

© И.В. Грошев, 2013
УДК 616.89-008.441.1-053/-055

Для корреспонденции

Грошев Игорь Васильевич – доктор психологических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, проректор ГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина»
Адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Интернациональная, д. 33
Телефон/факс: (4752) 72-95-57
E-mail: aus_tgy@mail.ru

И.В. Грошев

Специфические фобии в корригировании поведенческих паттернов личности: гендерно-половозрастные особенности проявления

Specific phobias in correction of personality behavioral patterns: gender-, sex- and age- related peculiarities of manifestation

I.V. Groshev

The paper looks into the problem of the impact of gender, sex and age factors on etiology, frequency and peculiar features of human phobias manifestations and provides a comparative analysis of present-day literature data on this aspect of research into phobias. It is pointed out that the profile of morbidity associated with phobic anxiety disorders is clearly determined by specific gender, sex and age differentiation.

Key words: morbidity, model, pathogenesis, pathogenetic variables, sex, gender and age peculiarities, risk, specific phobia, fear, theory, factors, phobia, etiology

ГБОУ ВПО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина»
G.R. Derzhavin Tambov State University

В статье рассматривается проблема влияния на этиологию, частоту, особенности проявления фобий человека гендерных, половых и возрастных факторов и дается сравнительный анализ современных данных литературы по данному аспекту исследовательского поля фобийности. Указывается на четкую детерминированность проявления профиля заболеваемости фобическими тревожными расстройствами определенной гендерно-половозрастной дифференцированностью.

Ключевые слова: заболеваемость, модель, патогенез, патогенетические переменные, половые, гендерные и возрастные особенности, риск, специфическая фобия, страх, теория, факторы, фобия, этиология

Список фобий напоминает перечисление десяти египетских казней, но только их число значительно превышает десять.
З. Фрейд

В предыдущих работах [4, 5] довольно подробно нами были рассмотрены тревожно-фобические расстройства (ТФР), а в частности, агорафобия и социофобия, с выделением половозрастных и гендерных особенностей в детерминации поведенческих паттернов личности. В данной статье анализируются специфические фобии (МКБ-10: F40.2) через призму половозрастных и гендерных особенностей проявления, обширный перечень (греческих наименований фобий) которых, по мнению Леви-Валенси, составляет «сад греческих корней» (цит. по [5]).

Специфические фобии (ранее известные как *простые фобии*) – это часто встречающееся в психиатрической практике заболевание, в большинстве случаев сочетающееся с депрессией, алкоголизмом

и другими психическими расстройствами. Являясь по сути иррациональным (предвосхищающим) сильным и стойким страхом, запускаемым присутствием (или антиципацией – предвосхищением) специфического объекта или ситуации*, которые служат фактором риска или диатезом в плане развития спецфобий, ТФР может проявляться в виде боязни специфических как одушевленных (как правило, животных, чаще всего змей и пауков), так и неодушевленных объектов (предметов) – различных аспектов окружающей среды (например, воды, высоты, туннелей или мостов), а также в виде избегания фобических ситуаций.

Многим свойственны хотя бы некоторые мелкие иррациональные страхи, но при фобических расстройствах последние интенсивны и часто значительно затрудняют обыденную деятельность. Развитие специфических фобий представляет собой последовательную цепочку симптомов, отражающую порядок формирования личностных реакций в ответ на осознаваемую или неосознаваемую травму. Как правило, первыми возникают наиболее автоматизированные вегетативные и сенсомоторные реакции, затем присоединяются аффективные, и завершается развитие синдрома становлением фобического расстройства невротического типа.

Ранее развитие специфических фобий связывали со множеством психосоциальных факторов, начиная от глубинных психодинамических конфликтов до относительно прямого травматического обусловливания страха. Однако до сих пор неизвестно, являются ли причиной предрасположенности людей к страху психосоциальные, биологические факторы или же факторы окружающей среды. Те, кто верят в биологическую предрасположенность, доказывают, что склонность к страху передавалась генетически в процессе эволюции [23, 25]. Напротив, ученые, считающие, что предрасположенность обусловлена факторами окружающей среды, утверждают, что жизненный опыт с ранних лет учит тому, что определенные объекты являются законными источниками страха, и это обучение предрасполагает многих людей к формированию соответствующих страхов [21]. Так или иначе, можно заключить, что факторы, участвующие в возникновении и поддержании страхов и фобий, сложнее, чем предполагается традиционными взглядами.

Объективная оценка любого страха обычно является спорной в отношении того, до какой степени и при каких обстоятельствах объект, событие или предмет, вызывающее опасения, представляет реальную опасность. В связи с этим возникает естественный вопрос, в чем распространен-

ные страхи отличаются от специфических фобий? Чем, например, «естественный» страх перед змеей отличается от фобии змей? DSM-IV указывает, что фобия является более сильной и стойкой, чем страх, а желание избегать предмета или ситуации более велико [20]. Кроме того, все обоснованные страхи – активные: человек, как правило, постоянно ищет пути избавления от них. Фобия же – ощущение пассивное: фобист избегает неприятных ситуаций, но не стремится избавиться от своего навязчивого состояния, так как практически всегда имеющаяся у человека фобия почему-либо «выгодна» его бессознательному [22, р. 135]. При этом лица со специфическими фобиями обычно осознают их неадекватность. Два критерия, не связанные с оценкой потенциальной опасности, дифференцируют специфические фобии от рационального, не невротического страха. Первый заключается в том, что специфические фобии имеют обсессивную природу. Больной со специфической фобией часто вынужден «застывать» на своем страхе в гораздо большей степени, чем это необходимо в объективных обстоятельствах. Вторая характеристика, которая дифференцирует специфические фобии от реалистического страха, касается модуса проявления тревоги. Специфическая фобия обычно сопровождается столь высоким уровнем тревоги (возможна дисфункция систем серотонина, дофамина и норадреналина [35]), что больной оказывается обездвиженным, лишенным возможности действовать эффективным для снижения тревоги образом. На данный момент времени нет полного согласия относительно дифференциальной диагностики между фобическим страхом и, например, генерализованной тревожностью. По всей вероятности, это зависит от конкретности объекта, предмета или события, вызывающего опасения.

В настоящее время не существует единого общепринятого объяснения этиологии специфических фобий. Причины, лежащие в их основе, до сих пор менее изучены, чем патогенез**. Принято, однако, считать, что их возникновению предшествуют конкретные преципитирующие события (травмы). В свою очередь они могут рассматриваться или не рассматриваться в качестве непосредственной причины специфических фобий, в зависимости, например, от той или иной теоретической ориентации специалиста, выносящего свое суждение. По нашему мнению, факторы, значимые для этиологии и патогенеза специфических фобий, могут находиться на разных уровнях – социальном, психологическом, биологическом (генетическом, нейробиохимическом, нейроэндокринологическом). Исходя из

* Уровень страха должен быть чрезмерным или необоснованным по сравнению с реальной опасностью, которую представляет объект или ситуация. Когда индивиды со специфическими фобиями соприкасаются с фобическим стимулом, они почти всегда демонстрируют мгновенную реакцию страха, которая часто напоминает паническую атаку, если не говорить о наличии отчетливого внешнего триггера [19, р. 235–236].

** П а т о г е н е з – процесс развития специфических фобий в клинически значимое и нуждающееся в лечении расстройство.

гипотезы о существовании врожденных программ поведения можно высказать предположение о том, что биологические свойства человека изначально, т.е. уже от рождения, организованы, ограничены в определенные программы, или метафункциональные системы [1]. Поэтому «внутреннее», на которое действует «внешнее», выступает уже не только в виде «условий» [14, с. 109], но и в виде факторов, структур, программ причин индивидуального поведения. Это означает, что благодаря врожденным программам социальные факторы сразу же после рождения, а возможно, и во внутриутробный период «падают» не на аморфную биологию человека, а на специфическую человеческую биологию. Много из того, что считается специфически человеческим, приобретенным после рождения, на самом деле содержится в его генетике [6] (биологии и физиологии) и заготовлено, по мнению П.К. Анохина, в форме «фиксированных уровней (соотношений) нервных структур» [1, с. 307]. Следовательно, это дает возможность связать сложные уровни психики на основе выявляемых закономерностей и в итоге представить определенно целостную картину объяснения этиологии специфических фобий. Более того, как мы полагаем, возникновение фобийности опосредовано и самой динамикой поведения человека, что может означать замаскированность причин возникновения более высоким уровнем свойств индивидуальности – личностными и социально-психологическими свойствами человека [7]. Иными словами, для объяснения причинной детерминированности появления и формирования специфических фобий необходимо учитывать воздействие (и взаимодействие) всей совокупности биологических, психологических и социальных сенсibiliзирующих факторов* (рис. 1).

В этой связи весьма актуальными являются комплексные медико-социальные исследования специфических фобий, направленные на изучение биопсихосоциальных факторов формирования ТФР. Вместе с тем в большинстве работ по данной тематике** в основном анализируются либо социальные (социально-психологические), либо медико-биологические аспекты тревожно-фобической заболеваемости. В итоге, в зависимости от выбранной модели постулируются различные типы предрасположенности (например, психофизиологическая, нейробиологическая, когнитивная и т.д.). Работ же по комплексному анализу данной пробле-

мы с позиции биопсихосоциального подхода сравнительно мало, что обуславливает актуальность их исследований. Такой подход к объяснению специфических фобий представляет собой патогенетическую (многофакторную) модель и не только исходит из комплексного взаимодействия различных интернальных и экстернальных факторов, но и подчеркивает следующие два принципиальных положения: 1) не только патогенетические переменные воздействуют на индивида, но и индивид воздействует на эти переменные и 2) патогенетические переменные следует рассматривать не как константы, а как изменяющиеся в динамическом процессе переменные***.

В подтверждение сказанного приведем лишь некоторые данные. Так, например, в работе И.Ф. Тимербулатова и В.Л. Юлдашева [16] были выявлены факторы риска, способствующие формированию широкого спектра пограничных психических расстройств, в том числе и специфических фобических расстройств. Мы в своих исследованиях также выявили факторную зависимость формирования специфических фобий (табл. 1).

Обнаруженные нами данные оказались релевантными данным, полученным И. Тимербулатовым и В. Юлдашевым, что говорит о существующих закономерностях в этиологии формирования исследуемого психического расстройства. В частности, из социальных факторов, детерминирующих появление специфических фобий, наиболее значимыми являются те, что характеризуют различные аспекты жизни семьи больного, включая возраст и социальный статус родителей, а также их вредные привычки. Так, средний возраст родителей (старше 40 лет на момент рождения ребенка) увеличивает риск формирования специфических (изолированных) фобий, социофобии и панического тревожного расстройства. Уровень образования родителей также является сенсibiliзирующим фактором этиологии специфических фобий, в частности чем выше образование, тем выше риск развития ТФР. Однако данная корреляционная связь, как указывают И.Ф. Тимербулатов и В.Л. Юлдашев, имеется лишь в отношении матерей [16]. Частоту проявления спецфобий детерминирует и вид профессиональной деятельности родителей. Если же родители безработные, то безработица отца является значимым фактором риска появления специфических фобий, а в отношении матери, наоборот, снижает риск

* Многофакторное возникновение данного ТФР предполагает, что выбор клинических психолого-психиатрических методов лечения должен быть ориентирован на индивидуальную форму расстройства, с выявлением точного дифференциального диагноза, учетом коморбидности и индивидуализацией целей лечения.

** Например, так называемая «теория двух факторов» (Zwei-Faktoren-Theorie) [32]. Еще и сегодня эта теория используется как основа для определения показаний к терапии фобического избегающего поведения. Однако, несмотря на то что это хорошо согласуется с данными, полученными в результате экспериментов на животных, эта теория оказалась недостаточной для объяснения этиологии специфических фобий.

*** Такая комплексная многофакторная с методической точки зрения, сложно проверяемая модель взаимодействия, с помощью которой можно попытаться объяснить возникновение и поддержание специфических фобий, в зарубежной психиатрической литературе получила название динамической д и а т е з - с т р е с - м о д е л и [10, с. 1091–1092].

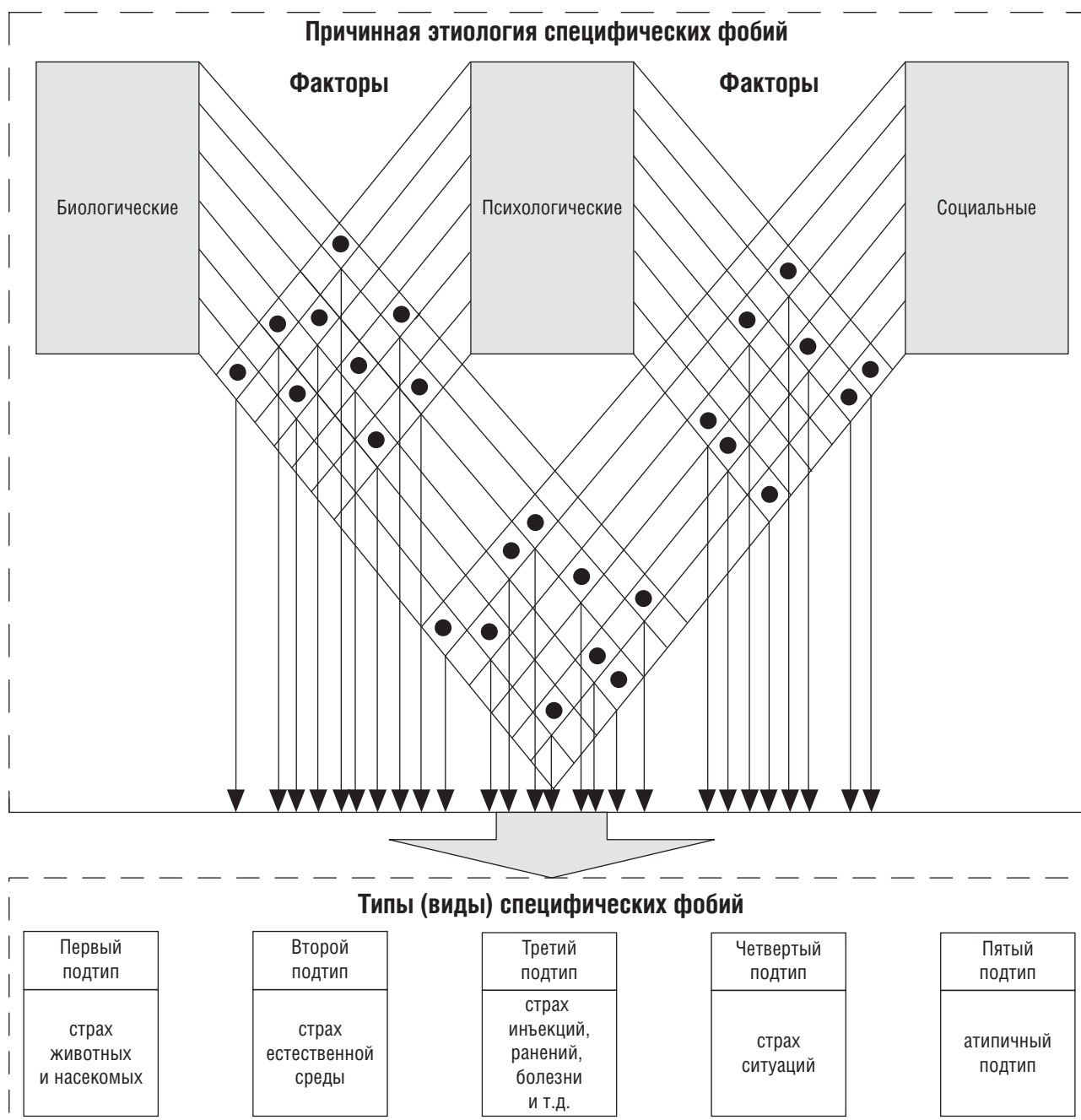


Рис. 1. Модель причинной этиологии специфических фобий

их появления и развития. Неполая семья также неблагоприятна в плане формирования специфических фобий. Существенным фактором в этиологии F40.2 являются вредные привычки родителей, особенно неблагоприятно, если они выявляются у матерей. Способствуют развитию спецфобий курение матери и алкоголизация отца. И, конечно же, значимым фактором сенсibilизации являются вредные привычки [курение, алкоголизация и наркотизация (с четкой зависимостью от степени выраженности и возраста начала вредных привычек)] самих больных.

Специфические фобии связаны с существенным риском появления в дальнейшем иных психических

расстройств: впоследствии могут развиваться другие тревожные расстройства (риск в 5,8–8,5 раза выше, чем у лиц без ТФР), депрессивные расстройства (риск в 3,7–5,6 раза выше), а также злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них (риск в 2 раза выше) [10].

Графически линейные модели описанных сенсibilизирующих факторов риска формирования F40.2 представлены на рис. 2–4.

Эффективность представленных линейных моделей в отношении выявленных факторов показана в табл. 2.

Нами представлена модифицированная зависимость риска формирования специфических фобий

от определяющих биологических, психологических и социальных факторов в виде следующей формулы:

$$B = F(B, (И+Пл+Г+Вз), C) \text{ или } B = F(B, П, C),$$

где B – поведение личности больного с ТФР; F – знак функциональной зависимости; B – биологические факторы; $П$ – психологические факторы ($И$ – индивидуально-личностные особенности; $Пл$ – половые особенности; $Г$ – гендерные особенности; $Вз$ – возрастные особенности); C – социальные (ситуационные) факторы.

Согласно данной формуле, риск формирования специфических фобий – это сумма совместного **в разной степени влияния** биологических, психологических и социальных сенсibiliзирующих факторов, что показано в графическом виде на рис. 5.

Данная зависимость показывает, что формирование специфических фобий в точке B будет определяться соответствующими показателями B , $П$ и C . Следовательно, один вид специфических фобий может больше зависеть от биологических факторов, другой – от психологических, третий – от социальных (внешних) факторов. Достаточно часто именно ситуационная составляющая во многом определяет риск появления, специфику и логику поведения личности больного.

Таким образом, можно заключить, что этиология специфических фобий всегда должна рассматриваться как система сложного образования. По этой причине для их более детального описания необходимо выделять совокупность компонентов, способных полно представить и описать тот или иной вид специфической фобии.

Специфическими фобическими расстройствами, являющимися распространенной формой тревож-

Таблица 1. Характеристика регрессионных коэффициентов по биологическим, психологическим и социальным факторам риска формирования специфических фобий (F , $F40$, $F40.2$)

Вектор анализируемых характеристик	Факторы риска формирования		
	биологические	психологические	социальные
B-1	0,24	-0,22	0,08
B-2	0,07	0,64	0,67
B-3	0,22	0,57	0,60
B-4	0,08	-0,08	0,05
B-5	0,16	0,46	-0,24
B-6	0,06	-0,39	0,03
B-7	0,14	0,07	0,36
B-8	0,08	0,35	0,62
B-9	0,27	0,44	0,55
B-10		-0,15	0,21
B-11		0,43	-0,14
B-12		0,44	0,19
B-13		0,38	0,08
B-14		0,17	0,44
B-15		0,07	0,34
B-16			-0,57
B-17			0,66
B-18			0,43
B-19			0,37
B-20			0,13

Примечание. Здесь и в табл. 2: F – Расстройство; $F40$ – Тревожно-фобические расстройства; $F40.2$ – Специфические фобии.

ного расстройства, по данным различных, методически трудоемких описательных эпидемиологических исследований, проведенных в различных странах мира, страдают в течение всей жизни приблизительно 5–15% населения* [33]. Иными словами, у каждого человека есть те или иные области, внушающие особый страх. Некоторые из специфических фобий начинаются в раннем возрасте (например, страх перед большими животными, боязнь темноты или незнакомцев). Однако, по мере того как

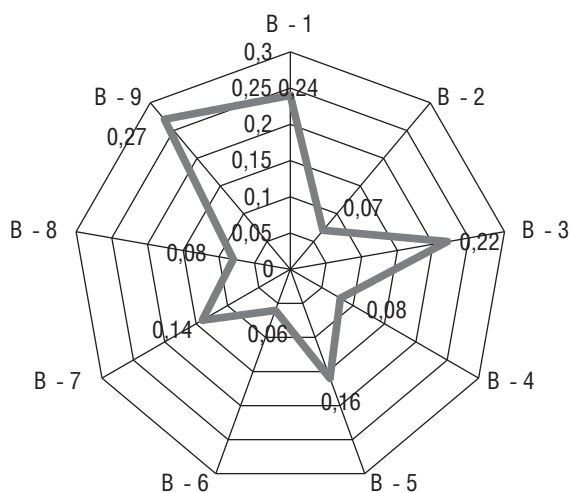


Рис. 2. Линейная модель биологических факторов риска формирования специфических фобий

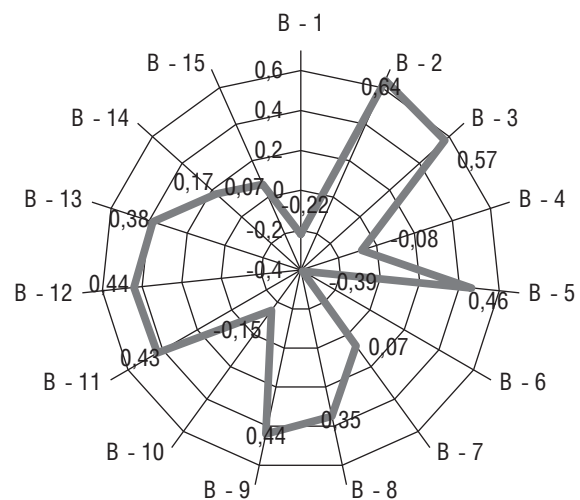


Рис. 3. Линейная модель психологических факторов риска формирования специфических фобий

* Около 5% людей испытывают специфические фобии с потерей сознания при виде крови, при уколах или травмах [31]. При этом важно отметить, что потеря сознания не характерна для других видов специфических фобий. Напротив, у многих людей с такими расстройствами отмечается гипервентиляция легких, которая может вызывать головокружение, но обмороков при этом почти никогда не наблюдается.

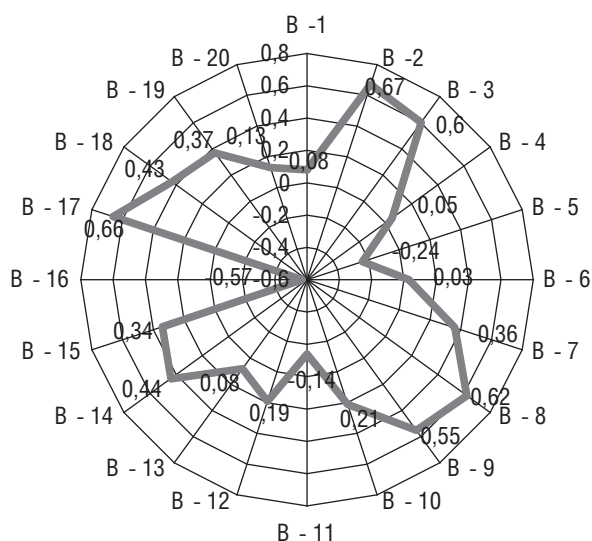


Рис. 4. Линейная модель социальных факторов риска формирования специфических фобий

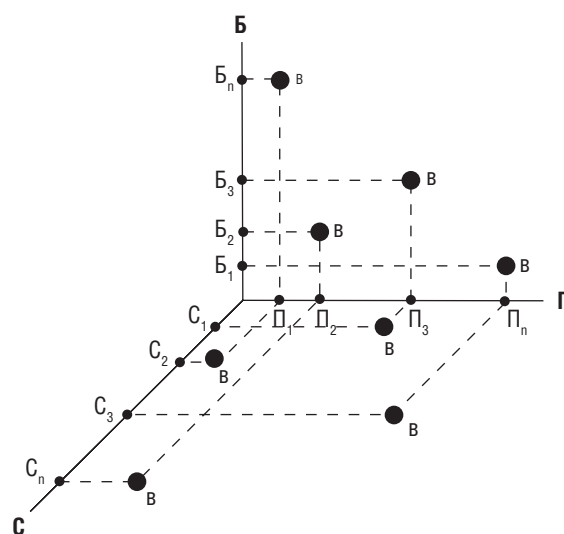


Рис. 5. Зависимость формирования специфических фобий от совокупности определяющих факторов

Таблица 2. Анализ эффективности линейных моделей по биологическим, психологическим и социальным факторам риска формирования специфических фобий (F, F40, F40.2)

Анализируемая характеристика	Факторы риска формирования		
	биологические	психологические	социальные
R	0,29	0,77	0,57
Dt	17,45	53,65	32,19

человек становится старше, многие специфические фобии исчезают; другие же начинают появляться и развиваться позднее (например, страх перед грызунами, насекомыми, водой, штормом, боязнь высоты, полетов или закрытых помещений). Более того, современные психоневрологи М.И. Буянов [2], А.И. Захаров [8], В.И. Гарбузов [3] и др. считают, что фобии являются клинико-психологическим выражением проблем трех поколений – прародителей,

родителей и детей. В частности, определенные черты характера взрослых, по мнению А.И. Захарова [8] и В.И. Гарбузова [3], способствуют развитию фобии у ребенка.

Исследование, проведенное W. Agras, H. Sylvester, J. Oliveau [18], показало, что фобии толпы, смерти, травм, болезней и одиночества более распространены среди 60-летних людей, а не среди людей других возрастных групп. У 20-летних (около 70% – больше, чем любая другая возрастная группа) чаще встречается боязнь змей, высоты, грозы, закрытых помещений и социальных ситуаций [18]. Иначе говоря, средний возраст появления различного рода специфических фобий имеет значительные колебания. Например, зоофобии, как правило, возникают в детстве (когда они, по сути, одинаково свойственны мальчикам и девочкам, но мальчики склонны «вырастать» из них); то же самое можно сказать о боязни крови и ран, одонтофобиях и фобиях, связанных с естественной средой, например, гидрофобии и акрофобии. Однако другие фобии, такие как клаустрофобия и агорафобия, появляются чаще в подростковом и раннем зрелом возрасте [19, 34]. Имеющаяся общая возрастная зависимость некоторых видов специфических фобий представлена на рис. 6.

Что касается гендерно-половых различий, то можно отметить, что специфические фобии особен-

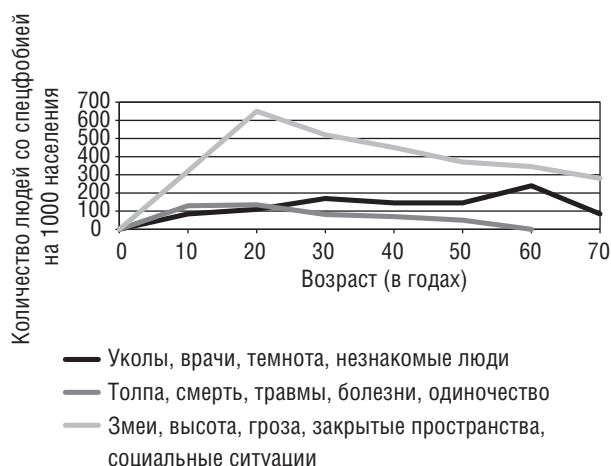


Рис. 6. Возрастная зависимость некоторых видов специфических фобий

но широко распространены среди женщин. Иначе говоря, как указывают многие авторы, женщины страдают специфическими фобиями в 2–3 раза чаще, чем мужчины [9, 11, 22, 26]. Проведенные обследования (более 850 респондентов в возрасте от 8 до 55 лет) отечественными исследователями М.С. Пономаревой [13] и Л.В. Куликовым [12] выявили, что у девочек, девушек и женщин во всех возрастных группах склонность к специфическим фобиям выражена значительно больше, чем у мальчиков, юношей и мужчин (рис. 7).

Широко распространены, особенно среди девочек, ТФР, из которых наибольший удельный вес приходится на специфические фобии, несколько меньший – на социофобию и агорафобию [24]. Клинико-психопатологическая оценка нозологической структуры ТФР представлена в табл. 3.

Однако, как отмечают И.Ф. Тимербулатов и В.Л. Юлдашев, специфические фобии, в отличие от остальных расстройств этой группы, несмотря на довольно широкую распространенность, не вызывают выраженной дезадаптации девочек [15].

Исследователи многократно подтверждали тот факт, что девочки сообщают о большем количестве специфических фобий, чем мальчики [28]. Однако на основании этих исследований однозначно нельзя сказать, обусловлено ли это половое различие более высокой врожденной предрасположенностью девочек к такой реакции, как фобия, или же действием других сенсibiliзирующих факторов, таких как влияния половой роли.

В ряде исследований [9, 10, 13, 22, 28] были установлены связанные с возрастом изменения в типе специфических фобий, о которых сообщают дети. Проведенный аналитический обзор данных, касающихся этой возрастной тенденции, показывает, что по мере взросления детей их фобии становятся: а) более абстрактными и б) в большей мере антиципаторными, чем связанными с непосредственными происшествиями. Например, по сравнению с младшими старшие дети в целом меньше боятся животных, но их больше пугают школа и социальные отношения.

Данные проведенного нами обзора литературы по коморбидности говорят о том, что в течение жизни специфические фобии поражают приблизительно 30% женщин и почти 16% мужчин [28–30].



Рис. 7. Склонность к переживанию специфических фобий у лиц мужского и женского пола

Для женщин частота заболеваний в год составляет около 21%, а для мужчин – 11% [27]. При специфических тревожных расстройствах фобии значились на втором месте среди самых частых психиатрических диагнозов у женщин (первое место заняли депрессивные состояния) и на четвертом – у мужчин (после злоупотребления алкоголем, алкогольной зависимости и депрессии) [9]. Сравнительная частота их развития для различных полов значительно варьирует в зависимости от типа специфических фобий. Например, около 90–95% людей с зоофобиями – женщины, но для фобии, связанной с видом крови и ранениями, соотношение по полу оказывается ниже двух к одному [22].

Существующие в настоящее время многочисленные классификации специфических фобий, представленные в психиатрической литературе [9, 10, 22, 28, 29], ориентированы главным образом на содержание навязчивых страхов без учета особенностей их патогенеза, механизмов возникновения и психопатологической структуры данной группы расстройств. Кроме того, поскольку бояться можно чего угодно, практически любое явление может стать объектом фобий*, а значит, их классификация по фабуле представляется если не лишеной смысла, то малоинформативной. Следовательно, представить общую классификационную модель специфических фобий с выделением половозрастных и гендерных особенностей проявления в настоящее время не представляется возможным.

Таблица 3. Клинико-психопатологическая оценка (в %) дезадаптированных подростков 7–14 лет

Нозологическая структура ТФР	Мальчики	Девочки	Критерий уровня значимости p	Оценка достоверности различий средних и относительных величин по t -критерию Стьюдента
F40 – тревожно-фобические расстройства				
F40.0 (агорафобия)	2,8±0,6	5,1±0,7	<0,01	0,29
F40.1 (социофобия)	3,2±0,7	8,4±0,8	<0,05	2,86
F40.2 (специфические фобии)	6,8±0,9	12,3±0,4	<0,001	7,10

* «Если хотите ничего не бояться, вспомните, что бояться можно решительно всего» (Сенека Младший. Философские трактаты. – СПб.: Алетейя, 2001. – 347 с.)

Литература

1. Анохин П.К. Социальное и биологическое в природе человека // Материалы симпозиума по соотношению биологического и социального в человеке. – М., 1975. – С. 301–318.
2. Буянов М.И. В кабинете детского психиатра. – Киев, 1990. – 289 с.
3. Гарбузов В.И. Нервные дети: советы врача. – Л., 1990. – 256 с.
4. Грошев И.В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социофобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности // Рос. психиатр. журн. – 2010. – № 3. – С. 16–24.
5. Грошев И.В. Гендерно-половозрастные особенности паттернов поведения при агорафобических тревожных расстройствах // Рос. психиатр. журн. – 2008. – № 6. – С. 30–39.
6. Грошев И.В. Геномика психических заболеваний: исследование половозрастных и гендерных аспектов // Рос. психиатр. журн. – 2012. – № 2. – С. 68–73.
7. Грошев И.В. Место и значение человеческой индивидуальности в топографическом пространстве психических расстройств // Психическое здоровье. – 2010. – № 4 (47). – С. 70–75.
8. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. – М.: Медицина, 1988. – 144 с.
9. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т.: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 295 с.
10. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
11. Кондаков И.М. Психология. Иллюстрированный словарь. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 512 с.
12. Куликов Л.В. Психология настроения. – СПб., 1997. – 405 с.
13. Пономарева М.С. Возрастно-половые особенности эмоциональности школьников 9–17 лет и ее восприятие учителями: Автореф. дис. ... канд. наук. – СПб., 2005. – 21 с.
14. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. – М., 1976. – 371 с.
15. Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л. Клинико-психопатологическое обследование психически дезадаптированных школьников, обучающихся в общеобразовательных учреждениях крупного города // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 4. – С. 33–35.
16. Тимербулатов И.Ф., Юлдашев В.Л. Комплексная оценка факторов риска формирования пограничных психических расстройств у подростков с позиции биопсихосоциального подхода // Обзорение психиатрии и мед. психол. – 2008. – № 1. – С. 27–31.
17. Хрущ И.А. Личностные особенности детей с фобическим синдромом // Мед. новости. – 1998. – № 12. – С. 34–36.
18. Agras W.S., Sylvester H.S., Oliveau J.E. The behavioral treatment of somatic disorders // Handbook of Behavioral Medicine. – New York: Guilford, 1995. – P. 153–160.
19. American Psychiatric Association. – New York, 1994. – 440 p.
20. APA. DSM–IV options boor. – Washington, DC: Author, 1994. – 452 p.
21. Carr A.T. The psychopathology of fear // Fear in Animals and Man / Ed. Sluckin. – New York: Van No strand Reinhold, 1989. – P. 137–196.
22. Davey G. Phobias. – London: John Wiley, 1997. – 402 p.
23. De-Silva P. Cognitive-behavioral models of eating disorders // Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research / Eds G. Szukler, C. Dare, J. Treasure. – Chichester, England: Wiley, 1995. – P. 248–301.
24. Foyer A.J., Mannuzza S., Chapman T.F. et al. A direct interview family study of social phobia // Arch. Gen. Psychiatry. – 1993. – Vol. 50. – P. 286–293.
25. Graham J.R., Lilly R.S. Psychological Testing. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984. – 405 p.
26. Holmes D.A. The Essence of Abnormal Psychology. – London; New York: Prentice Hall Europe, 2004. – 302 p.
27. Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C. et al. Generalized disorders in women. A population-based twin study // Arch. Gen. Psychiatry. – 1992. – Vol. 49. – P. 267–272.
28. Kessler L.N. Panic and Phobia. – New York: Maxwell Macmillan International, 1994. – 378 p.
29. Magee G.D. Phobias and Obsessions: Clinical Phenomena in Search of a Laboratory Model. – San Francisco, 1996. – 402 p.
30. Magee W.J., Eaton W.W., Wittchen N.-U. et al. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53. – P. 159–168.
31. Merckelbach H., de-Jong P., Muris P., van den Hout M. The etiology of specific phobias: a review // Clin. Psychol. Rev. – 1996. – Vol. 16. – P. 337–361.
32. Mowrer O.H. Learning Theory and Behavior. – New York: Wiley, 1960. – 342 p.
33. Norton L.G. The aetiology of specific phobias: a review // Clin. Psychol. Rev. – 1997. – Vol. 14. – P. 327–351.
34. Ost A. Anxiety and Phobic Disorders. – New York: Plenum, 1987. – 248 p.
35. Pary R., Lewis S., Tobias C. et al. Social phobia: Recognition and management // Primary Psychiat. – 1999. – Vol. 6, N 8. – P. 33–34, 82, 93–94.