

Современные представления о природе и патогенезе депрессии (психологический аспект)

А.А. КУРСАКОВ¹, Н.А. СИРОТА², Д.В. МОСКОВЧЕНКО², В.М. ЯЛТОНСКИЙ^{2*}, А.В. ЯЛТОНСКАЯ³

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия; ³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

В статье представлен обзор зарубежной литературы, касающейся нарушения когнитивных процессов, межличностных взаимодействий и эмпатии у больных депрессией. В рамках когнитивных моделей депрессии рассматриваются вопросы искажения в сферах внимания и памяти, которые могут приводить к использованию ригидных автоматических способов оценки ситуации, затрудняющих ее переоценку и регуляцию эмоций. В рамках интерперсональных теорий описаны паттерны межличностного взаимодействия и дисфункциональные личностные характеристики («межличностное подавление», небезопасные стили привязанности), также способствующие возникновению и поддержанию депрессивных состояний.

Ключевые слова: депрессия, когнитивные модели депрессии, интерперсональный подход к депрессии, межличностные отношения при депрессии, нарушение эмпатии, регуляция эмоций, психотерапевтические подходы к депрессии.

Modern concepts of nature and pathogenesis of depression (a psychological aspect)

A.A. KURSAKOV, N.A. SIROTA, D.V. MOSKOVCHENKO, V.M. YALTONSKY, A.V. YALTONSKAYA

National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia; Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

This review addresses the impairment of cognitive processes in depression, interpersonal interactions and empathy in depressive patients. The authors consider cognitive models of depression showing distortions in domains of attention, memory and interpretation, that may lead to utilizing the rigid automatic approaches of situation evaluation, which impair emotional regulation. Interpersonal theories describe patterns of interpersonal interactions and dysfunctional personal characteristics (interpersonal inhibition, insecure attachment styles) also influencing onset and maintenance of depressive states.

Keywords: depression, cognitive depression models, interpersonal approach to depression, interpersonal relations in depression, impairment of empathy, regulation of emotions, psychotherapeutic approaches to depression.

Депрессия является сложным феноменом с точки зрения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, течения и ответа на терапевтические вмешательства. Помимо основных симптомов — критериев, положенных в основу диагностики депрессивных расстройств, большой интерес представляют различные биологические и психологические факторы, влияющие на развитие депрессии, ее течение и терапевтическую динамику.

В последние десятилетия, помимо разработки биологических основ депрессии, активно исследуется роль психологических механизмов (в частности, система вознаграждения и мотивационных процессов) в происхождении депрессии [1–4], обсуждается роль нарушения процессов переработки эмоций, алекситимии [5]. В этом аспекте предлагаются [6, 7] подходы к классификации и систематизации депрессий и близких к ним психических расстройств.

В настоящем обзоре обобщены данные, касающиеся современных представлений о нарушении когнитивных процессов, межличностного взаимодействия и эмпатии [8] при депрессии.

Когнитивные модели депрессии

Основополагающие когнитивные теории были сформулированы несколько десятилетий назад. Согласно теории А. Бек [9], депрессия связана с репрезентациями памяти — так называемыми «схемами», в соответствии с которыми происходит «фильтрация» стимулов из внешней среды, и внимание индивида концентрируется на информации, конгруэнтной той или иной схеме. Схемы могут касаться социальных отношений, достижений, тем утраты, провала, несостоятельности, отвержения и др. Они активируются конгруэнтными им жизненными событиями, запу-

скают негативные мысли, когнитивные искажения (в виде пессимистических представлений о себе, о мире и о будущем), которые в конечном итоге приводят к подавленному настроению [10].

По мнению G. Bower [11], когнитивные искажения при депрессии объясняются существованием «ассоциативных сетей». Автор имел в виду психологические сети, состоящие из множества узлов, которые содержат определенные семантические репрезентации и могут быть активированы средовыми воздействиями. Процесс активации распространяется в пределах сети от одного узла к другому, в результате чего доступ к активированным узлам и сосредоточенной в них информации осуществляется быстрее. Вследствие этого стимулы, относящиеся к этим репрезентациям, имеют преимущество при переработке. Схемы и ассоциативные сети рассматриваются как постоянные образования, сохраняющиеся вне депрессивных эпизодов и определяющие уязвимость к их развитию.

Когнитивные модели описывают имеющиеся у больных депрессией искажения в сферах, относящихся к процессам переработки информации — памяти, интерпретации событий и информации, восприятию окружающего и вниманию [12]. Искажения в сфере памяти у пациентов с депрессией проявляются преимущественным запоминанием и воспроизведением негативной по содержанию информации [13]. Предполагается, что эти нарушения касаются в первую очередь эксплицитной памяти, а имплицитную затрагивают лишь в ситуациях, требующих семантической обработки информации. Кроме того, установлена такая особенность автобиографической памяти при депрессии, как тенденция к формированию «сверхобобщенных воспоминаний». При этом больной вспоминает не отдельные события, а как бы обобщает, суммирует категории схожих событий. Эти нарушения ассоциированы с затруднениями в решении различных задач и формировании образа предстоящих событий. Предполагается, что такое сверхобобщение может быть стратегией регуляции эмоций, при которой как бы блокируется доступ к специфическим деталям травмирующих воспоминаний [14].

Существуют данные [15], свидетельствующие, что депрессивные пациенты склонны к негативной интерпретации неоднозначных стимулов. Показано [16], что такие интерпретативные искажения могут быть предиктором возникновения депрессивных симптомов и представляют собой фактор риска у людей с наследственной предрасположенностью к депрессии. Данные об искажении процессов внимания в сторону восприятия негативных стимулов неоднозначны и скорее позволяют предположить, что ранние этапы обработки информации при депрессии не нарушаются [14]. Несмотря на то что пациенты с депрессией не склонны к избирательному восприятию негативной информации, они с трудом могут пере-

ключиться с нее на что-либо другое, если она привлекает их внимание [17, 18].

Описанные искажения, по всей видимости, отражают нарушения в сфере исполнительных функций и рабочей памяти [19]. Одним из таких нарушений является дефицит когнитивного сдерживания (cognitive inhibition) — способности контролировать доступ актуального и неактуального для выполнения текущих задач материала в область рабочей памяти [20, 21]. При депрессии поступление ненужной негативной информации в рабочую память не блокируется, а дезактивация информации, которая перестала быть актуальной, происходит в недостаточной степени. Такая перегрузка рабочей памяти негативной эмоциональной информацией приводит к сокращению ее объема, а также является условием формирования депрессивных руминаций (мыслей и воспоминаний) и поддержания депрессивного эмоционального фона [22].

Когнитивная оценка является одним из ключевых факторов эмоциональной регуляции, поскольку определяет наличие и качественный характер эмоционального ответа. Описанные искажения в сферах внимания и памяти могут приводить к использованию ригидных автоматических способов оценки ситуации, затрудняющих переоценку ситуации и регуляцию эмоций [23]. При исследовании различных стратегий эмоциональной регуляции показано [24], что более частое использование некоторых из них (эмоциональная супрессия, руминации, катастрофизация) и редкое применение других (переоценка ситуации, самораскрытие) связаны с симптомами депрессии и тревоги. Особое значение придается «руминативному ответу» на негативные эмоциональные состояния, поскольку, по данным некоторых исследований [25, 26], этот стиль мышления способствует возникновению, пролонгированию и повторению депрессивных эпизодов, а также связан с более высокой тяжестью симптоматики. Другой важной характеристикой, отличающей когнитивную сферу пациентов с депрессией, является неспособность к регуляции настроения посредством позитивных автобиографических воспоминаний. В целом нарушение эмоциональной регуляции характеризует не только депрессивные эпизоды, но и состояния между ними [27].

Известно [28], что модификация искажений в сферах внимания, памяти и интерпретации посредством техник когнитивно-бихевиоральной терапии и специальных тренировок позволяет изменить характер эмоционального реагирования, а тренинг когнитивного контроля — снизить степень тяжести депрессивной симптоматики.

Депрессия с точки зрения интерперсональных отношений

Учитывая высокую распространенность депрессии и принадлежность пациента к той или иной социальной группе, важно понимать депрессию в контек-

сте межличностных отношений [29]. К настоящему моменту накоплено множество данных о характерных признаках страдающих депрессией при их взаимодействии с окружающими, а также об интерперсональных факторах, предрасполагающих к развитию и хронификации депрессивных состояний [30].

Больные депрессией отличаются такими особенностями невербальной коммуникации, как более выразительная мимика грусти и бедная жестикуляция, они меньше поддерживают зрительный контакт и часто сидят с опущенной головой [31, 32]. Они реже иницируют беседу или отвечают другим, что в итоге приводит к значительному сокращению их социальных контактов [33]. Кроме того, они чаще затрагивают негативные темы и склонны к раскрытию негативных чувств в неподходящие для этого моменты.

Для депрессивных пациентов характерен дефицит социальных навыков, который является скорее фактором уязвимости в рамках диатез-стрессовой модели депрессии, нежели причинным фактором [34]. Сами пациенты критичны к этому дефициту даже в большей степени, чем не страдающие депрессией, которым свойственно переоценивать свою социальную компетентность [35].

Впервые интерперсональная теория депрессии была предложена в 1976 г. Ж. Соупе [36]. Согласно этой теории, больной в состоянии легкой депрессии ищет повторного подтверждения того, что значимые люди действительно испытывают к нему искренние чувства. Поначалу близкие проявляют поддержку, но депрессивный индивид не находит ее удовлетворительной, подвергает сомнению и продолжает требовать подтверждения. По мере того как это поведение развивается и становится обременительным, увеличивается вероятность отвержения со стороны значимых других. В результате отвержения в свою очередь снижается социальная поддержка, что приводит к утяжелению симптомов депрессии.

Впоследствии эта теория получила развитие в представлениях об избыточном поиске подтверждения (ИПП) и поиске негативной обратной связи (ПНО). ИПП определяется как относительно стабильная склонность к избыточному и настойчивому поиску подтверждения со стороны окружающих, что человек является любимым и ценным, независимо от того, предоставляется такое подтверждение или нет. В ряде исследований [37, 38] была установлена связь между ИПП и депрессией, а также между депрессией, ИПП и межличностным отвержением. Существует также предположение [39], что ИПП приводит к отвержению опосредованно, в результате наличия других сопровождающих депрессию дефицитов социальных навыков и острых переживаний отчаяния.

ПНО представляет собой склонность активно требовать от окружающих критической и другой негативной обратной связи. Это объясняется тем, что люди нуждаются в обратной связи, согласующейся с

их концепцией Я даже в том случае, когда она имеет негативный характер. Несмотря на то что такая своего рода самоверификация усиливает чувство контроля над окружающей средой, негативная обратная связь провоцирует усиление негативного аффекта [40, 41]. ПНО не только коррелирует с уровнем тяжести депрессии, но и считается фактором предрасположенности к ее развитию [42].

ИПП и ПНО имеют противоположное психологическое значение для больного депрессией (повышение самооценки в первом случае и самоверификация во втором). Такое противоречие привело к возникновению ряда моделей, интегрирующих представления об этих поведенческих стратегиях. Так, согласно модели когнитивно-аффективного перекреста, обратная связь, направленная на повышение самооценки, является аффективно удовлетворительной, но когнитивно неконгруэнтной Я-концепции и поэтому для совладания с когнитивным дискомфортом требует вовлечения в ПНО (и наоборот) [43]. Модель когнитивной переработки предполагает, что негативная самоверификация является более сложным когнитивным процессом и требует больших когнитивных ресурсов, чем переработка обратной связи, повышающей самооценку [44]. И наконец, согласно третьей модели, больным депрессией требуются подтверждение глобальных качеств («я добрый человек») и негативная обратная связь о специфических навыках, умениях и достижениях («я плохо танцую», «никудашный друг» и т.п.) [45].

В интерперсональных теориях выделяется ряд межличностных характеристик, которые свойственны депрессивным больным и связаны с описанными выше поведенческими нарушениями. К ним относятся межличностное подавление и небезопасные стили привязанности [46].

Межличностное подавление, включающее в себя избегание, отгороженность и застенчивость, является фактором риска развития депрессии. Его влияние может быть опосредовано низкой социальной поддержкой и одиночеством [47]. Низкий уровень социальной поддержки в свою очередь приводит к состоянию межличностной зависимости от небольшого числа социальных контактов, и это число может далее уменьшаться в результате ИПП и ПНО. А. Векс [9] описывал близкий к понятию низкой социальной поддержки конструкт социотропии — избыточную привязанность и потребность угождать окружающим, сопровождающуюся сомнением в качестве межличностных связей. Как видно из определения, этот конструкт близок также к ИПП.

Небезопасные стили привязанности (тревожный, избегающий) не только предрасполагают к развитию депрессии и коррелируют с ее симптоматикой, но и оказывают неблагоприятное влияние на ее течение и терапевтическую динамику [48, 49]. Отношения между стилем привязанности и депрессией являются

сложными и проявляются через такие психологические свойства личности, как социотропия, способность прощать, низкая самооценка и различные дисфункциональные установки [50].

Согласно интегративной интерперсональной модели развития и хронификации депрессии [51], ряд психологических и поведенческих межличностных факторов путем провокации межличностного стресса приводит к развитию и поддержанию депрессивного состояния. Сходное значение имеет механизм, при котором люди, находящиеся во взаимоотношениях с больными депрессией, формируют их устойчивые репрезентации, становящиеся относительно автономными и впоследствии независимо от наличия депрессии определяющие их искаженное восприятие [52]. В свою очередь «контагиозное» развитие депрессии у людей, взаимодействующих с депрессивными пациентами, может быть причиной отвержения последних [53].

Согласно интерперсональной теории суицидального поведения, суицидальные переживания при депрессии возникают, когда больной одновременно испытывает чувство нарушенной принадлежности к группе и воспринимает себя обременительным для окружающих [54]. В этом состоянии он независимо от реального положения вещей чувствует себя лишенным социальных отношений, одиноким, может испытывать ненависть к себе и считать, что его смерть принесет всем облегчение.

Описанные межличностные характеристики успешно используются в таких методах лечения депрессии, как когнитивно-бихевиоральная терапия и когнитивно-поведенческий анализ, поведенческая активация, психодинамическая и интерперсональная психотерапия [55, 56].

Депрессия и нарушения в сфере эмпатии

В настоящее время эмпатия описывается как сложный конструкт, в котором задействованы как аффективные, так и когнитивные процессы [57]. Аффективная эмпатия отражает степень способности разделять чувства другого человека. Эта способность, с одной стороны, формирует сочувствие и эмпатическую озабоченность, заставляющую людей проявлять поддержку и включаться в социальные взаимодействия, а с другой — может стать причиной эмпатического стресса. Вероятность возникновения эмпатического стресса выше у людей с высокой степенью сосредоточенности на себе (самофокусировки), которые в ответ на чужие неприятности представляют, как они сами чувствовали себя в подобной ситуации, и заново испытывают пережитую когда-то эмоциональную боль [58]. Такая модель реагирования особенно свойственна больным депрессией [59]. Это может приводить к отказу больных от социальных контактов и отчасти объясняет нарушения их социального функционирования.

Эмпатический стресс связан с высокой социальной тревожностью, застенчивостью, одиночеством и другими нарушениями социального функционирования [60, 61].

Когнитивная эмпатия представляет собой понимание чувств другого человека и не обязательно предполагает их переживание. Она описывается в литературе в терминах разных конструктов, во многом перекрывающихся между собой и, по всей видимости, нарушенных при депрессии. Так, в ряде работ с использованием объективных методов измерения было показано, что у пациентов с депрессией нарушена функция моделирования психического состояния человека, позволяющая осознавать, что собственное психическое состояние не тождественно психическому состоянию другого индивида [62]. Предполагается, что эти нарушения могут сохраняться вне депрессивных эпизодов и предрасполагать к их рецидивированию. В случае хронических депрессий они могут быть обусловлены нарушениями памяти и исполнительных функций [63, 64].

Другим конструктом, отражающим когнитивную эмпатию, является эмпатическая точность — способность судить о чувствах других по их поведению [65]. Степень эмпатической точности в отношении негативных чувств коррелирует с уровнем тяжести депрессии, что особенно выражено у женщин [66]. В семейном контексте эти нарушения способны приводить к формированию порочного круга недопонимания между депрессивным индивидом и его партнером и ухудшать качество отношений [67]. Таким образом, нарушения в сфере эмпатии предположительно могут играть роль в структуре гендерных различий в эпидемиологии депрессии.

Заключение

В настоящей работе рассмотрены имеющиеся в литературе сведения об особенностях протекания когнитивных процессов у пациентов, страдающих депрессиями, о свойственных им дисфункциональных стратегиях межличностного взаимодействия, а также о выявляемых при депрессии нарушениях в сфере эмпатии. Изучение этих и других психологических аспектов проблемы депрессий способствует более полному пониманию феноменологии этой категории психических расстройств и позволяет установить факторы, определяющие уязвимость к возникновению депрессивных эпизодов, их пролонгирование и рекуррентность. Многочисленные исследования подтверждают эффективность когнитивных, поведенческих и интерперсональных психотерапевтических вмешательств при депрессивных состояниях.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

АИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lang PJ, Bradley MM, Cuthbert BN. Emotion, motivation, and anxiety: brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*. 1998;44:1248-1263. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(98\)00275-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00275-3)
2. Martin-Soelch C. Is depression associated with dysfunction of the central reward system? *Biochemical Society Transactions*. 2009;37:313-317. <https://doi.org/10.1042/bst0370313>
3. Shelton RC, Tomarken AJ. Can recovery from depression be achieved? *Psychiatric services*. 2001;52(11):1469-1478. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.11.1469>
4. Pryce CR, Azzinnari D, Spinelli S, Seifritz E, Tegethoff M, Meinlschmidt G. Helplessness: a systematic translational review of theory and evidence for its relevance to understanding and treating depression. *Pharmacology & Therapeutics*. 2011;132(3):242-267. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2011.06.006>
5. Lundh L, Johnsson A, Sundqvist K, Olsson H. Alexithymia, Memory of Emotion, Emotional Awareness, and Perfectionism. *Emotion*. 2002;2(4):361-379. <https://doi.org/10.1037//1528-3542.2.4.361>
6. Watson D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005;114:522-536. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.4.522>
7. Watson D, O'Hara MW, Stuart S. Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25(4):282-288. <https://doi.org/10.1002/da.20496>
8. Schreier S, Pijnenborg GH, Aan Het Rot M. Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2013;7(4):47-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009>
9. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Int Univ Press; 1976.
10. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Psychiatry*. 1983;1:1-16.
11. Bower GH. Mood and memory. *American Psychologist*. 1981;36:129-148. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.36.2.129>
12. Mathews A, MacLeod C. Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:167-195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
13. Watkins PC. Implicit memory bias in depression. *Cognition and Emotion*. 2002;16:381-402. <https://doi.org/10.1080/02699930143000536>
14. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull*. 2007;133:122-148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
15. Lawson C, MacLeod C, Hammond G. Interpretation revealed in the blink of an eye: depressive bias in the resolution of ambiguity. *J Abnorm Psychol*. 2002;111:321-328. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.321>
16. Dearing K, Gotlib IH. Interpretation of ambiguous information in girls at risk for depression. *J Abnorm Child Psychol*. 2009;37:79-91. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9259-z>
17. Joormann J, Gotlib IH. Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *J Abnorm Psychol*. 2007;116:80-85. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.1.80>
18. Eizenman M, Yu LH, Grupp L, Eizenman E, Ellenbogen M, Gemar M, Levitan RD. A naturalistic visual scanning approach to assess selective attention in major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2003;118:117-128. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(03\)00068-4](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(03)00068-4)
19. Joormann J. Inhibition, rumination, and mood regulation in depression. *Cognitive Limitations in Aging and Psychopathology: Attention, Working Memory, and Executive Functions*. Ed.: Engle RW, Sedek G, von Hecker U, Mc-Intosh DN. New York: Cambridge Univ Press; 2005. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511720413.012>
20. Joormann J. Attentional bias in dysphoria: the role of inhibitory processes. *Cogn Emot*. 2004;18:125-147. <https://doi.org/10.1080/02699930244000480>
21. Goeleven E, DeRaedt R, Baert S, Koster EHW. Deficient inhibition of emotional information in depression. *J Affect Disord*. 2006;93:149-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.007>
22. Friedman NP, Miyake A. The relations among inhibition and interference control functions: a latent-variable analysis. *J Exp Psychol Gen*. 2004;133:101-135. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.133.1.101>
23. Siemer M, Reisenzein R. Appraisals and emotions: Can you have one without the other? *Emotion*. 2007;7:26-29. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.26>
24. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess*. 2007;23:141-149. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
25. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008;3:400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
26. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:504-511. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.3.504>
27. Ehring T, Fischer S, Schnulle J, Bosterling A, Tuschen-Caffier B. Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personal Individ Differ*. 2008;44:1574-1584. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.013>
28. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;27(6):285-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
29. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117:497-529. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.117.3.497>
30. Hames JL, Hagan CR, Joiner TE. Interpersonal processes in depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:355-377. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553>
31. Schwartz GE, Fair PL, Salt P, Mandel MR, Klerman G. Facial expression and imagery in depression: an electromyographic study. *Psychosom Med*. 1976;38:337-347. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00006>
32. Kazdin AE, Sherick RB, Esveldt-Dawson K, Rancurello MD. Nonverbal behavior and childhood depression. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985;24:303-309.
33. Libet JM, Lewinsohn PM. Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *J Consult Clin Psychol*. 1973;40(2):304-312. <https://doi.org/10.1037/h0034530>
34. Segrin C. *Interpersonal Processes in Psychological Problems*. New York: Guilford; 2001.
35. Gotlib IH. Perception and recall of interpersonal feedback: negative bias in depression. *Cogn Ther Res*. 1983;7(5):399-412. <https://doi.org/10.1007/bf01187168>
36. Coyne JC. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*. 1976;39:28-40. <https://doi.org/10.1080/00332747.1976.11023874>
37. Joiner TE, Metalsky GI. Excessive reassurance-seeking: delineating a risk factor involved in the development of depressive symptoms. *Psychol Sci*. 2001;12:371-378. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00369>
38. Starr LR, Davila J. Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection. *J Abnorm Psychol*. 2008;117(4):762-775. <https://doi.org/10.1037/a0013866>
39. Joiner TE, Metalsky GI. A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: a naturalistic study of college roommates. *J Personal Soc Psychol*. 1995;69:778-788. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.778>
40. Swann WB, Stein-Seroussi A, Giesler RB. Why people self-verify. *J Personal Soc Psychol*. 1992;62:392-401. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.62.3.392>
41. Swann WB, Wenzlaff RM, Krull DS, Pelham BW. Allure of negative feedback: self-verification strivings among depressed persons. *J Abnorm Psychol*. 1992;101:293-305. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.101.2.293>
42. Swann WB, Stein-Seroussi A, Giesler RB. Why people self-verify. *J Personal Soc Psychol*. 1992;62:392-401. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.62.3.392>
43. Joiner TE, Alfano MS, Metalsky GI. Caught in the crossfire: depression, self-consistency, self-enhancement, and the response of others. *J Soc Clin Psychol*. 1993;12:113-134. <https://doi.org/10.1521/jscp.1993.12.2.113>
44. Swann WB. To be known or to be adored: the interplay of self-enhancement and self-verification. *Handbook of Motivation and Cognition*. Eds. Higgins ET, Sorrentino M. 2nd ed. New York: Guilford; 2008.
45. Evraire LE, Dozois DJA. An integrative model of excessive reassurance seeking and negative feedback seeking in the development and maintenance of depression. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:1291-1303. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.014>
46. Bowlby J. *Attachment and Loss. Separation: Anxiety and Anger*. Vol. 2. New York: Basic Books; 1973.

47. Karevold E, Ruysamb E, Ystrom E, Mathiesen KS. Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Dev Psychopathol.* 2009;45(4):1051-1060. <https://doi.org/10.1037/a0016123>
48. Eberhart NK, Hammen CL. Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood. *Pers Relat.* 2006;13:195-206. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00113.x>
49. Conradi HJ, de Jonge P. Recurrent depression and the role of adult attachment: a prospective and a retrospective study. *J Affect Disord.* 2009;116:93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.027>
50. Lee A, Hankin BL. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009;38(2):219-231. <https://doi.org/10.1080/15374410802698396>
51. Joiner TE. Depression's vicious scree: self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clin Psychol Sci Pract.* 2000;7:203-218. <https://doi.org/10.1093/clipsy/7.2.203>
52. Sacco WP, Dunn VK. Effect of actor depression on observer attributions: existence and impact of negative attributions toward the depressed. *J Personal Soc Psychol.* 1990;59:517-524. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.59.3.517>
53. Joiner TE, Katz J. Contagion of depressive symptoms and mood: meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clin Psychol Sci Pract.* 1999;1(6):149-164. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.149>
54. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117:575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
55. McCullough JP. Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *J Clin Psychol.* 2003;59:833-846. <https://doi.org/10.1002/jclp.10176>
56. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy.* New York: Basic Books; 2000. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195309416.001.0001>
57. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1983;44:113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
58. Batson CD. *Two forms of perspective taking: imagining how another feels and imagining how you would feel.* Handbook of Imagination and Mental Stimulation. Eds. Markman KD, Klein WMP, Suhr JA. New York: Psychology Press; 2009. <https://doi.org/10.4324/9780203809846.ch18>
59. Mor N, Doane LD, Adam EK, Mineka S, Zinbarg RE, Griffith JW, Craske MG, Waters A, Nazarian M. Within-person variations in self-focused attention and negative affect in depression and anxiety: a diary study. *Cognition and Emotion.* 2010;24:48-62. <https://doi.org/10.1080/02699930802499715>
60. Derntl B, Seidel EM, Schneider F, Habel U. How specific are emotional deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients. *Schizophrenia Research.* 2012;142:58-64. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.09.020>
61. Cliffordson C. The hierarchical structure of empathy: Dimensional organization and relations to social functioning. *Scandinavian Journal of Psychology.* 2002;43:49-59. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00268>
62. Inoue Y, Yamada K, Kanba S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of Affective Disorders.* 2006;95:125-127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.018>
63. Zobel I, Werden D, Linster H, Dykierk P, Drieling T, Berger M, Schramm E. Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depression and Anxiety.* 2010;27:821-828. <https://doi.org/10.1002/da.20713>
64. Thoma P, Zalewski I, von Reventlow HG, Norra C, Juckel G, Daum I. Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Psychiatry Research.* 2011;189:373-378. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.030>
65. Ickes W, Stinson L, Bissonette V, Garcia, S. Naturalistic social cognition: empathic accuracy in mixed-sex dyads. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1990;59:730-742. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.4.730>
66. Gadassi R, Mor N, Rafaelli E. Depression and empathic accuracy in couples: an interpersonal model of gender differences in depression. *Psychol Sci.* 2011;22(8):1033-1041. <https://doi.org/10.1177/0956797611414728>
67. Papp LM, Kouros CD, Cummings EM. Emotions in Marital Conflict Interactions: Empathic Accuracy, Assumed Similarity, and the Moderating Context of Depressive Symptoms. *J Soc Pers Relat.* 2010;27(3):367-387. <https://doi.org/10.1177/0265407509348810>

Поступила 23.11.18

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Курсаков А.А. — к.м.н., младший научный сотрудник лаборатории профилактики психосоциальных факторов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, e-mail: alexander.kursakov@gmail.com [*Kursakov A.A.* — MD, PhD, Research Laboratory of Psychosocial factors prevention National Medical Research Center for Preventive Medicine, e-mail: alexander.kursakov@gmail.com]

Сирота Н.А. — д.м.н., проф., декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, e-mail: sirotan@mail.ru [*Sirota N.A.* — MD, Professor. Dean of Department Clinical Psychology, Head of Chair Clinical Psychology A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, e-mail: sirotan@mail.ru]

Ялтонский В.М. — д.м.н., проф., кафедра клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, доктор медицинских наук, <http://orcid.org/0000-0003-3337-0123>, e-mail: yaltonsky@mail.ru [*Yaltonsky V.M.* — Professor, MD, Professor A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; Yaltonsky Vladimir, <http://orcid.org/0000-0003-3337-0123>, e-mail: yaltonsky@mail.ru]

Московченко Д.В. — к.психол.н., старший преподаватель кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова, e-mail: xedin-90@mail.ru [*Moskovchenko D.V.* — PhD. Senior Lecturer, Department of Clinical Psychology A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, e-mail: xedin-90@mail.ru]

Ялтонская А.В. — врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, e-mail: y_alex00@mail.ru [*Yaltonskaya A.V.* — MD, PhD Psychiatrist, Psychotherapist, Senior Research Associate V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Addiction, Scientific Research Center on Addictions, e-mail: y_alex00@mail.ru]