

УДК 616.89-055.5

*Т.Л. Ряполова***АНАЛИЗ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОГИ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: семейная тревога, депрессия, женщины

Семья — не просто сумма людей, а система, и как всякая система, обладает определенной структурой, состоящей из элементов и связей между элементами, а также собственными качественными особенностями, присущими только целому и несводимому к сумме свойств частей. В семье все взаимосвязано, и при повреждении любого ее звена возникают реперкуссии во всех остальных частях. При наличии в семье больного никто не остается интактным, нарушается установившееся равновесие во взаимоотношениях, семья перестает функционировать как гармоничное целое. Больной человек в семье может являться тем эпицентром, от которого распространяются далее болезнетворные влияния, затрагивающие остальных членов семьи и взаимоотношения между ними, т.е. изменяющие общее семейное состояние. Одной из составляющих состояния семьи является семейная тревога, отражающая общий тон переживаний индиви-

да, связанный с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье. Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые [4]. Характерным признаком данного типа тревоги является то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся прежде всего семьи — здоровья ее членов, отлучек и поздних возвращений, стычек и конфликтов, возникающих в семье. Данное семейно-обусловленное состояние во взаимодействии с характерологическими особенностями личности оказывается тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизнедеятельности семьи в психическое или психосоматическое расстройство индивида [1,4].

Целью настоящего исследования явилась попытка оценить семейную тревогу в семьях женщин с депрессией в структуре невротических расстройств.

**Материал и методы исследования**

Было осуществлено обследование 21 женщины, находившейся на стационарном лечении в Медико-психологическом Центре областной психоневрологической больницы г.Донецка (МПЦ-ОПНБ) и их мужей. Выбор пациенток осуществлялся на основе следующих параметров: наличие мужа и детей, проживающих совместно с больной (одинокие больные исключались из рассмотрения); отсутствие органической мозговой дисфункции. Выборку можно считать случайно сформированной группой больных женщин с невротоподобными психическими расстройствами, имеющих семью.

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

тации 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%). Средний возраст обследованных больных –  $41,4 \pm 0,89$ . Средний возраст обследованных мужчин –  $43,7 \pm 0,65$ . Распределение их по возрасту было следующим: 20-29 лет – 2 чел. (9,5%), 30-39 лет – 7 чел. (33,3%), 40-49 лет – 4 чел. (19,1%), 50-59 лет – 5 чел. (23,8%), старше 60 лет – 3 чел. (14,3%).

Распределение больных по образованию было следующим: среднее – 5 чел. (23,81%), среднеспециальное – 10 чел. (47,62%), высшее – 6 чел. (28,57%). Распределение их мужей по образованию было следующим: среднее – 7 чел. (33,33%), среднеспециальное – 6 чел. (28,57%), высшее – 8 чел. (38,1%)

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. С точки зрения мужей всех обследованных женщин (21 чел.) материальное положение их семей было удовлетворительным. 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. Характеристика взаимоотношений в семье мужьями совпадала с оценкой женщин.

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

Диагностика семейных эмоциональных состояний проводилась с помощью методики «Анализ семейной тревоги» (АСТ) [3], имеющей три субшкалы: В – вина (неадекватное ощущение индивидом ответственности за все отрицательное, что происходит в семье); Т – тревожность (ощущение, что его ситуация в семье не зависит от его усилий); Н – нервное напряжение (ощущение, что выполнение семейных обязанностей является непосильной задачей для индивида). Оценивалось количество баллов по каждой из субшкал, а также суммарный показатель обобщенной шкалы, характеризующий общую семейную тревожность.

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), ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r).

### Результаты исследований 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 тревоги у 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 у их мужей (характеристика групп IV, V, VI приведена в примечании к таблице) представлена в таблице 1.

В группе больных без депрессии не было диагностировано семейной вины, семейная тревожность отмечалась у 2 больных (28,57%), семейная напряженность – также у 28,57% обследованных данной группы (2 чел.). Общая семейная тревожность была диагностирована у 1 больной (14,28%). Анализ средних величин позво-

лил выявить семейную напряженность в данной группе обследованных (показатель статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышал соответствующие показатели у женщин с депрессией и у мужей больных данной группы). В группе мужей больных без депрессии семейная вина была диагностирована у 1 обследованного (14,26%), семейная тревожность – у 2 обследованных (28,57%), семейная напряженность – у 3 обследованных (42,86%). Общая семейная тревожность была выявлена у 3 обследованных (42,86%).

В группе больных с субклинически выраженной депрессией семейная вина была диагностирована у 1 больной (14,26%), семейная тревожность – у 3 больных (42,86%), семейная напряженность – у 2 больных (28,57%). Общая семейная напряженность была выявлена у 3 больных (42,86%). У мужей больных данной группы не было выявлено семейной вины, семейная напряженность была определена у 4 об-

следованных (57,14%), семейная напряженность – у 3 обследованных (42,86%). Средняя величина семейной напряженности у мужей больных с субклинически выраженной депрессией приближался к 5 (диагностировано се-

мейное напряжение) и статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышал соответствующий показатель у женщин. Общая семейная напряженность была диагностирована у 2 мужчин данной группы (28,57%).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика семейной тревоги в семьях больных с депрессией в структуре невротических расстройств**

	Жены			Мужья		
	Группа I	Группа II	Группа III	Группа IV	Группа V	Группа VI
Субшкала В	1,43±0,481	4,14±0,8	1,29±0,421	3,57±0,297	2,57±0,528	3,71±0,644
Субшкала Т	3,43±0,751	3±0,873	2,43±0,429	4±0,309	4±0,488	4,96±0,261*
Субшкала Н	5±0,987*	4,33±1,33	2±0,577	4,14±0,738	4,71±0,522*	5,69±0,36*
Семейная тревожность	9±1,53	10,6±2,01	6,86±1,22	11,7±1,23	11,3±0,969	14,5±0,595*

Примечание: \* - различия между группами достоверны ( $p < 0,05$ ); группа I – больные женщины без депрессии (n=7); группа II – больные женщины с субклинически выраженной депрессией (n=7); группа III – больные женщины с клинически выраженной депрессией (n=7); группа IV – мужья больных без депрессии (n=7); группа V – мужья больных с субклинически выраженной депрессией (n=7); группа VI – мужья больных с клинически выраженной депрессией (n=7).

В группе больных с клинически выраженной депрессией было диагностировано лишь семейное напряжение у 2 больных (28,57%). У мужей больных данной группы были выявлены: семейная вина (2 чел. – 28,57%), семейная тревожность (5 чел. – 71,43%), семейное напряжение (6 чел. – 85,71%). Общая семейная тревожность была диагностирована у 4 обследованных (57,14%). Средние величины показателей семейной тревожности, семейного напряжения и общей семейной тревоги у мужчин данной группы статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) превышали соответствующие показатели в других группах, в том числе и у больных с клинически выраженной депрессией. Интересным является факт, что все мужчины, у которых была диагностирована семейная тревога, при первоначально негативном отношении к исследованию, прочитав вопросы методики АСТ, удивлялись по поводу того, что вопросы «в точности описывают состояние, котором находишься с началом

болезни жены» (высказывание обследованного Д., 43 лет). После выполнения методики облегчался контакт с мужьями больных и создавались условия для проведения семейной психотерапии.

Методом ранговой корреляции Спирмена не удалось определить корреляционных связей между семейной тревогой (и ее отдельных составляющих) у больных и их мужей и наличием и выраженностью тревоги (в методике HADS) у больных с невротическими расстройствами.

Таким образом, согласно полученным предварительным данным, депрессия у женщин с невротическими расстройствами не сопровождается семейной тревогой у них самих, а способствует развитию семейной тревоги у их мужей (как общей семейной тревоги, так и ее составляющих – вины, тревожности, напряженности), что является основанием для дальнейших углубленных исследований психических расстройств у членов семей женщин, страдающих депрессией.

*Т.Л. Ряполова*

## **АНАЛІЗ СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ У РОДИНАХ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ У СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

Представлені у статті результати порівняльного дослідження методикою АСТ 21 подружньої пари, в яких жінка страждає на депресію в структурі невротичних розладів, виявляють більш високий рівень сімейної тривоги та напруженості у чоловіків, ніж у жінок. Отримані дані показують необхідність проведення подальших досліджень на предмет виявлення психічних розладів у членів родин, де жінка страждає на депресію. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 30-33)

*T.L. Ryapolova*

## **THE ANALYSIS OF FAMILY ANXIETY IN FAMILIES OF WOMEN SUFFERING FROM DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC DISORDERS**

Donetsk State Medical University, Ukraine

The given article presents the results of the comparative research of 21 married couples made with the help of «Analysis of family anxiety» methods. The results show that husbands have higher level of anxiety and uneasiness in the couples where wives suffer from depression in the structure of neurotic disorders. The received data show the necessity of carrying out the further investigations to expose mental disorder among the members of the family where the woman suffers from depression. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 30-33)

### *Литература*

1. Авксентьева М.В. Семья и болезнь / Обзор под ред. Н.Н.Симоновой. - М.: Медицинский вестник, 1994. - 118с.  
2. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. – Харьков, «Торнадо», 2003. - С. 327-330.

3. Системная семейная психотерапия. Под ред. Э.Г.Эйдемиллера. Москва – Харьков – Минск: «Питер», 2002. – С.83-95.  
4. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 656с.

Поступила в редакцию 16.10.03