

СЕМЕЙНЫЕ ИСТОЧНИКИ НЕГАТИВНОЙ КОГНИТИВНОЙ СХЕМЫ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (НА ПРИМЕРЕ ТРЕВОЖНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ)

С.ВОЛИКОВА, А.ХОЛМОГорова*

Из результатов эпидемиологических исследований и из опыта работы известно, что с каждым годом в мире растет число людей, страдающих тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами.

По данным зарубежных и отечественных исследователей (*Regier, Boyd, Rotshstein, Богдан, Долгов, 1997*), число больных депрессией в цивилизованных странах колеблется сейчас в пределах 5-12% от общей численности населения и продолжает расти. По данным Национального комитета по психическому здоровью США, к 2020 году депрессия выйдет на второе место после сердечно-сосудистых заболеваний в качестве причины нетрудоспособности населения.

По данным Ж.Шиньона (1991), 15% населения США когда-либо страдали тревожными расстройствами. Растет число детей и подростков с тревожными расстройствами. По некоторым данным, в нашей стране за одно десятилетие – с 80-х годов по конец 90-х – их количество выросло в пять раз (*Прихожан, 2000*). Поэтому исследование факторов, способствующих возникновению эмоциональных расстройств, определение мишеней психотерапевтических интервенций, вопросы профилактики остаются сегодня чрезвычайно актуальными.

За годы своего существования когнитивная психотерапия убедительно доказала эффективность разработанных в ее рамках технических средств в лечении тревожных и депрессивных расстройств. А.Бек в качестве основной мишени в психотерапии тревожных и депрессивных расстройств вы-

* *Воликова С.В. – старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии МГППИ.*

делил так называемую негативную когнитивную схему (1979). Под этим понятием подразумевается устойчивый набор представлений человека о себе, определенных убеждений, которых он придерживается. Различают два основных типа подобных убеждений:

1. *Базисные* – глубинные, безусловные, сверхобобщенные верования, убеждения, установки человека, касающиеся себя самого, мира и других людей. Такого рода убеждения формируются в детстве в процессе взаимодействия ребенка со значимыми для него людьми и первых столкновений с целым рядом различных ситуаций. Базисные убеждения могут быть как позитивными, так и негативными. А.Бек обнаружил, что у людей, страдающих тревожным или депрессивным расстройством, преобладают именно негативные базисные убеждения, и в проблемных для человека ситуациях они активизируются в первую очередь. По мнению Бека, в содержательном плане в ряду этих убеждений, в свою очередь, также могут быть выделены две основные группы:

a) я некомпетентен (глуп, беспомощен, дефектен и др.);

b) меня нельзя любить (я недостоин любви, я хуже других людей).

Важно отметить, что пациенты могут иметь негативные базовые убеждения, которые касаются других людей и мира в целом ("*люди ненадежны, на них нельзя положиться*"; "*мир опасен, враждебен*").

2. *Промежуточные* – второй тип убеждений, составляющих негативную когнитивную схему. Это убеждения или правила, которые помогают человеку жить со своими базовыми убеждениями, помогают ему приспособиться к жизни. Так, если базовое убеждение "*Я глуп*", то промежуточным может быть: "*Если я буду делать все очень тщательно и постараюсь не ошибаться, то никто не заметит моей глупости*".

А.Бек выделил негативные базовые и промежуточные убеждения, основываясь, прежде всего, на огромном опыте психотерапевтической работы с тревожными и депрессивными больными. Однако строгие психологические исследования факторов, влияющих на формирование подобных негативных убеждений, стали проводиться только в последнее время.

Значимость семейных факторов упоминается во многих работах, посвященных проблеме развития депрессивных и тревожных расстройств (Хелл, 1999; Захаров, 1998; Ким, 1997; Эйдемиллер, Юстицкис, 1999 и др.). Однако специальных психологических исследований по этой теме не столь много. Основная их масса проведена за рубежом. Имеются работы, где приводятся убедительные данные, показывающие, что эмоциональное расстройство у матерей повышает у их детей риск заболевания депрессией (Ferro, 2000). В ряде исследований выявлена связь между переживанием стрессовых событий в детские годы и депрессивными состояниями во взрослом возрасте (Brown, Moran, 1994; McCauley et al., 1997). Так, К.Кендлер, про-

водя генетическое исследование 680 близнецов, выявил, что на развитие большой (*major*) депрессии влияют стрессовые события в жизни пациентов, в том числе и пережитые в раннем детстве (*Kendler et al., 1993*). О вкладе семейных факторов в формирование депрессивных и тревожных расстройств свидетельствуют данные и других генетических исследований. В одном из них, например, раскрывается, что негативное, критическое отношение со стороны матери к одному из сиблингов повышает у последнего риск заболеть депрессией (*Pike, Plomin, 1996*). Среди отечественных исследователей определен вклад в изучение семейного аспекта эмоциональных расстройств внесен работами А.М.Прихожан (2000) и А.С.Спиваковской (1988). Данная тема разрабатывалась ранее и авторами настоящей статьи (*Холмогорова, Гаранян, 1996, 1998; Холмогорова, Воликова, 2000*).

В целом, различные исследователи считают актуальные семьи пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами более дисгармоничными сравнительно с нормой (много критики, недостаток эмоциональной поддержки, зависимые отношения и пр.). Существенно меньше работ посвящено родительской семье пациентов. Проведенные исследования выявляют различные нарушения детско-родительских отношений (среди прочего – повышенный контроль со стороны родителей), наличие какого-либо психического заболевания одного из родителей, пережитый в семье детский травматический опыт.

Задача данного исследования – выделение и изучение семейных факторов (рассматриваются как родительская, так и актуальная семья), влияющих на формирование депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств, а также уточнение мишеней психотерапии в указанной группе больных.

В ходе работы было обследовано 48 депрессивных, 49 тревожных и 53 соматоформных пациента и аналогичная по демографическим показателям группа здоровых испытуемых.

Основываясь на имеющихся исследованиях по данной проблематике, а также на опыте психологов, работающих с данной группой больных, мы выдвинули следующие гипотезы: *во-первых*, больные тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами переживали и переживают больше стрессогенных событий, связанных с семейной жизнью; *во-вторых*, в семьях данной группы больных нарушены эмоциональные коммуникации и преобладает паттерн индуцирования негативных эмоций.

Для проверки данных гипотез – использовались следующие методики:

- шкала стрессогенных событий;
- опросник “Стили эмоциональных коммуникаций”;
- немецкий опросник семейной динамики.

Шкала стрессогенных событий была составлена А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян на основе опыта психотерапевтической работы с больными указанными групп с помощью метода генограммы, который позволил выявить наиболее часто встречающиеся, типичные события в семейной истории больных. Шкала представлена одиннадцатью показателями: субъективная характеристика жизни своих родителей; наличие ранних смертей в семейной истории; разводы и неполные семьи; тяжелые болезни и несчастные случаи, происходившие с испытуемыми или их родственниками; наличие членов семьи, пострадавших от войн и репрессий; непосредственное присутствие испытуемого при тяжелом заболевании или смерти кого-либо из родственников; алкоголизации членов семьи; жестокое обращение в семье, драки.

Опросник “Стили эмоциональных коммуникаций”, разработанный под руководством А.Б.Холмогоровой, тестирует два паттерна эмоциональных коммуникаций в родительских семьях испытуемых: элиминирование и стимуляция негативных эмоций. Под элиминированием понимается запрет на выражение чувств в семье; под стимуляцией – индуцирование отрицательных эмоций, фиксация на них.

Опросник семейной динамики тестирует различные стороны семейного функционирования.

Предварительные результаты*

Начнем с результатов, полученных нами на основе применения шкалы стрессогенных событий (см. табл. 1). Сравниваются данные, характеризующие нуклеарные семьи экспериментальной выборки и контрольной.

* Обработка результатов проводилась при непосредственном участии кандидата физико-математических наук М.Г.Сороковой на основе пакета SPSS.

Таблица 1

Сравнительные данные интенсивности стрессогенных событий в семьях пациентов и испытуемых контрольной выборки – средние значения (стандартное отклонение)

группы показатели	норма	соматоформные	депрессивные	тревожные
1. Тяжелая жизнь	0,66 (0,48)	0,85 (0,36)	0,85 (0,36)	0,73 (0,45)
2. Ранние смерти	0,19 (0,39)	0,47* (0,5)	0,17 (0,39)	0,10 (0,30)
3. Тяжелые болезни	0,33 (0,48)	0,53 (0,5)	0,45 (0,51)	0,48 (0,5)
4. Разводы	0,48 (0,5)	0,56 (0,5)	0,38 (0,49)	0,5 (0,5)
5. Несчастные случаи	0,15 (0,36)	0,38* (0,49)	0,37 (0,49)	0,2 (0,4)
6. Неполные семьи	0,04 (0,2)	0,21* (0,41)	0,28 (0,46)	0,19 (0,4)
7. Жертвы войн и репрессий	0,04 (0,19)	0,13 (0,34)	0,07 (0,26)	0,13 (0,34)
8. Присутствие при смерти близких	0,22 (0,42)	0,48* (0,5)	0,24 (0,44)	0,34 (0,48)
9. Алкоголизм	0,33 (0,48)	0,51 (0,5)	0,48 (0,51)	0,46 (0,5)
10. Жестокое обращение	0,18 (0,39)	0,42* (0,49)	0,31 (0,47)	0,47* (0,51)
11. Драки	0,07 (0,26)	0,29* (0,46)	0,31* (0,47)	0,34* (0,48)

--	--	--	--	--

Примечание: различия статистически достоверны при $p < 0,05$.

Использовался Chi-Square tests.

Как показал анализ результатов, пациенты, в отличие от группы здоровых испытуемых, хуже информированы о своей семейной истории: они чаще отвечали “не знаю” на заданные вопросы. Обработка данных выявила, что для больных более значимыми оказались стрессогенные события в нуклеарной, нежели в расширенной семье. К нуклеарной мы относили не только актуальную семью пациентов (супруг, дети), но и родительскую (родители, братья/сестры). Исследование продолжается, и на данном его этапе происходит необходимый дополнительный набор групп тревожных и депрессивных пациентов. Однако уже сейчас получены статистически достоверные различия по следующим показателям (табл. 1):

– между нормой и группой депрессивных пациентов – по показателю *драки*;

– между нормой и тревожными – по показателям *драки* и *жестокое обращение*;

– между нормой и соматоформными – по показателям *ранние смерти, несчастные случаи, присутствие при болезни и смерти родственника, драки, жестокое обращение, неполные семьи*.

Большинство из указанных факторов касается нарушения телесных границ человека. Иными словами, в семейной истории соматоформных больных много стрессовых событий, касающихся телесных аспектов, организма вообще, сохранности жизни и здоровья человека.

Из различий между нормой, с одной стороны, и тревожными и депрессивными больными, с другой, близки к статистически значимым различия по показателю *алкоголизм*. Этот показатель нуждается не только в количественной, но и качественной оценке. В отличие от нормы, в группе больных алкоголизировано большее количество ближайших родственников. Иногда можно говорить о сложившихся семейных сценариях, когда в семье пил дед, отец/отчим или мать, а теперь пьет муж, а также его родственники. Кроме того, важно отметить специфику алкоголизации в семьях больных и контрольной группы испытуемых. В семьях наших пациентов алкоголизация часто связана с жестоким обращением по отношению к членам семьи (т.е. отец не просто напивался, а бил, “гонял” жену и детей).

Таким образом, можно говорить о большем количестве стрессогенных событий в детстве и во взрослой жизни пациентов, а также о большей их вовлеченности в данные события, так как последние происходят и с ними самими, и с ближайшими родственниками.

Если говорить о специфике, отличающей каждую из трех групп пациентов с эмоциональными расстройствами, то предварительные данные позволяют заключить, что в нуклеарных семьях соматоформных пациентов преобладали стрессогенные события, касающиеся жизни и здоровья самого пациента или его ближайших родственников, а также нарушений телесных границ. Для тревожных и депрессивных пациентов характерны алкоголизация и различные жестокости в семейной истории. Все это, несомненно, способствует росту уровня негативных эмоций и формированию картины мира как угрожающего, опасного и непредсказуемого, а представления о себе – как о слабом и незащищенном.

Следующая группа данных получена с помощью опросника “Стили эмоциональных коммуникаций” в семье.

При обработке результатов был проведен факторный анализ. Статистически значимые различия между контрольной и экспериментальными группами были получены по факторам родительской критики, индуцирования тревоги в семье, а также индуцирования недоверия к людям (см. табл. 2).

Таблица 2

Особенности эмоциональных коммуникаций в родительских семьях пациентов и испытуемых контрольной выборки

показатели группы	родительская критика (mean rank)	индуциро- вание тревоги (mean rank)	недоверие к людям (%)
норма	80,10	85,2	16
депрессивные	121,54	117,61	44,2
тревожные	110,96	122,72	31,03
соматоформные	104,70	88,64	22,4
Test	0,005 (Kruskal-Wallis Test)	0,001 (Kruskal- Wallis Test)	0,02 (Chi-Square)

Примечание: различия достоверны при $p < 0,05$.

Фактор родительской критики оценивает наличие критики в адрес ребенка, когда он проявляет какие-либо негативные эмоции, допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими детьми. *Фактор индуцирования тревоги* оценивает фиксацию родителей на возможных трудностях, опасностях и жизненных неудачах. *Фактор индуцирования недоверия к людям* оценивает возможность доверия чужим, т.е. степень открытости семьи в контактах с окружающими.

Полученные данные позволяют предполагать, что в родительских семьях пациентов с эмоциональными расстройствами было больше запретов по поводу проявления негативных эмоций и, с другой стороны, наблюдалось индуцирование тревоги и недоверия к окружающим, что вело к накоплению тех же негативных эмоций при невозможности их выразить. Если говорить о специфике, характеризующей различные группы наших пациентов, то можно думать, что в родительских семьях депрессивных по отношению к детям преобладает тенденция к критике, а в семьях тревожных больных – к индуцированию тревоги, что вполне укладывается в логику данных заболеваний.

Рассмотрим результаты, полученные с помощью немецкого опросника семейной динамики. Он тестирует такие стороны семейного функционирования, как способность семьи адаптироваться в самых разных ситуациях, внутрисемейное распределение ролей, характер коммуникаций и проявления эмоций, аффективность восприятия отношений, контроль, адекватность семейных норм и ценностей.

Таблица 3

**Характеристика актуальных семей испытуемыми
экспериментальных и контрольной групп –
среднее значение (стандартное отклонение)**

показатели \ группы	норма	тревожные	депрессивные
адаптивность	4,16 (2,1)	5,9* (2,55)	6,29* (2,57)
ролевое поведение	4,92 (2,3)	6,47* (2,34)	6,53* (2,29)
коммуникации	2,88 (2,53)	4,7* (2,76)	4,67* (2,46)
выражение эмоций	3,92 (1,81)	4,13 (1,89)	5,18* (2,12)
аффективное восприятие от-	2,64 (2,26)	3,83* (2,81)	5,24* (2,94)

ношений			
контроль	3,64 (1,92)	5,73* (2,53)	5,69* (2,27)
ценности и нор- мы	3,24 (4,23)	4,47* (2,81)	5,73* (2,39)
общий балл се- мейной дис- функции	25,4 (11,9)	35,2* (14,7)	39,3* (13,2)

Примечание: различия статистически достоверны при $p < 0,05$.
При обработке использовался тест Манна и Уитни
(Mann-Whitney Test).

Анализ полученных данных показал, что семьи наших пациентов в целом более дисфункциональны, сравнительно с семьями здоровых испытуемых (различия по показателю общей дисфункции статистически существенны). Из таблицы 3 со всей очевидностью явствует, что группы больных расходятся с нормативной группой по всем показателям, кроме одного – проявления эмоций у тревожных пациентов. Таким образом, можно утверждать, что семьи больных – менее гибки, хуже адаптируются к новым жизненным ситуациям, отличаются трудностями обмена информацией (прежде всего, здесь не принято открыто обсуждать сложившиеся ситуации), нарушением распределения ролей (особенно в случаях необходимости их гибкого изменения с наступлением новых жизненных циклов), отсутствием взаимной заботы и игнорированием эмоциональных потребностей друг друга (отношения либо симбиотические, либо неадекватно далекие), проявление контроля зачастую деструктивно, присутствует несогласованность норм и правил между членами семьи.

Таким образом, можно сделать следующие *общие выводы:*

1. Больные тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами имели больше стрессогенных событий в семейной истории, чем здоровые испытуемые, и были с большей силой вовлечены в эти события.
2. В родительских семьях больных имело место индуцирование тревоги и недоверия к людям (особенно в семьях тревожных пациентов).
3. В детстве пациентов больше критиковали, в том числе и за проявление негативных эмоций (особенно в семьях депрессивных больных).
4. Семьи больных более дисфункциональны, в числе прочего в сфере внутрисемейных коммуникаций, а также заботы и удовлетворения эмоциональных потребностей членов семьи.

Эти факторы, с учетом влияний как родительской семьи пациентов, так и актуальной семейной жизни, могли способствовать накоплению негативного аффекта, а также формированию системы негативных представлений о себе и о мире.

Анализ раннего опыта наших пациентов позволяет выделить следующие основные источники негативной когнитивной схемы:

– Стрессовые события в семейной истории (алкоголизации, жестокость обращения и пр.), фиксация родителей на опасностях, которыми полон окружающий мир, и жизненных неудачах могли приводить к формированию картины мира как непредсказуемого, чреватого катастрофами, а также к представлениям о себе как о человеке, не способном повлиять на события. Как часто говорят наши пациенты: “От меня в жизни ничего не зависит. Я слишком слаб, чтобы что-либо в ней изменить. Мир жесток и опасен”.

– Родительская критика в адрес ребенка за возможные ошибки, постоянные нелюбимые сравнения ребенка с другими, особенно с более успешными детьми, могли приводить к формированию представлений о себе, как неудачливом, глупом, неспособном. “Я хуже других. Я глупее других”. Постоянная критика за ошибки и сравнение с другими приводят к привычке жить в режиме сравнения, к стремлению быть лучше других: “Я должен быть лучше других, иначе я никто”.

– Критика ребенка за проявление негативных эмоций приводит к запретам на проявление чувств, к представлению о том, что проявление чувств, способность делиться своими трудностями и переживаниями по их поводу – это слабость. “Нормальный человек не испытывает негативных эмоций. Рассказывать о своих проблемах – значит, показывать свои слабости”.

– Индуцирование недоверия создает представление об окружающих как о людях враждебных, критикующих, не способных оказать поддержку. “Люди враждебны. Доверять нельзя никому. Если ты обнаружишь свою слабость, тебе не помогут, лишь осмеют. Со всем надо справляться только самостоятельно. Ни на кого нельзя рассчитывать. Все сосредоточены только на себе”.

Все это позволяет наметить общие "мишени" психотерапевтической работы с соответствующей категорией пациентов. К ним относятся, прежде всего, осознание и выражение тревожными и депрессивными пациентами собственных негативных эмоций, воспроизведение и проработка травматических детских впечатлений и переживаний (родительская критика, болезненные для самолюбия ребенка сравнения с другими детьми), работа с возможностями личности противостоять жизненным стрессам (с собственной беспомощностью, например) и др. Все вышесказанное соотносится с негативной когнитивной схемой и мишенями, выделенными А.Беком.

Хотелось бы проиллюстрировать сказанное выше примером из практики.

Клинический случай. Пациентка К. 38 лет, замужем, имеет ребенка, не работает. Диагноз: агорафобия с паническими атаками (F 40.01). Стаж заболевания – 3 года.

В ходе психотерапевтической работы пациентка рассказала, что ее детство было очень тяжелым, росла с пьющим отцом, который не только пил, но и избивал их с матерью. Мать, в свою очередь, тоже могла накричать на дочку и ударить ее. В младшем школьном возрасте она была изнасилована, и очень боялась рассказать об этом маме, так как считала, что та может обругать ее, сказать, что сама виновата. Так, по словам пациентки, и вышло. В возрасте 13 лет мать надолго уехала за границу, оставив девочку с пьющим отцом. Сама пациентка так описывает свои переживания в детстве: “Мама вообще не признавала подруг и запрещала рассказывать кому-либо о том, что происходит у нас в семье. Говорила, что все должны думать, что у нас, будто бы, все хорошо. Я всегда чувствовала себя очень одинокой, незащищенной. Должна была подстраиваться под маму. Когда мама уехала, я очень быстро повзрослела, но по-прежнему испытывала страх и чувство одиночества. Никому не могла рассказать о пьющем отце, было стыдно”.

Отсюда *базовые убеждения*: “Я слабая, незащищенная, никому не нужна... Я плохая.

Промежуточные убеждения: “Если я буду под всех подстраиваться, буду для всех хорошей, меня не бросят. Если я буду скрывать свои недостатки, никто не узнает, какая я”.

Компенсаторная стратегия: быть для всех удобной.

Этот пример хорошо иллюстрирует сказанное выше. Конечно, не во всех семьях больных были пьющие родители и ребенок перенес такие тяжелые потрясения, как изнасилование. Тем не менее, правомерно говорить о целом ряде перечисленных выше факторов, куда входят и высокий уровень критики, и выраженная родительская тревога, а также недоверие к окружающему миру. При психотерапевтической работе с негативными схемами пациентов данной группы крайне важно прорабатывать глубинные корни этих схем в виде дисфункционального семейного контекста. Понимание источников и истории формирования своих негативных убеждений дает нашим пациентам уверенность в том, что возникшие в определенных условиях взгляды могут и должны быть пересмотрены и изменены в новых условиях жизни.

ЛИТЕРАТУРА

- Beck A. T., Rush A.J., Shaw B.W., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. – N.Y.: Guilford, 1979.
- Brown G.W., Moran P. *Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes* // *The British Journal of Psychiatry*. 1994, vol. 165.
- Ferro T., Verdelli H. et al. *Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression* // *American Journal of Psychiatry*. 2000, № 3, vol. 157.
- Kendler K.S., Kessler et al. *The prediction of major depression in women: toward an integrated model* // *American Journal of Psychiatry*. 1993, vol. 150.
- McCauley J., Kern D.E. et al. *Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse* // *JAMA*. 1997, vol. 227.
- Pike A., Plomin R. *Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology* // *Journal American Academy Adolescent Psychiatry*. 1996, № 5, vol. 35.
- Regier D., Boyd J., Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов А. *Эпидемиология депрессий*. В сб.: *Депрессии и коморбидные расстройства*, М., РАМН, 1997.
- Захаров А.И. *Неврозы у детей и психотерапия*. СПб, Союз, 1998.
- Ким Л.В. *Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков – этнических корейцев – жителей Узбекистана и республики Корея*. Авторефер. канд. мед. наук. М., МНИИП МЗ РФ, 1997.
- Прихожан А.М. *Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика*. М., МПСИ, 2000.
- Стиваковская А.С. *Профилактика детских неврозов*, М., МГУ, 1988.
- Хелл Д. *Ландшафт депрессии*, М., Алетейа, 1999.
- 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* // *Социальная и клиническая психиатрия*, № 1, 1998.
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В. *Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами* // *Социальная и клиническая психиатрия*, № 4, 2000.
- Шиньон Ж.М. *Эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств* // *Синапс*, № 1, 1991.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. *Психология и психотерапия семьи*, СПб., 1999.