

УДК 616.89-055.5/7:616.89-02-055.2

Т.Л. Ряполова

ОТНОШЕНИЕ К СЕМЕЙНОЙ РОЛИ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: депрессия, семейная роль, родительско-детские отношения

Несмотря на то, что общая распространенность психических расстройств не является различной для мужчин и женщин, тревожные и депрессивные расстройства гораздо больше распространены среди женщин, чем среди мужчин, обычно это соотношение колеблется в пределах 1,5:1-2:1 [2, 9, 10]. В современном обществе женщины играют столь разнообразные и ответственные роли, что это подвергает их особому риску психических и поведенческих расстройств в сравнении с другими членами общества. Женщины несут на себе самые разнообразные обязанности: они выполняют роль жены и матери, они учат и заботятся о других, одновременно с этим они во все большей степени становятся частью трудовых ресурсов и все чаще являются основным источником дохода в семье [7]. Возрастающая нагрузка может рассматриваться как фактический, так и вероятностный стресс-фактор у женщин. Достоверно установлено, что проблемы в семейных отношениях могут приводить к развитию депрессии. Выявлена связь между напряженностью в семейных отношениях с депрессивными расстройствами у одного из супругов [11], а также нарушения практически всех изученных аспектов супружеских взаимоотношений, обусловленных депрессивным расстройством [3, 12]. Особенно выраженными являются коммуникативные нарушения, зависимость от супруга, сексуальные проблемы, чувство вины,

обидчивость, уменьшение привязанности, повышенная гневливость и раздражительность, которые нарушают привычные образцы поведения (роли), навыки и умения, необходимые для выполнения роли, правила «приписывания» ролей членам семьи и, наконец, установление ответственности за различные внутрисемейные события. Нарушение воспитательной функции – непоследовательное воспитание, воспитание в условиях эмоционального отвержения, доминирующая гиперпротекция и другие типы воспитания неизбежно формируются в семьях, где мать страдает психическим расстройством [6]. Дисгармоничные отношения в семье, неприязнь между родителями могут способствовать развитию эмоциональной напряженности, возникновению у ребенка невротической реакции с ощущением вины, «морального гнева», чувства изоляции, отчуждения, фобий, дезорганизации поведения, агрессивности [1]. Так, женщины, страдающие депрессией, говорят о снижении своих родительских функций (участие в делах детей и общении), обострении разногласий и выраженных негативных эмоциях, включая чувство вины [8].

Целью настоящей работы являлось исследование влияния депрессии и тревоги при невротических расстройствах у женщин на их отношение к семейной роли и родительско-детские отношения.

Материал и методы исследования

Было осуществлено обследование 21 женщины, находившейся на стационарном лечении в Медико-психологическом Центре областной психоневрологической больницы г.Донецка (МПЦ-ОПНБ). Выбор пациенток осуществлялся на основе следующих параметров: наличие мужа и детей, проживающих совместно с больной (одиноким больным исключались из рассмотрения); отсутствие органической мозговой дис-

функции. Выборку можно считать случайно сформированной группой больных женщин с невротическими психическими расстройствами, имеющих семью.

В соответствии с МКБ-10, у подавляющего большинства обследованных женщин определялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (18 чел. – 85,7%), которые были представлены: расстройством

адаптации со смешанной тревожно-депрессивной реакцией (2 чел. – 11,1%), пролонгированной депрессивной реакцией (2 чел. – 11,1%), смешанным тревожным и депрессивным расстройством (1 чел. – 5,56%), дистимией (1 чел. – 5,56%), соматизированным расстройством (2 чел. – 11,1%), соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и сердечно-сосудистой системы (1 чел. – 5,56%), соматоформной вегетативной дисфункцией ЖКТ (1 чел. – 5,56%), ипохондрическим расстройством (2 чел. – 11,1%) диссоциативными (конверсионными) расстройствами (3 чел. – 16,67%), неврастенией (3 чел. – 16,67%). У остальных больных (3 чел. – 14,3%) было диагностировано хроническое изменение личности.

Возраст обследованных женщин колебался от 20 до 62 лет, распределение пациенток по возрасту было следующим: 20-29 лет – 3 чел. (14,3%), 30-39 лет – 7 чел. (33,3%), 40-49 лет – 5 чел. (23,8%), 50-59 лет – 4 чел. (19,1%), старше 60 лет – 2 чел. (9,5%), т.е. среди обследованных преобладали женщины трудоспособного возраста. Средний возраст обследованных больных – $41,4 \pm 0,89$.

Распределение больных по образованию было следующим: среднее – 5 чел. (23,81%), среднеспециальное – 10 чел. (47,62%), высшее – 6 чел. (28,57%), т.е. обследованные преимущественно имели среднеспециальное и среднее образование.

Продолжительность заболевания до 5 лет была у 15 больных (71,4%), 5-9 лет – у 2 больных (9,5%), 10-14 лет – у 2 больных (9,5%), 15-

19 лет – у 1 больной (4,8%), более 20 лет – у 1 больной (4,8%), т.е. основную массу обследованных составляли недавно болеющие женщины.

Подавляющее большинство женщин (20 чел. – 95,24%) оценили свое материальное положение как удовлетворительное. Семьи 18 обследованных (85,7%) проживали в отдельной квартире, 3 (14,3%) – с родителями. 8 больных (38,1%) характеризовали взаимоотношения в своих семьях как спокойные, доброжелательные; 3 (14,3%) – как теплые, дружественные, доверительные; 7 (33,3%) – как постоянно конфликтные; 3 (14,3%) – с эпизодическими конфликтами.

Контрольную группу составили женщины, имеющие семью (муж, дети), не страдающие психическими расстройствами (средний возраст $43 \pm 0,96$).

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

Изучение отношения женщин к разным сторонам семейной жизни проводилось с помощью методики PARI (parental attitude research instrument) Е.Шефер и Р.Белла (адаптация Т.В.Нещерет) [4].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на компьютере с помощью программы “STADIA. 6.1”. Определялись средние значения показателей (M), их ошибка (m), критерий различия Манна-Уитни (U), достоверность различий (p).

Результаты исследования и их обсуждение

Обследованные больные вне зависимости от клинических признаков невротических расстройств были разделены на группы в соответствии с наличием и выраженностью депрессии/тревоги по методике HADS. Сравнительная характеристика семейной роли и родителско-детских отношений обследованных больных без признаков депрессии (средний показатель по шкале HADS $5 \pm 0,577$), с субклинически выраженной депрессией (средний показатель депрессии $9,14 \pm 0,34$), с клинически выраженной депрессией (средний показатель $15,4 \pm 0,297$) и лиц контрольной группы представлена в таблице 1. Необходимо отметить, что в данной статье будут проанализированы высокие показатели (приближающиеся к 18 и выше), а также те, которые, на наш взгляд, являются наиболее информативными для оценки семейной роли обследованных и их отношения к детям.

В группе больных с клинически выраженной депрессией отмечался статистически достоверный ($p < 0,05$) в сравнении с другими группами больных и с контрольной группой рост зависимости от семьи и ощущения самопожертвования, не достигающий, однако, высоких цифр. Несмотря на то, что 42,86% (3 чел.) больных III группы оценивали взаимоотношения в семье как конфликтные, показатель признака 7 у них не превышал показателя контрольной группы. В группе больных с субклинически выраженной депрессией этот показатель приблизился к высоким, статистически достоверно отличаясь от соответствующих показателей в контрольной группе и группах I и III, несмотря на то, что в эту группу попали также только 3 женщины, охарактеризовавшие взаимоотношения в своих семьях как конфликтные.

Сравнительная характеристика семейной роли и родительско-детских отношений у больных с депрессией в структуре невротических расстройств

Признаки	Группа I (n=7)	Группа II (n=7)	Группа III (n=7)	Контрольная группа (n=7)
А. Отношение к семейной роли				
3 Зависимость от семьи	13,3±0,918**	14,1±0,769**	16,3±1,32***	12,3±0,565
5 Ощущение самопожертвования	15,3±1,04**	14±1,56**	16,9±0,553***	14,9±0,261
7 Семейные конфликты	14,1±0,553**	17,1±0,829***	11,1±1,03***	12,9±0,261
11 Сверхавторитет родителей	16,6±0,751***	16,6±0,649***	18,1±0,508***	14,1±0,34
13 Неудовлетворенность ролью хозяйки	13,1±1,03	13,7±0,892	13,6±1,41	13,4±0,429
17 Безучастность мужа	14,6±0,719***	16±0,378***	16,3±0,606***	13,6±0,202
19 Доминирование матери	14,6±1,13***	16,7±0,36***	17±1,35***	15,4±0,297
23 Несамостоятельность матери	17,9±0,634***	16,9±0,34***	16,6±0,571**	16,4±0,297
Б. Отношение родителей к ребенку				
I. Оптимальный эмоциональный контакт				
1 Вербализация	18,7±0,474	17,3±0,474*	19±0,309***	18,4±0,297
14 Партнерские отношения	16,3±0,68**	15,4±0,685***	18,4±0,685***	16,4±0,297
15 Развитие активности ребенка	16,9±0,634*	18,9±0,404***	18,7±0,617***	15±0,309
21 Уравнение отношений	18±0,655***	18,7±0,184***	18,6±0,528***	16,3±0,286
II. Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком				
8 Раздражительность	14,3±0,969*	16±0,845***	12,1±1,72***	10,1±0,261
9 Излишняя строгость	14±0,617	14,4±0,972	14,9±1,12	13,3±0,644
16 Уклонение от контакта	12,4±1,17*	11,9±0,756***	12,4±1,04*	14,4±0,369
III. Излишняя концентрация на ребенке				
2 Чрезмерная забота	13,6±1,31	13,7±1,11	14,7±1,11	14,3±0,644
4 Подавление воли	13,3±1,04	13±0,976	13,3±0,286	12,4±0,481
6 Опасение обидеть	14,7±0,522**	14,9±0,937**	18,3±0,606***	13,9±0,634
10 Исключение внесемейных влияний	11,9±1,34**	12,7±1,25**	18±0,617***	12,4±0,429
12 Подавление агрессивности	12,7±1,02*	13,9±1,14***	12,7±0,865*	11,3±0,421
18 Подавление сексуальности	12,1±0,769	12,7±0,714	12,9±0,34	12,7±0,68
20 Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	15,7±0,944*	16,3±0,969***	15,4±0,812*	13,1±0,459
22 Стремление ускорить развитие ребенка	12,9±0,844**	14,3±0,993***	14±0,309***	12,1±0,508

Примечание: Группа I - больные без депрессии; группа II - больные с субклинически выраженной депрессией; группа III - больные с клинически выраженной депрессией; * - различия с контрольной группой достоверны (p<0,05); ** - различия с другими группами достоверны (p<0,05); *** - различия и с контрольной, и с другими группами достоверны (p<0,05).

Статистически достоверным ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой было увеличение показателя по признаку «Сверхавторитет родителей» во всех трех группах больных, при этом в III группе этот показатель был высоким, что является важным направляющим моментом при проведении семейной психотерапии, т.к. указывает на необходимость анализа родительско-детских отношений в родительских семьях обследованных женщин. Последние три признака (17, 19, 23) свидетельствуют об интегрированности семьи. Во всех трех группах больные отмечали невключенность мужей в дела семьи, что нашло отражение в статистически достоверном ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой увеличении показателей по признаку 17, наиболее выраженное для больных III группы. Аналогичная ситуация наблюдается с показателем «Доминирование матери», что может быть расценено и как необходимое замещение женщиной недостающей в семье роли мужчины, и как исходное подавление мужчины в стремлении женщины выполнять главенствующую роль в семье. В группе больных без депрессии отмечались наиболее высокие показатели, отражающие несамостоятельность матери (различия с контрольной группой и другими группами больных статистически достоверны ($p < 0,05$)). Достоверный в сравнении с соответствующими показателями контрольной группы рост баллов у больных женщин, прямо пропорциональный выраженности депрессии по шкалам безучастности отца и доминирования матери и обратно пропорциональный выраженности депрессии по шкале несамостоятельности матери, свидетельствует о плохой интегрированности семьи и о необходимости проведения семейной психотерапии.

Родительско-детские отношения у обследованных больных при сравнении средних оценок по трем группам шкал (оптимальный контакт, эмоциональная дистанция, концентрация) могут быть оценены как оптимальный эмоциональный контакт, поскольку по всем признакам данной группы шкал имеет место прямо пропорциональный выраженности депрессии и статистически достоверный ($p < 0,05$) в сравнении с соответствующими показателями контрольной группы рост показателей по признакам вербализации, партнерских отношений, развития активности ребенка и уравнивательных отношений между родителями и ребенком. В III группе обследованных показатели по данным признакам были максимальными в сравнении с другими

группами больных и достигали уровня высоких, т.е. больные с клинически выраженной депрессией стремились к поддержанию эмоционального контакта с детьми. Среди признаков, характеризующих излишнюю эмоциональную дистанцию с ребенком наиболее выраженной, но не достигающей высокого уровня, была раздражительность, отмечаемая во всех группах обследованных и наиболее выраженная в группе больных с субклинически выраженной депрессией. В группе признаков, описывающих излишнюю концентрацию на ребенке, у больных III группы отмечался статистически достоверный ($p < 0,05$) и достигающий высоких цифр рост показателей, описывающих опасение обидеть ребенка и исключение внесемейных влияний. У больных II группы отмечался статистически достоверно ($p < 0,05$) превышающий контрольный уровень, но не достигающий до высоких цифр показатель, отражающий чрезмерное вмешательство в мир ребенка.

Таким образом, для больных с клинически выраженной депрессией оказывается характерным приоритет семейных проблем над производственными, сверхавторитет родителей женщин при плохой интегрированности их семей, что находило отражение в перераспределении ролей со смещением роли главы семьи на женщину, страдающую невротическими расстройствами. В отношении к детям для женщин с клинически выраженной депрессией оказывался характерным не только оптимальный эмоциональный контакт, но и стремление к созданию безопасности ребенка, даже путем изоляции его от внешнего мира. В группе больных с субклинически выраженной депрессией также прослеживается тенденция к перераспределению ролей с доминированием матери в семейных отношениях, однако для них также характерным является и высокий показатель семейных конфликтов. В родительско-детских отношениях установлен оптимальный эмоциональный контакт с ребенком, однако имеется некоторое отдаление от него за счет высоких показателей раздражительности. В группе больных без депрессии при определении семейной роли обращает на себя внимание несамостоятельность матери, что может быть связано с тем, что в данную группу попали в основном больные с диссоциативными расстройствами (4 чел. – 57,14%). Родительско-детские отношения в данной группе могут быть охарактеризованы как оптимальный эмоциональный контакт с ребенком.

Сравнительная характеристика семейной

роли и родительско-детских отношений обследованных больных без признаков тревоги (средний показатель по шкале HADS 4,67±0,333), с субклинически выраженной тревогой (средний

показатель тревоги 8,6±0,4), с клинически выраженной тревогой (средний показатель 14,4±0,712) и лиц контрольной группы представлена в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная характеристика семейной роли и родительско-детских отношений у больных с тревогой в структуре невротических расстройств

Признаки	Группа I (n=3)	Группа II (n=5)	Группа III (n=13)	Контрольная группа (n=7)
А. Отношение к семейной роли				
3 Зависимость от семьи	12,3±0,882**	12,6±0,51**	15,1±0,72***	12,3±0,565
5 Ощущение самопожертвования	15,3±0,333	15,8±1,39	14,9±0,916	14,9±0,261
7 Семейные конфликты	15±0,577***	15,2±0,8***	15,2±0,919***	12,9±0,261
11 Сверхавторитет родителей	15±0,577**	15,6±0,4**	17,5±0,608***	14,1±0,34
13 Неудовлетворенность ролью хозяйки	16,7±0,333***	14,2±0,97**	11,8±0,883***	13,4±0,429
17 Безучастность мужа	17±0,01***	15,6±1,03***	15,6±0,401***	13,6±0,202
19 Доминирование матери	15±0,517	14,9±1,05	15,4±0,859	15,4±0,297
23 Несамостоятельность матери	16,7±0,333	16,4±0,812	16,5±0,433	16,4±0,297
Б. Отношение родителей к ребенку				
I. Оптимальный эмоциональный контакт с ребенком				
1 Вербализация	17,7±0,333***	18,4±0,333**	18,5±0,485***	18,4±0,297
14 Партнерские отношения	16,7±0,333	16,2±0,86	16,4±0,513	16,4±0,297
15 Развитие активности ребенка	18,3±0,333***	17±0,717***	17,8±0,541***	15±0,309
21 Уравнение отношения	18±0,577*	18±0,707*	18,4±0,385*	16,3±0,286
II. Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком				
8 Раздражительность	10±0,577	10,1±1,52	10,2±1,05	10,1±0,261
9 Излишняя строгость	12,7±1,2	12,4±0,51	13,4±0,917	13,3±0,644
16 Уклонение от контакта	10±0,577*	12,6±1,47	11,9±0,702*	14,4±0,369
III. Излишняя концентрация на ребенке				
2 Чрезмерная забота	13,7±1,45	14,2±1,16	14,1±0,828	14,3±0,644
4 Подавление воли	14±1,73	14±0,837	13,7±0,692	13,8±0,481
6 Опасение обидеть	14,3±0,882**	15±0,707**	16,5±0,722***	13,9±0,634
10 Исключение внесемейных влияний	13±1,15**	11±1,58**	15,1±0,873***	12,4±0,429
12 Подавление агрессивности	12,3±1,45	12±1,22	12,6±0,747	11,9±0,421
18 Подавление сексуальности	12,7±1,86	12,6±0,812	12,2±0,411	12,7±0,68
20 Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка	15,3±0,333*	15,2±0,583*	15,9±0,796*	13,1±0,459
22 Стремление ускорить развитие ребенка	12,7±1,67	11,8±0,49	12,2±0,504	12,1±0,508

Примечание: Группа I - больные без тревоги; группа II - больные с субклинически выраженной тревогой; группа III - больные с клинически выраженной тревогой; * - различия с контрольной группой достоверны (p<0,05); ** - различия с другими группами достоверны (p<0,05); *** - различия и с контрольной, и с другими группами достоверны (p<0,05).

Статистически достоверным (p<0,05) в группе больных с клинически выраженной тревогой

было нарастание показателя зависимости от семьи, хотя он и не достигал высоких цифр. Так-

же в этой группе больных отмечались приближающиеся к высоким и статистически достоверно ($p < 0,05$) превышающие соответствующие показатели в других группах обследованных цифры сверхавторитета родителей. Показатель неудовлетворенности ролью хозяйки статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал соответствующий показатель в контрольной группе у больных I и II групп. У больных с клинически выраженной тревогой он был статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже показателя контрольной группы, т.е. женщин III группы менее интересовали производственные вопросы и они стремились к внутрисемейной изоляции. Тревога обследованных больных не оказывала влияния на их стремление изменить распределение семейных ролей (показатели по шкалам «Безучастность мужа», «Доминирование матери» и «Несамостоятельность матери» практически не превышали соответствующие показатели в контрольной группе).

Вне зависимости от наличия и уровня тревоги обследованные больные обнаружили высокие показатели, характеризующие вербализацию, партнерские отношения с ребенком, развитие активности ребенка, уравнивательные отношения между родителями и ребенком, которые статис-

тически достоверно ($p < 0,05$) превышали соответствующие показатели в контрольной группе. Следовательно, у всех обследованных больных отношение к детям может быть охарактеризовано как оптимальный эмоциональный контакт. Пропорционально нарастанию выраженности тревоги у обследованных больных отмечался статистически достоверный ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой рост показателя, соответствующего опасению обидеть ребенка, не достигающий, однако, высоких цифр.

Таким образом, тревога у больных с невротическими расстройствами существенно не влияет на отношение женщины к семейной роли и ее отношение к ребенку.

Подводя итог проведенному предварительному исследованию, можно сказать, что депрессия у больных с невротическими расстройствами в большей мере, нежели тревога, оказывает влияние на отношение женщины к семейной роли и родительско-детские отношения. Полученные данные являются основанием для более глубокого изучения влияния депрессии у женщин на функционирование семьи, а также могут быть основанием для определения психотерапевтической тактики в отношении данного контингента больных и членов их семей.

Т.Л. Ряполова

ВІДНОШЕННЯ ДО СІМЕЙНОЇ РОЛІ ЖІНОК З ДЕПРЕСІЄЮ В СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

В роботі представлено результати обстеження 21 жінки з невротичними розладами методикою PARI, що було проведено з метою вивчення відношення матерів з депресією до різних сторін сімейного життя. Зміни, що були виявлені, доторкуються як сімейної ролі, так і відношення до дітей та можуть бути використані при проведенні психокорекційних заходів, у т.ч. сімейної психотерапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 1 (11). — С. 17-23)

T.L. Ryapolova

THE ATTITUDE TO THE FAMILY ROLE OF WOMEN SUFFERING FROM DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article presents the inquiry results of 21 women suffering from neurotic disorders that were received with the help of PARI. The investigation was carried out to examine the mothers' attitude to different aspects of family life. The received changes concern not only family role, but also parents – children relationship and help to prepare and carry out psycho-correcting measures including family psychotherapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 1 (11). — P. 17-23)

Литература

1. Авксентьева М.В. Семья и болезнь / Обзор под ред. Н.Н.Симоновой. - М.: Медицинский вестник, 1994. – 118с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – С. 59-60.
3. Кришталь В.В., Семенкина И.А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // Междунар. Мед. Журн. – 2000. – Т.6, №1. – С.37-40.
4. Практическая психодиагностика. Под ред Д.Я.Райгородского. – 1998, Самара, «Бахрах». – С.436-451.
5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. – Харьков, «Торнадо», 2003. - С. 327-330.
6. Чаева С.И. Семейная интегративная психотерапия и психопрофилактика при невротических и психопатических расстройствах у детей и подростков. – Автореф. дис....канд.мед.наук. – СПб, 1994. – 28с.
7. McGoldrick M. Women and the Family Life Cycle. In: The Changing Family Life Cycle/ A Framwork for Family Therapy. Ed. by B.Carter and M. McGoldrick. Second Ed. – Aleyn and Bacon; 1998. – P.29-69.
8. Ramsay R., Welch S. & Youard E. Needs of women patients with mental illness // Advances Psychiatric treatment, 2001. – Vol.7. – P.85-92.
9. Patel A., Knapp M.R.J. Costs of mental illness in England // Mental Health Review, 1998. – Vol.5. – p.4-10.
10. Pearson V. Goods on which one loses: women and mental health in China //Social Science and Medicine, 1995. - Vol.41 (8). – p.1159-1173.
11. Richter G., Richter J. Social relationships reflected by depressive inpatients // Acta Psychiatr. Scand. – 1989. – Vol.80. – P.573-578.
12. Weissman M.M., Paykel E.S. The depressed woman: a study of social relationships. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1974.

Поступила в редакцию 21.10.03