academy Adolescent Psychiatry. – 1996. Vol.5. – P.35.
- Plantes M.M., Prusoff B.A., Bennen J., Parker G. Parental representations of depressed outpatients from a USA sample. Journal of Affective Disorders. – 1988. – Vol.15. – P.149-155.
- Quinton D., Rutter M. & Gulliver L. Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in the children of psychiatric patients. In L.N.Robins & M.Rutter (Eds.) Straight and devious pathways from childhood to adulthood. – 1990. – P.259-278. Cambridge, England. – Cambridge University Press.
- Richter G. Richter & M.Eisemann. Parental rearing behaviour, family atmosphere and adult depression: a pilot study with psychiatric inpatients. Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1990. – Vol.82. – P.219-222.
- Rodgers B. Reported parental behaviour and adult affective symptoms. Psychological Medicine. – 1996. – Vol.26. – P.63-77.
- Whisman M.A., Kwon P. Parental representations, cognitive distortions, and mild depression. Cognitive Therapy and Research. – 1992. – Vol.16. – P.557-568.