

УДК 616/89-055.5

*Т.Л. Ряполова, О.И. Осокина***НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психическое здоровье, семья, аффективные расстройства

Функционирование семьи может быть осуществлено при решении членами семьи весьма сложных задач: участие их в семейных взаимоотношениях, подчинение семейным нормам и правилам, деятельность по обеспечению материального благополучия семьи, воспитание подрастающего поколения, решение постоянно возникающих семейных проблем. Развитие психического расстройства травмирует именно эти семейно необходимые качества, отрицательно воздействуя на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь, становятся фактором травматиза-

ции для других членов семьи [1]. Весьма немногочисленные работы по исследованию влияния депрессивных расстройств у одного из членов семьи на внутрисемейные отношения [2-4] обнаружили связь депрессии у одного из супругов с нарушением активности другого, снижением семейного дохода, ухудшением супружеских отношений и неопределенностью в том, как преодолевать симптомы заболевания.

Целью настоящей работы являлось предварительное исследование влияния аффективных (депрессивных) расстройств у одного из членов семьи на психическое здоровье других членов семьи.

**Материал и методы исследования**

Было обследовано 23 пациента, находившихся на стационарном лечении в Центре аффективной патологии Донецкой областной клинической психиатрической больницы, и члены их семей. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, у 10 больных был определен легкий депрессивный эпизод (43,5%), у 4 (17,4%) – рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) (2 чел. – РДР, текущий эпизод умеренной тяжести; 2 чел. – РДР, текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов), у 5 (21,7%) – биполярное аффективное расстройство (БАР) (2 чел. – БАР, текущий эпизод умеренной депрессии; 3 чел. – БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов), у 4 (17,4%) – депрессивное расстройство органической природы.

Для оценки выраженности депрессивных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [5].

Большинство обследованных больных (17 чел. – 73,9%) имели нуклеарную семью, однако 2 больных с легким депрессивным эпизодом имели симбиотические связи с родителями и проживали совместно с ними, а 4 больных с орга-

ническим депрессивным расстройством и 1 больная с биполярным аффективным расстройством, имея супруга, проживали в семьях детей; 6 больных (26,1%) проживали в родительских семьях.

В соответствии с целью настоящего исследования было обследовано 23 родственника больных с различными аффективными расстройствами, распределение которых по степени родства было следующим: супруги больных с легким депрессивным эпизодом (мужья – 4 чел., жены – 1 чел.), родители больных с легким депрессивным эпизодом (матери – 3 чел., отцы – 2 чел.); супруги больных с рекуррентным депрессивным расстройством (мужья – 2 чел., жены – 2 чел.); супруги больных с биполярным депрессивным расстройством (мужья – 1 чел.), родители больных с биполярным аффективным расстройством (матери – 2 чел., отцы – 1 чел.), дети больных с биполярным аффективным расстройством (дочери – 1 чел.); дети больных с депрессивным расстройством органической природы (дочери – 4 чел.). Таким образом, распределение обследованных родственников по полу было следующим: женщины – 13 чел. (56,5%), мужчины – 10 чел. (43,5%).

В группе обследованных родственников возраст женщин колебался от 20 до 62 лет, распределение по возрасту было следующим: 20-29 лет – 4 чел. (30,8%), 30-39 лет – 2 чел. (15,4%), 40-49 лет – 2 чел. (15,4%), 50-59 лет – 3 чел. (23%), старше 60 лет – 2 чел. (15,4%). Средний возраст обследованных женщин – 40,6±0,23. Средний возраст обследованных мужчин – 41,3±0,54. Распределение их по возрасту было следующим: 20-29 лет – 3 чел. (30%), 30-39 лет – 4 чел. (40%), 40-49 лет – 1 чел. (10%), 50-59 лет – 1 чел. (10%), старше 60 лет – 1 чел. (10%).

В этой же группе распределение обследованных женщин по образованию было следующим: среднее – 3 чел. (23%), среднеспециальное – 4 чел. (30,8%), высшее – 6 чел. (46,2%). Распределение мужчин по образованию было следующим: среднее – 3 чел. (30%), среднеспециальное – 4 чел. (40%), высшее – 3 чел. (30%), т.е. среди обследованных преобладали лица со среднеспециальным и высшим образованием.

### Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные больные вне зависимости от клинических признаков аффективных расстройств были разделены на группы в соответствии с выраженностью депрессии/тревоги по методике HADS: группа I – больные с субклинически выраженной депрессией (средний показа-

Родственники больных с аффективной патологией были обследованы методикой SCL-90-R [6], предназначенной для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Методика оценивалась по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации – Somatization (SOM), обсессивности-компульсивности – Obsessive – Compulsive (O-C), межличностной сензитивности – Interpersonal Sensitivity (INT), депрессии – Depression (DEP), тревожности – Anxiety (ANX), враждебности – Hostility (HOS), фобической тревожности – Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльных тенденций – Paranoid Ideation (PAR), психотизма – Psychoticism (PSY) и по 3 обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST), предназначенные для более гибкой оценки психопатологического статуса обследуемого.

тель депрессии 9,56±0,23), группа II – больные с клинически выраженной депрессией (средний показатель 16,4±0,33). Сравнительная характеристика средних значений показателей методики SCL у родственников больных с аффективными расстройствами представлена в таблице 1.

Таблица 1

### Сравнительная характеристика средних значений показателей методики SCL у родственников больных с аффективными расстройствами

Шкалы SCL	Группа I		Группа II			Нормативные показатели
	Мужья (жены)	Родители	Мужья (жены)	Родители	Дети	
SOM	0,46±0,129	0,172±0,05	1±0,212	1,43±0,348	0,564±0,199	0,69±0,65
O - C	0,78±0,03	0,62±0,111	0,54±0,103	0,533±0,167	0,82±0,128	0,76±0,60
INT	0,418±0,122	0,22±0,06	0,556±0,09	0,867±0,291	0,802±0,04	0,83±0,63
DEP	0,878±0,06	0,966±0,05	0,508±0,113	0,843±0,182	0,852±0,02	0,68±0,59
ANX	0,64±0,103	0,88±0,116	0,72±0,06	1,03±0,33	0,76±0,258	0,62±0,02
HOS	0,998±0,258	0,334±0,105	1,34±0,382	1,39±0,201	1,17±0,289	0,71±0,65
PHOB	0,196±0,09	0,17±0,105	0,518±0,03	0,427±0,359	0,14±0,06	0,35±0,04
PAR	0,266±0,111	0,108±0,04	0,394±0,07	0,447±0,277	0,554±0,118	0,67±0,58
PSY	0,08±0,003	0,06±0,02	0,14±0,02	0,233±0,133	0,3±0,04	0,42±0,02
GSI	0,6±0,05	0,466±0,09	0,548±0,06	0,803±0,173	1,38±0,233	0,64±0,50
PST	30±7,54	23,8±4,39	32,3±5,38	32,7±4,67	38,8±3,56	37,27±2,19
PSDI	1,51±0,119	1,45±0,07	1,58±0,135	1,83±0,187	1,53±0,138	1,42±0,42

В группе супругов больных с субклинически выраженной депрессией отмечалось значительное превышение нормативных показателей по шкалам депрессии и враждебности, причем по шкале депрессии наиболее часто наблюдались

жалобы на снижение сексуального влечения и удовольствия, упадок сил, чувство одиночества, подавленное настроение и ощущение собственной никчемности. Помимо этого, супруги нередко (в 80% случаев – 4 чел.) обвиняли себя в бо-

лезни супруга(и). По шкале враждебности обследованные отмечали легко возникающие досаду или раздражение, не поддающиеся подавлению вспышки гнева, склонность к вступлению в спор (у 3 чел. – 60% в ситуациях, связанных с болезнью мужа или жены). В незначительной степени нормативные показатели в данной группе обследованных были превышены по шкале обсессивно-компульсивных расстройств, в основном за счет жалоб на повторяющиеся неотвязные мысли о болезни супруга(и), на трудности в сосредоточении и принятии решений. Общий индекс тяжести (GSI) не превышал нормы, однако превышение нормы в индексе наличного симптоматического дистресса (PSDI) может свидетельствовать о субъективной значимости выявленной психопатологической симптоматики с возможным переходом ее на синдромальный уровень.

В группе родителей больных с субклинически выраженной депрессией превышение нормативных показателей отмечалось по шкалам депрессии и тревоги. Из симптомов депрессии наиболее частыми были заторможенность, слезливость, чрезмерное беспокойство по разным поводам, подавленное настроение, ощущение беспомощности (4 чел. – 80%). Как и в группе супругов больных данной группы, родители нередко обвиняли себя в возникновении психического расстройства у своего ребенка, были склонны анализировать свою жизнь в поисках поводов для развития депрессии у сына (2 чел. – 40%) или дочери (2 чел. – 40%). Тревожность у родителей больных с субклинически выраженной депрессией проявлялась жалобами на постоянную нервозность или внутреннюю дрожь с ощущением напряженности или взвинченности (3 чел. – 60%), периодически возникающий беспричинный страх (2 чел. – 40%), часто возникающее сильное беспокойство, мешающее усидеть на месте (3 чел. – 60%). Несколько превышающие нормативные показатели индекс наличного симптоматического дистресса у обследованных данной группы в сочетании с низкими показателями индексов GSI и PST может свидетельствовать о тенденции к преувеличению выраженности симптомов родителями больных данной группы, что также имеет диагностическое значение.

В группе супругов больных с клинически выраженной депрессией отмечалось превышение нормативных показателей по шкалам соматизации, тревожности, враждебности и фобической тревожности. Соматические симптомы на-

шли отражение в жалобах на постоянные (3 чел. – 60%) или периодические (2 чел. – 40%) головные боли, иногда возникающие слабость или головокружение (2 чел. – 40%), периодически возникающие боли в сердце или грудной клетке (3 чел. – 60%), ощущение слабости в различных частях тела (3 чел. – 60%). Тревожность у обследованных данной группы проявлялась жалобами на повышенную нервозность (3 чел. – 60%), периодически возникающее ощущение напряженности, взвинченности, не позволяющее усидеть на месте и сопровождающееся учащенным сердцебиением (2 чел. – 40%). По шкале враждебности чаще встречались жалобы на периодически легко возникающие досаду или раздражение (4 чел. – 80%), склонность к вступлению в спор (4 чел. – 80%) и частые вспышки трудно контролируемого гнева (2 чел. – 40%). Жены обследованных больных (2 чел. – 40%) отмечали периодически возникающие чувство страха в открытых местах, нервозность в одиночестве и боязнь в одиночестве выходить из дома, формирующие у них признаки фобической тревожности. Превышающие норму значения индекса PSDI могут свидетельствовать об интенсивности имеющихся у супругов больных с клинически выраженной депрессией симптомов соматизации, тревожности, враждебности и фобической тревожности, связанных с текущим психическим расстройством у мужа или жены.

Родители больных с клинически выраженной депрессией обнаружили превышающие норму показатели по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, враждебности и, в незначительной степени, по шкале межличностной сензитивности. Из соматических симптомов в данной группе чаще встречались постоянные головные боли, слабость, боли в сердце (2 чел. – 66,7%), тошнота и расстройство желудка (1 чел. – 33,3%), ощущение слабости в различных частях тела (1 чел. – 33,3%), развившиеся после обострения психического расстройства у ребенка. По шкале депрессии превышающие норму показатели были обусловлены умеренно выраженными заторможенностью, вялостью, подавленным настроением, чрезмерным беспокойством по различным поводам, сильно выраженными чувствами одиночества и вины за болезнь сына или дочери, утратой сексуального влечения или удовольствия. У всех обследованных данной группы отмечалась повышенная тревожность в виде часто возникающей нервозности, частого беспричинного страха с учащенным сердцебиением, настороженного ожидания усугубления сим-

птоматики или суицидальных мыслей у ребенка. Обследованных данной группы отличал наиболее высокий в сравнении с другими группами родственников и нормативными показателями уровень враждебности ( $1,39 \pm 0,201$ ) с практически постоянными досадой или раздражением, частыми вспышками трудно контролируемого гнева нередко с агрессией, направленной на окружающих. Межличностная сензитивность у обследованных родителей проявлялась постоянным чувством недовольства другими, изредка возникающими повышенной обидчивости, ощущением, что окружающие не понимают их, не сочувствуют им в связи с болезнью ребенка и, соответственно, чувством приниженности, ущербности в сравнении с окружающими, имеющими здоровых детей. Превышающие норму показатели общего индекса тяжести (GSI) и индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI) свидетельствуют о значительной выраженности психопатологической симптоматики, обусловленной выраженным депрессивным расстройством у сына или дочери.

У детей больных с клинически выраженной депрессией были обнаружены превышающие норму показатели по шкалам депрессии, тревоги, враждебности и обсессивно-компульсивных расстройств. Депрессивность обследованных данной группы проявлялась умеренно выраженными упадком сил, подавленностью настроения, чрезмерным беспокойством по незначительному поводу, ощущением безвыходности ситуации (болезни родителя) и безнадежности будущего, изредка (2 чел. – 40%) обнаруживались слезливость и чувство вины перед больным. Тревожность обследованных данной группы проявлялась теми же симптомами, что и у родственников других групп (нервозность, беспричинный страх, напряженность, учащенное сердцебиение), однако они встречались у 60% (3 чел.) с меньшей частотой, чем у обследованных родителей больных с клинически выраженной депрессией. Враждебность была менее выраженной, чем у других родственников больных второй группы, однако превышала нормативные показатели и проявлялась раздражительностью, вспышками гнева и изредка возникающей агрессивностью по отношению к окружающим (4 чел. – 80%). Более явно, чем в других группах обследованных родственников у детей больных с клинически выраженной депрессией проявлялись обсессивно-компульсивные расстройства в виде повторяющихся неотвязных мыслей неприятного содержания (3 чел. – 60%), изредка возника-

ющих трудностей в запоминании и сосредоточении (3 чел. – 60%), затруднений в принятии решений (3 чел. – 60%). Общий индекс тяжести (GSI) в данной группе был наиболее высоким в сравнении с другими группами обследованных родственников и превышал нормативные показатели, что может свидетельствовать о наибольшей глубине психопатологической симптоматики, а превышающий норму индекс PSDI подтверждает интенсивность переживаемого дистресса.

Таким образом, во всех обследованных группах родственников больных с аффективными расстройствами вне зависимости от пола, возраста, образования и степени родства обнаруживались паттерны определенных психопатологических признаков, более выраженные в количественном отношении и по интенсивности у родственников больных с клинически выраженной депрессией, о чем свидетельствуют показатели индексов PSDI и GSI. Наиболее выраженной психопатологическая симптоматика была у родителей и детей больных с клинически выраженной депрессией (индекс GSI превышал нормативный показатель). Депрессивная симптоматика была выражена у обследованных всех групп, в максимальной степени – у супругов больных с субклинически выраженной депрессией, у супругов же больных с клинически выраженной депрессией уровень депрессивности не превышал нормативный, что может быть связано с длительностью аффективного расстройства у мужа (жены), в результате чего формируются иные способы личностного реагирования на заболевание супруга, отличные от депрессии. Так, у супругов больных с клинически выраженной депрессией отмечались симптомы соматизации, тревожности и враждебности, являющиеся реакцией на обострение заболевания у супруга. Тревожность также является достаточно типичным паттерном личностного реагирования на депрессию у одного из членов семьи, встречаясь во всех группах, кроме супругов больных с субклинически выраженной депрессией, что может быть связано с недопониманием супругами возможности рецидива аффективного расстройства. Враждебность к окружающему миру наблюдалась во всех группах родственников, за исключением родителей больных с субклинически выраженной депрессией, что может быть связано как с наличием периодически рецидивирующего психического расстройства у одного из членов семьи (для родственников больных с клинически выраженной депрессией), так и с реакцией окружающих на факт госпитализации

в психиатрическую больницу (супруги больных с субклинически выраженной депрессией). Телесная дисфункция с жалобами, фиксированными преимущественно на кардиоваскулярной системе, наблюдалась у супругов больных с клинически выраженной депрессией (замещающая симптомы депрессии) и у родителей больных этой группы (являясь проявлением реальных заболеваний, обострившихся в ответ на обострение депрессии у сына или дочери). В различных группах родственников отмечались симптомы и фобической тревожности, и межличностной сензитивности, и обсессивно-компульсивного расстройства. Т.о., методика SCL-90-R обнаружила

достаточно широкий спектр психопатологических проявлений у родственников больных с аффективными расстройствами, которые требуют если не медикаментозной, то психотерапевтической коррекции. Полученные предварительные данные подтверждают необходимость проведения семейной психотерапии с родственниками и больными с аффективными расстройствами, поскольку если не разрубить порочный круг взаимовлияний в семье, это может привести не только к усугублению психопатологической симптоматики у идентифицированного пациента, но и к семейной дисфункции с развитием психических расстройств у других членов семьи.

*Т.Л. Ряполова, О.И. Осокина*

## **ПОРУШЕНИЯ ПСИХИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ЧЛЕНІВ РОДИН ХВОРИХ НА АФЕКТИВНУ ПАТОЛОГІЮ**

Донецкий державний медичний університет

Дані попереднього дослідження методикою SCL-90-R членів 23 родин хворих із афективними розладами показують достатньо високий ступінь негативного впливу психічного розладу у одного з її членів із формуванням депресивних, тривожних, ворожих, соматоформних, обсессивних та інших порушень у інших, раніше здорових членів родин. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 48-52)

*T.L. Ryapolova, O.I. Osokina*

## **DISORDER OF MENTAL HEALTH OF MEMBERS OF THE FAMILIES OF THE PATIENTS WITH AFFECTIVE PATHOLOGY**

Donetsk State Medical University

The data of the preliminary investigation of the members of 23 families of the patients with affective disorders which was made with the help of SCL-90-R methods show rather a high degree of the negative impact of the mental disorder of one of the members of the family with the formation of depressive, anxiety, hostility, somatic-forming, obsessive disorders of the other members of the family that were healthy before. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 48-52)

### *Литература*

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: Питер, 1999. — 656с.
2. Fadden G., Bebbington P., Kuipers L. Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients // Br.J.Psychiatry. — 1987. - Vol.151. — P.660-667.
3. Weissman M.M., Klerman G.L., Paykel E.S. Clinical evaluation of hostility in depression // Am.J.Psychiatry. - 1971. —

Vol.128. — P.261-266.

4. Weissman M.M., Paykel E.S. The depressed woman: a study of social relationships. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1974.

5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков, "Торнадо", 2003. - С. 327-330.

6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. — 268с.

Поступила в редакцию 17.05.2004