

СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Аннотация.

Актуальность и цели. Психическое здоровье является одним из ключевых факторов стабильности семьи, залогом и основой ее функциональности. Идет ли речь о межпоколенных или партнерских отношениях, развивающееся психическое расстройство в любом случае окажет на семью разрушающее воздействие. С другой стороны, семья может оказаться протективным фактором в развитии психического здоровья у кого-то из ее членов. Цель статьи – анализ социологических аспектов исследований семьи в связи с психической болезнью.

Материалы и методы. Положения статьи основаны на результатах работ американских и западноевропейских ученых: М. Раттера, К. Мэрикэнгас, А. Ленца, К. Дернера, А. М. Мёллер-Ляймкюллер и других. Статья представляет собой обзор научной литературы с целью выявления степени разработанности за рубежом нового для отечественной социологии исследовательского направления.

Результаты и выводы. Рассмотрены различные аспекты семейного функционирования в контексте психической болезни одного из родственников. Проанализированы такие стороны семейной жизни, как трансформация родительского поведения после начала болезни, психическое расстройство и его влияние на брачное и репродуктивное поведение, перераспределение семейных ролей, а также родительство как фактор психического здоровья и его дестабилизации. Таким образом, влияние психических нарушений на семью крайне велико и многоаспектно, зависит от ряда факторов, таких как характер и продолжительность болезни, степень родства с больным, наличие у семьи ресурсов для преодоления недуга и др. Социология психического здоровья позволяет расширить рамки понимания особенностей таких семей с целью выработки соответствующих социальных практик.

Ключевые слова: трансформация внутрисемейного взаимодействия вследствие психического заболевания, социология психического здоровья, социология семьи, родительство, детство, межличностное взаимодействие.

S. A. Sudin

FAMILY AND MENTAL HEALTH (BY MATERIALS OF FOREIGN RESEARCH)

Abstract.

Background. Mental health is one of the key factors of a stable family, a guarantee and a base of its functionality. If we speak about intergenerational and partner relations, a progressing mental disorder will anyway have a destructive effect on a family. On the other hand, a family may act as a protective factor in development of mental health of all its members. The aim of the study is to analyze sociological aspects of examinations of families suffering from mental diseases.

Materials and methods. The provisions of the article are based on results of works by American and west European scholars: M. Rutter, K. Merikangas, A. Lenz, A. M. Möller-Leimkühler and others. The article appears to be a review of

scientific literature aiming at revealing a degree of development of the sociological area abroad that is new for Russian sociology.

Results and conclusions. The author considered various aspects of family functioning in the context of a mental disease of one of relatives. The researcher analyzed such parts of family life as transformation of parents' behavior after occurrence of a disease, mental disorder and its effect on sexual life, rearrangement of family roles, as well as parenthood as a factor of mental health and its destabilization. Thus, the influence of mental disorders on a family is extremely great and has a multiaspect nature. It depends on a number of factors, such as type and duration of diseases, degree of affinity with the sick, availability of resources at family's possession to overcome a disease etc. Sociology of mental health allows to expand the scope of understanding the features of such families in order to elaborate the corresponding social practices.

Key words: transformation of interfamily interaction as a result of a mental disease, sociology of mental health, family sociology, childhood, interpersonal interaction.

Системный характер семьи обуславливает специфический характер ее реакций на происходящие в ней события: любые негативные изменения и переходные состояния становятся стрессом для всего семейного организма. К числу наиболее часто встречающихся стрессов можно отнести смену места жительства, кризис отношений между родителями, финансовые неурядицы, потеря близкого вследствие смерти или развода, а также тяжелая и продолжительная болезнь. Эти события нарушают привычный ход вещей, девальвируют ценность имеющихся поведенческих моделей, угрожают эмоциональной стабильности семьи. Психические заболевания, ставшие частью нового семейного уклада, относятся именно к таким событиям. Родственники заболевшего переживают не только трудности реактивного характера, связанные с особенностями заболевания, необходимостью адаптироваться к новым условиям медицинского и социального характера, но и трудности во взаимодействии друг с другом. Оценки психической болезни как семейной катастрофы вполне уместны, равно как и замечание Клауса Дёрнера о том, что родные больного страдают от этой болезни едва ли не больше, чем сам больной [1].

Во всех культурах именно родительство является фундаментальным элементом семейной жизни, успешность которого тождественна успешности семьи в целом. Классические и современные функции семьи, выделяемые различными авторами, – это обязанности, возложенные обществом именно на родительство как субинститут в структуре семейных взаимодействий. Структурно-функциональный и институциональный анализ семейной проблематики, а также системный подход к ее пониманию особенно ярко высвечивает проблему дисфункций и последствий, обусловленных психическим заболеванием обоих родителей или одного из них.

Очевидные ограничения в адаптации и функционировании, приходящие с болезнью, в полной мере отражаются на выполнении всего комплекса социальных ролей, который в родительском варианте очень широк. Если заболевает кто-то из родителей, то он перестает в полной мере выполнять свои отцовские или материнские роли: уменьшается количество времени, проводимое с ребенком, фокус внимания смещается на собственные проблемы, дезактуализируется роль родителя как агента социализации, он перестает

быть для ребенка источником адекватной информации. Периоды лечения в психиатрической больнице становятся серьезным испытанием для детско-родительских и партнерских отношений, которые сменяются чувством страха за свои родительские права и семейный статус.

К сожалению, какие-либо исследования в сфере семейных трансформаций вследствие психических нарушений редки даже за рубежом, при этом дают весьма противоречивые результаты. Существуют несколько причин, обуславливающих трудности социологических исследований в данной сфере. Во-первых, область психического здоровья является крайне сензитивной сферой для абсолютного большинства потенциальных респондентов, а в рамках данных исследований она затрагивается очень глубоко. Во-вторых, в случае согласия на личное интервью или анкетный опрос респондент, по сути, должен согласиться на откровенное признание неудач в выполнении социальных ролей, которые неизбежно сопровождают потерю психического здоровья кем-либо из родителей. Третья причина – многообразие психических расстройств, затрудняющее типологизацию выявляемых реакций и выведение каких-либо закономерностей. Наконец, существуют трудности чисто организационного характера, связанные с определением целевой группы респондентов, в качестве которых могут выступать здоровые родители, дети, бабушки и (или) дедушки или другие родственники. Более того, адекватность их ответов нередко может быть поставлена под сомнение в силу их собственного состояния. Мы рискуем получить не целостную картину деформации семейных функций, а совокупность субъективных картин, представляющих спорную научную ценность.

Воспитание детей оказывается главной функциональной жертвой недуга и первым приходящим на ум резервом, откуда черпается время для ухода за больным. Сами дети начинают понимать, что больше не могут следовать поведенческой модели заболевшего родителя и нередко начинают чувствовать вину за болезнь матери или отца. Такая ситуация возникает особенно часто, если дети недостаточно взрослые, к чему примешивается дефицит внимания со стороны родителей. В других обстоятельствах дети могут включаться в систему болезненных умозаключений психически нездорового родителя, не просто сопереживая им, а вынужденно выполняя какие-либо действия, порожденные больным сознанием. Но и это не крайний вариант. К сожалению, имеют место случаи, когда дети, да и другие члены семьи становятся жертвами психически больного родителя или обоих родителей. Подобные трагедии, пусть и не являются массовыми, но каждый такой случай вызывает справедливый общественный резонанс и инициирует волну публичных обсуждений относительно совершенствования мер по своевременному выявлению психически опасных граждан, защиты членов их семей¹, к сожалению, уже постфактум.

¹ Сумасшедшая мать выбросилась из окна с дочерью. – URL: <http://www.ruscur.ru/themes/0/00/66/6619.shtml> (дата обращения: 12.08.2015); В Нижнем Новгороде женщина с ребенком выбросилась из окна. – URL: <http://www.vesti.ru/doc.html?id=610791> (дата обращения: 12.08.2015); Отец-душегуб, шизофреник Олег Белов: «Я запросто могу убить кого угодно, и мне за это ничего не будет». – URL: <http://www.kp.ru/daily/26417/3291636> (дата обращения: 12.08.2015).

Дети психически больных родителей – популярная тема зарубежных исследований. Обратная ситуация, когда здоровые родители получают больного ребенка, не менее драматична, однако при наличии соответствующих отношений между супругами удастся не только сохранить семью, но и в значительной мере компенсировать детский недуг. Если же заболевает кто-то из родителей, во всех без исключения случаях это окажется подрывом фундаментальных основ семьи, самой серьезной проверкой прочности отношений и ее компенсаторных возможностей.

Одной из основных сложностей, с которыми сталкивается исследователь, является слабая дифференциация психических нарушений, определяющих внутрисемейные трансформации и обуславливающих потребность в обращении за помощью. Под психически больными родителями или членами семьи в данной части работы мы будем понимать лиц, страдающих шизофренией и (или) депрессиями. Данный выбор обусловлен несколькими соображениями.

Во-первых, данные группы заболеваний несут в себе повышенную опасность для ребенка в силу особенностей их протекания. И шизофрению, и депрессию объединяет выраженный дефицит социальной активности на определенных стадиях болезни, проявляющийся во всех сферах жизнедеятельности: трудовой, бытовой, семейной и т.д. Второй и не менее важный момент заключается в том, что факт наличия этих заболеваний у индивида при желании можно легко скрыть опять-таки в силу относительной незаметности их протекания для внешнего окружения.

Шизофрения, являющаяся одним из наиболее часто встречающихся тяжелых психических заболеваний, приводит больного и к нейрокогнитивному дефициту, и к социальной дезадаптации. Помимо этого, заболевание сопровождается так называемой продуктивной симптоматикой, т.е. бредом, галлюцинациями, идеями слежки, преследования, воздействия и многими другими. Понятно, в сколь сложной обстановке оказываются дети лиц, имеющих такой набор поведенческих особенностей в повседневной жизни.

Депрессия – популярный медицинский термин, глубоко укоренившийся в обыденном сознании, в котором он мало что имеет общего с настоящим психиатрическим диагнозом [2]. Критически сниженный фон настроения, нулевой уровень социальной и бытовой активности, суицидальные попытки, алкоголизация и наркотизация в попытках преодолеть наиболее тягостные симптомы, лишь усугубляющие и без того опасную клиническую картину, – вот элементы реальности, в которой приходится существовать детям в таких семьях. Если шизофрения в большинстве случаев протекает в рекуррентной форме, в виде повторяющихся время от времени приступов, то депрессии нередко носят постоянный характер и накладывают отпечаток на личность больного и вне острых фаз.

Психически больные так же, как и здоровые, имеют семьи и рожают детей, вопреки общепринятым представлениям о психически больных и их брачных и родительских перспективах. Очевидно, что психическая болезнь не станет фактором дополнительной интеграции брака, а тяжелое нарушение вообще поставит под сомнение выполнение каких бы то ни было функций, в том числе связанных с браком. Более поздние исследования, охватившие большие совокупности пациентов, свидетельствуют, что им чаще удастся со-

хранить брак, нежели это предполагалось в гипотезах. При этом женщины с особенностями психического развития имеют больше шансов найти спутника жизни, нежели мужчины. Протективная роль семьи оказывается полностью доказанной: прогнозы относительно течения болезни и социального функционирования у живущих вместе значительно лучше, чем у одиночек. Остается, однако, открытым вопрос о том, что в действительности первично: относительно неплохое состояние психического здоровья, позволившее создать семью и иметь благоприятный прогноз, или все-таки настолько благотворно действует наличие супружеских и партнерских отношений.

Каких-либо точных данных о семейном и брачном статусе и наличии детей у психиатрических пациентов не существует ни в России, ни за рубежом. Обзор научной литературы по проблеме, предпринятый профессором Альбертом Ленцем (Католический Университет Северного Рейна-Вестфалии, Германия), показал, что данные о доле психиатрических пациентов, имеющих детей, варьируются от 9 до 61 % [3]. Подобный разброс связан с неопределенностью в интерпретации границ психического расстройства, о чем было сказано выше, а также с отсутствием целенаправленного сбора данных по этому параметру. Эта ситуация типична для всех стран, данные из которых оказались в нашем распоряжении. Так, профессор Джон Мак Грас из Центра исследований психического здоровья в Квинсленде (Австралия) оценивает долю таких пациентов в 36 %. Манфред Бауэр и Кристиане Людерс (Оффенбах, Германия) на основе анализа историй болезни выявили, что почти 46 % женщин, проходивших лечение в психиатрических стационарах, имели детей (вопрос о доли отцов авторы не поднимали) [4]. В другом исследовании, в ходе которого на протяжении шести месяцев были опрошены 808 пациентов двух психиатрических клиник, выяснилось, что детей в возрасте до 18 лет имеют 27 % больных, из них почти 35 % женщин и 18 % мужчин. Если взять усредненные данные, то 35–40 % пациентов психиатрических стационаров имеют несовершеннолетних детей, за обеспечение и воспитание которых они несут ответственность. Если посмотреть на количественную сторону вопроса, то, например, в Германии с проблемами психического здоровья кого-то из родителей сталкиваются ежегодно около трех миллионов немецких детей, причем 175 000 из них испытывают сложности, связанные со стационарным лечением матери или отца.

И все же лица, страдающие психическими расстройствами, реже становятся родителями по сравнению с психически здоровыми людьми. Это вполне объяснимо, при этом шанс иметь ребенка выше у женщин, чем у мужчин. Фактором частоты родительства среди психически больных является диагноз: больные шизофренией рожают детей реже по сравнению с лицами, страдающими другими расстройствами. Значимо, что большинство этих детей проживают совместно со своими родителями, что может является еще одним фактором, который нужно учитывать при лечении [5].

Страхи и тревоги являются понятными и оправданными переживаниями детей психически больных родителей: хотя, по авторитетным данным, до 90 % детей остаются здоровыми до конца жизни [6, с. 207], опасность развития психического нарушения у них самих заметно выше по сравнению с показателями населения в целом – от двух до десяти раз в зависимости от конкретного заболевания. Результаты других исследований доказывают, что дети

матерей, страдающих депрессией, в значительно большей степени подвержены развитию этого заболевания в детском и подростковом возрасте, чем дети здоровых родителей. Помимо этого, вследствие отсутствия навыков преодоления ситуации и адекватного лечения у них развиваются тревожные расстройства и алкоголизм. В целом расстройства настроения возникают у детей депрессивных родителей в четыре раза чаще по сравнению с обычными детьми, они так же чаще демонстрируют суицидальные наклонности и поведение [7].

Еще в 1984 г. в исследовании, проведенном «отцом» детской психологии в Великобритании сэром Майклом Раттером и профессором Университета Бристолья Дэвидом Квинтоном, была установлена связь между душевным расстройством родителей и вероятностью развития психического нарушения у их детей. В рамках крупного лонгитюдного исследования были изучены 137 семей с 292 детьми в возрасте до 15 лет, в которых один из родителей имел опыт психиатрического лечения. Авторы выявили, что примерно треть этих детей не демонстрировала признаков каких-либо психических нарушений или поведенческих особенностей. У второй трети детей были отмечены преходящие психические нарушения, в то время как у последней трети душевные расстройства и поведенческие аномалии часто возникали, надолго задерживаясь, либо не проходили вовсе. Наиболее неблагоприятными с точки зрения проявления в последующих поколениях были расстройства личности (враждебное, агрессивное, асоциальное, расторможенное поведение и т.п.), а наиболее подверженными вредным последствиям родительских заболеваний оказались мальчики. Авторы обнадеживающе подчеркивают, что столь неутешительные данные свидетельствуют не о том, что родительская болезнь как биологический феномен является фактором риска, сколько о роли тех особенностей внутрисемейного взаимодействия, которые формируются вследствие психической болезни родителей [8].

В ряде исследований доказывается особо негативное влияние депрессии на выполнение родительских ролей. Было обнаружено, что матери, страдающие депрессией, демонстрируют меньшую вовлеченность в процесс социализации детей, практически не оказывают им поддержки, не обучают навыкам преодоления бытовых трудностей, более строги и склонны к жестким наказаниям за провинности. Они менее чувствительны и менее ответственны по отношению к своим обязанностям, менее доступны детям для общения и больше погружены в себя по сравнению с матерями, не страдающими депрессиями [9].

В этом контексте дети психически больных представляют собой группу риска, нуждающуюся в повышенном внимании не только со стороны медицинских, но и гражданско-общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. Конечно же, речь не идет о прямом наследовании родительских психических нарушений детьми; уместнее говорить об определенной предрасположенности, которая может перерасти в острое расстройство, а может остаться на всю жизнь гипотетическим риском в зависимости от целого ряда обстоятельств. Отсюда понятное желание вывести некоторые закономерности, которые могли бы сделать ситуацию более предсказуемой.

В последнее десятилетие появилось немало работ, в которых предпринимается попытка оценки взаимного влияния социальных и биологических

факторов в развитии болезни у детей. Так, выявлено, что риск развития нарушения у ребенка тем выше, чем больше психотических эпизодов пережил его родитель, чем дольше длилось заболевание и чем более выраженной являлась его симптоматика. Дело здесь не в том, что более сильная симптоматика обладает повышенными «способностями» к наследованию. Речь идет о том, что большая продолжительность родительской болезни затронула самые ранние стадии социализации ребенка, отняла больше времени на лечение и заставила дольше игнорировать его потребности в тот жизненный период, когда это было бы недопустимо. Формирующаяся депривация, усугубляющая общий негативный фон, рискует стать спусковым крючком начала болезни. Установлено, что у ребенка больше шансов развития психического расстройства в случае, если болезнь родителей проявилась в период его младенчества и самого раннего детства, нежели на более поздних стадиях социализации.

Протективные социально-психологические факторы (например, психогигиена) поддаются усилению и развитию. Дети должны знать и осознавать, что их родители больны, что происходящие с ними время от времени изменения вполне естественны для их состояния. Дети должны осознавать, что они не виноваты в болезни своих родителей, которые, несмотря на свой недуг, продолжают их любить. К развитию защитных факторов относится также укрепление отношений со здоровым родителем, переключение на внешнее окружение, друзей, усиление внимания к школьной успеваемости, социально одобряемым увлечениям и хобби.

Значимое место в работе с детьми группы риска, особенно по психическим заболеваниям, принадлежит профилактической работе, благодаря которой могут быть снижены провоцирующие болезни и усилены защитные факторы. Это возможно в случаях, когда к решению задачи подключены родители, родственники, специалисты, когда работа носит систематический характер. У детей появляются неплохие шансы на нормальную социализацию, если все заинтересованы в выстраивании нормальных детско-родительских отношений.

Если детско-родительские отношения представляют собой пример неразрывной биологической, психологической и духовной связи, существующей, за редким исключением, на протяжении всей жизни родителей и детей, то партнерские отношения, в большей степени завязанные на реципрокных и социально-ролевых аспектах, оказываются в зоне риска значительно быстрее. На брак психическая болезнь действует не менее разрушительно, совместная жизнь с психически больным делает семью чрезвычайно хрупкой и подвергает воздействию многочисленных факторов риска, чей эффект не заставляет себя ждать. По данным исследования, проведенного под руководством доктора Кэтлин Мерикэнгас из Национального института психического здоровья (США), брак, например, с депрессивным больным начинает рушиться уже через два года после первого в совместной жизни опыта госпитализации, а распадаются такие семьи в девять раз чаще, чем в случаях, не отягощенных психиатрическим анамнезом. В 20 % случаев партнеры постоянно расстаются «на время» [10]. Легко предположить, что промежутки совместной жизни становятся все короче, а периоды раздельного существования – все дольше.

Согласно данным исследований, основной причиной распада партнерских отношений является ухудшение качества внутрисемейной коммуника-

ции, нарастание агрессивных и критических настроений [11]. Основной угрозой для брака из числа тяжелых эндогенных психических расстройств является именно депрессия, опережающая по данному параметру даже шизофрению. Впрочем, это вполне объяснимо: периоды обострений шизофрении длятся в большинстве случаев недолго, достаточно эффективно лечатся, а тяжелые больные, как правило, небракоспособны. По данным исследований, жесткие конфликты регулярно возникают в 41 % семей с депрессивным больным, в то время как в контрольной группе, неотягощенной этим параметром, таких было всего 13 % [12].

Еще одним болезненным элементом становится вопрос о перераспределении внутрисемейных ролей вследствие психического расстройства, сопровождающегося снижением социальной активности. Выполнение домашних и профессиональных обязанностей становится затруднительным, и, чтобы сохранить на должном уровне привычный семейный быт, здоровый партнер вынужден брать на себя дополнительные обязанности по воспитанию детей, финансовому обеспечению семьи и т.п. Здоровый партнер оказывается в сложной ситуации, мучаясь необходимостью ухода за больным и сомнениями в адекватности предпринимаемых действий. К нему начинают предъявляться новые требования, связанные с вынужденной монополизацией процесса воспитания детей и налаживания семейного быта [13]. Однако позитивная функция брачных отношений в контексте психических расстройств прослеживается и здесь. Так, живущие в браке больные шизофренией значительно чаще оправдывают возлагаемые на них ролевые ожидания, нежели одинокие больные, находящиеся на попечении родителей [14].

Взросшие потребности в уходе оказывают крайне негативное воздействие на трудовую жизнь здорового партнера, возможности проведения свободного времени и частную жизнь. Исследование, проведенное под руководством профессора Франца из Университета Гиссена, выявило, что в острых состояниях не менее чем в 40 % случаев больные родственники требуют ухода за собой на протяжении не менее 32 часов в неделю, не считая времени на сон. Другими словами, это полноценная рабочая неделя. Таким образом, существование здорового партнера концентрируется вокруг больного, отрывая его от других семейных дел, являясь источником постоянного стресса.

Наконец, еще один аспект, который практически не попадает в сферу внимания исследователей, – родительство как фактор психического здоровья. Эта тема может быть рассмотрена как часть более широкого спектра вопросов, связанных со статусно-ролевым набором индивида, а также стереотипами поведения, предписанными индивиду культурой. В статье доктора Анне Марии Мёллер-Ляймкюлер (Мюнхенский Университет Людвиг-Максимилиана, Германия) проводится анализ психических расстройств с точки зрения культурных традиций, предписывающих определенные поведенческие стереотипы мужчинам и женщинам. Традиционные гендерноспецифические роли могут оказаться серьезным фактором психологической нагрузки и способствовать развитию психических заболеваний. Например, роль матери однозначно является источником повышенных нагрузок, ведущим к депрессиям и нервным срывам. Две трети всех болезненных эпизодов в семье происходят с женщинами, они же являются пользователями 80 % услуг всех социально-психиатрических центров и общественно-гражданских организаций, не полу-

чая достаточной поддержки в семье [15]. Роль отца, напротив, не предполагает такой ответственности и в меньшей степени связана со стрессами.

Как видно из вышеизложенного, тема семейных трансформаций вследствие психической болезни отличается как многоаспектностью, так и неизученностью в рамках отечественной науки. Это связано с особенностями восприятия психической болезни как исключительно биологического феномена, а самого психически больного как социально изолированной единицы, не имеющей никаких проблем, кроме медицинских. Социологический подход к семье, чей быт отягощен психическим расстройством близкого человека, будет способствовать дальнейшему конструированию проблемы в социологическом сообществе и формированию соответствующих технологий социальных практик.

Список литературы

1. **Dörner, K.** Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung / K. Dörner. – Stuttgart, 2001. – 334 s.
2. Руководство по психиатрии : в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 712 с.
3. **Lenz, A.** Kinder psychisch kranker Eltern / A. Lenz. – Hogrefe Verlag GmbH, 2005. – 203 s.
4. **Bauer, M.** Psychotische Frauen und Ihre Kinder / M. Bauer, Ch. Lüders // Psychiatrische Praxis. – 1998. – Vol. 25. – S. 191–195.
5. **Grube, M.** Elternschaft bei psychisch Kranken / M. Grube, A. Dorn // Psychiatrische Praxis. – 2007. – Vol. 2. – S. 66–71.
6. **Mattejat, F.** Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker / F. Mattejat, B. Lisofsky. – Bonn : BALANCE Buch+Medien Verlag GmbH, 2009. – 226 s.
7. **Weissman, M. M.** What research suggests for depressed women with children / M. M. Weissman, P. Jensen // Journal of Clinical Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, № 7. – P. 641–647.
8. **Rutter, M.** Parental psychiatric disorder: Effects on children / M. Rutter, D. Quinton // Psychological Medicine. – 1984. – Vol. 14. – P. 853–880.
9. **Berg-Nielsen, T. S.** Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature / T. S. Berg-Nielsen, A. Vikan, A. A. Dahl // Clinical Child Psychology and Psychiatry. – 2002. – Vol. 7, № 4. – P. 529.
10. **Merikangas, K. R.** Divorce and assortative mating among depressed patients / K. R. Merikangas // The American Journal of Psychiatry. – 1984. – Vol. 141, № 1. – Jan. – P. 74–76.
11. **Whiffen, V. E.** Comparison of postpartum and non-postpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning / V. E. Whiffen, I. H. Gotlib // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1993. – Vol. 61. – P. 485–494.
12. **Bodemann, G.** Kritische Lebensereignisse und Alltagsstress bei Depressiven und Remittierten / G. Bodemann, S. Schwerzman, A. Cina // Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. – 2000. – Vol. 48. – S. 1–17.
13. **Bischoff, J.** Alltag mit Depression des Partners / J. Bischoff, B. Wittmind, M. C. Angermeyer // Psychoterapeut. – 2002. – Vol. 47. – S. 11–15.
14. **Creer, C.** Schizophrenia at Home. The impact of schizophrenia on family life and how relatives cope / C. Creer, J. Wing. – London : Institute of Psychiatry. – 1974. – 78 p.
15. **Möller-Leimkühler, A. M.** Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung / A. M. Möller-Leimkühler // Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. – 2005. – Vol. 6, № 3. – S. 29–35.

References

1. Dörner K. *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung* [A good doctor: textbook of medical care]. Stuttgart, 2001, 334 p.
2. *Rukovodstvo po psikiatrii: v 2 t.* [Psychiatry guide: in 2 volumes]. Ed. by A. S. Tiganova. Moscow: Meditsina, 1999, vol. 1, 712 p.
3. Lenz A. *Kinder psychisch kranker Eltern* [Children of mentally sick parents]. Hogrefe Verlag GmbH, 2005, 203 p.
4. Bauer M., Lüders Ch. *Psychiatrische Praxis* [Psychiatric practice]. 1998, vol. 25, pp. 191–195.
5. Grube M., Dorn A. *Psychiatrische Praxis* [Psychiatric practice]. 2007, vol. 2, pp. 66–71.
6. Mattejat F., Lisofsky B. *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* [Not from bad parents: children of the mentally sick]. Bonn: BALANCE Buch+Medien Verlag GmbH, 2009, 226 p.
7. Weissman M. M., Jensen P. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002, vol. 63, no. 7, pp. 641–647.
8. Rutter M., Quinton D. *Psychological Medicine*. 1984, vol. 14, pp. 853–880.
9. Berg-Nielsen T. S., Viken A., Dahl A. A. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2002, vol. 7, no. 4, p. 529.
10. Merikangas K. R. *The American Journal of Psychiatry*. 1984, vol. 141, no. 1, Jan., pp. 74–76.
11. Whiffen V. E., Gotlib I. H. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993, vol. 61, pp. 485–494.
12. Bodemann G., Schwerzman S., Cina A. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* [Journal of clinical psychology, psychiatry and psychotherapy]. 2000, vol. 48, pp. 1–17.
13. Bischof J., Wittmind B., Angermeyer M. C. *Psychoterapeut* [Psychotherapist]. 2002, vol. 47, pp. 11–15.
14. Creer C., Wing J. *Schizophrenia at Home. The impact of schizophrenia on family life and how relatives cope*. London: Institute of Psychiatry. 1974, 78 p.
15. Möller-Leimkühler A. M. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* [Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry]. 2005, vol. 6, no. 3, pp. 29–35.

Судьин Сергей Александрович

кандидат социологических наук, доцент,
кафедра общей социологии и социальной
работы, Нижегородский государственный
университет им. Н. И. Лобачевского
(Россия, г. Нижний Новгород,
проспект Гагарина, 23)

Sudin Sergey Aleksandrovich

Candidate of sociological sciences,
associate professor, sub-department
of general sociology and social work,
Lobachevsky State University
of Nizhny Novgorod
(23 Gagarina avenue, Nizhny Novgorod,
Russia)

E-mail: sudjin@mail.ru

УДК 316.47

Судьин, С. А.

Семья и психическое здоровье (по материалам зарубежных исследований) / С. А. Судьин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2016. – № 1 (37). – С. 153–162.