

УДК 616.89-055.5/7:616.89-02-055.2

*Т.Л. Ряполова***ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИНЫ И ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: психические расстройства у женщин, функционирование семьи, члены семьи

Психические расстройства встречаются у людей во всех уголках мира, независимо от возраста, культуры, социально-экономического положения и пола. Тем не менее, установлен ряд общих закономерностей распределения отдельных форм психической патологии, в том числе, связанных с полом. Половые роли первично биологически детерминированы и связаны с начальным разделением труда в данной культуре. Существует три объяснительные модели половых различий в нервно-психическом здоровье, каждая из которых основана на соответствующем объеме эмпирических данных. Психофизиологический подход связывает особенности женского организма с большей предрасположенностью к нервно-психическим заболеваниям. Два других объяснения основаны на ролевой теории. В первом объяснении акцентируются множественность ролей и повышенное социальное давление, характеризующее социальную роль женщины в современном обществе. Нервно-психическая патология выступает как реакция на ролевую перегрузку. Второе объяснение основано на существовании социально-ролевых стереотипов, формирующихся уже в процессе первичной социализации. Культурно детерминированные нормы предписывают женщине при переживании трудностей болеть, принимать лекарства и обращаться за медицинской помощью, тогда как мужскому стереотипу реакции соответствуют агрессия и алкоголизация.

У женщин, которые составляют 52% населения, клинические проявления и исходы психических расстройств иные, чем у мужчин [38].

Сравнительный анализ эмпирических данных, полученных при исследовании психических расстройств, выявляет определенные стойкие тенденции, прослеживаемые в разных странах и в различном социальном контексте: среди женщин чаще встречаются симптомы депрессии и тревоги, а также неспецифические психические расстройства и психологический дистресс, тогда как среди мужчин более распространены расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами. Так, было установлено, что среди населения частного сектора (Великобритания), женщины чаще, чем мужчины, страдают невротическими расстройствами, а у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин, диагностируется алкогольная зависимость и 2 раза чаще — зависимость от психоактивных веществ [55]. На депрессивные расстройства приходится почти 30% нетрудоспособности по причине нейропсихиатрических расстройств среди женщин, и только 12,6% — среди мужчин. С алкогольной и наркотической зависимостью картина

обратная: она является причиной 31% психоневрологической нетрудоспособности среди мужчин, а среди женщин этот показатель составляет всего 7%. Из этого делается вывод, что для мужчин характерна тенденция при любых негативных переживаниях, психологическом дискомфорте обращаться к психоактивным веществам и выражать испытываемые отрицательные эмоции через агрессивное поведение — вот почему при опросах они реже описывают проявления психологического дистресса, что ведет к недооценке данного феномена. А у женщин дистресс часто выражается в форме депрессии, тревоги, «нервности» и т.п. Более пристальное изучение социального и культурального подтекста, связанного с содержанием понятия «нервности», нередко указывает на такой фактор, как конфликты на почве распределения власти в семье, в локальном сообществе или в государстве в целом [22,32].

Среди женщин выше распространенность случаев депрессии, дистимии, сезонного аффективного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, панических приступов, фобий и преднамеренных самоповреждений [41].

Показатель распространенности тяжелой депрессии на протяжении жизни почти в 2 раза выше среди женщин, чем среди мужчин. По некоторым данным депрессией страдают более 20% женщин в популяции [35]. Считается также, что показатели легких, но хронических форм депрессии и дистимии выше среди женщин. При этом наличие предменструального (дисфорического) синдрома может повышать показатель распространенности депрессии [38].

Генерализованное тревожное расстройство больше распространено среди женщин, у них же в 3 раза выше, в сравнении с мужчинами, риск развития панических атак [17]. Кроме того, у женщин чаще развивается посттравматическое стрессовое расстройство [48].

Преднамеренные самоповреждения, являющиеся показателем социальной депривации, этиологически тесно связаны с такими социальными проблемами как безработица, стесненные жизненные условия, злоупотребление психоактивными веществами, физическое и сексуальное жестокое обращение в детстве, домашнее насилие. Возрастает доля женщин, нуждающихся в госпитализации по поводу преднамеренных самоповреждений [31].

Наиболее заметны присущие полу различия при расстройствах пищевого поведения: свыше 90% пациентов с нервной анорексией — женщины. Из индивидов, страдающих нервной булимией, 90% —

женщины, а заболеваемость среди молодых женщин — 52 случая на 100 тыс. населения. Соотношение женщин и мужчин, страдающих расстройством с эпизодом переедания, составляет 3:2 [39].

У женщин наблюдаются особые периоды в жизненном цикле, для которых характерен высокий риск развития определенных расстройств. Они включены в МКБ-10 в главу XV «Беременность, роды и послеродовой период» (О 00 – О 99); к О 99.3 относятся психические расстройства и заболевания нервной системы, которые осложняют беременность, роды и послеродовой период, а также состояния, перечисленные в рубрике F00 — F99. В клинической практике выделяют унылые периоды материнства, послеродовую депрессию и послеродовой психоз [45]. Показатель распространенности случаев послеродового психоза составляет примерно 0,2%, а послеродовой депрессии — 10-15%. У первородящих женщин в первый месяц после рождения ребенка риск развития психоза и необходимости госпитализации может повышаться в 35 раз [34].

Как указывалось выше, наиболее распространенным является мнение о том, что женщины реже, чем мужчины, злоупотребляют алкоголем и запрещенными психоактивными веществами. Однако результаты последних исследований свидетельствуют о сокращении этого разрыва. Соотношение между мужчинами и женщинами с алкогольной зависимостью в «эпидемиологическом исследовании района обслуживания» [28] составило 5,2:1, по данным «Национального опросника относительно коморбидности» — 3:1 [16].

Показатели болезненности и заболеваемости шизофренией, психозами и биполярными аффективными расстройствами («тяжелые психические заболевания») у мужчин и женщин не имеют существенных различий. Однако демографические данные, клиническая симптоматика и исходы некоторых психических расстройств у мужчин и женщин могут существенно различаться. Шизофрения у мужчин начинается в раннем возрасте, характеризуется плохой адаптацией в преморбидном периоде [24], имеет явно более тяжелое течение, а также неблагоприятный исход, в то время как у женщин это заболевание начинается позже и имеет более выраженный аффективный компонент [18]. Способности в преморбидном периоде, компетентность в сексуальной и социальной жизни у больных шизофренией женщин выше [40]. Кроме того, у них это заболевание имеет тенденцию к более благоприятному течению со стихающей психопатологической симптоматикой и с более успешной социальной адаптацией [23].

Во всем мире наибольшую нагрузку по уходу за психически больными несут их семьи. Формы и структура семьи в каждом конкретном обществе могут иметь свои специфические особенности; возможности, которыми располагают семьи, чтобы реагировать на проблемы, связанные с психическим заболеванием, также далеко не одинаковы. Однако любая система здравоохранения включает в себя семьи и в значительной мере зависит от них. Таким образом, семьи составляют центральный стержень всей системы, предоставляющий помощь лицам с психическими расстройствами. В подобных случаях страдает не только больной, но его близкие, поскольку его бо-

лезнь тяжким бременем ложится на семью. Поиски помощи нередко истощают скудные ресурсы семьи; заботы о больном поглощают львиную долю времени и энергии его близких, так что на все остальные аспекты жизни мало что остается [36,37].

В качестве малой группы семья служит специфическим посредником между личностью и обществом, и положение личности в обществе во многом опосредовано семьей. Большинство социологических исследований посвящено рассмотрению функций семьи по отношению к обществу, среди которых выделяются хозяйственно-экономическая, биологического воспроизводства и социализации, или социального воспроизводства [1]. В тесной связи с хозяйственно-экономической функцией семьи рассматривается положение в ней женщины, эволюция семьи и распределение ролей между ее членами [2,14]. В целом отмечается прогрессирующий упадок патриархального уклада семьи и разрыхление связей между ее членами [29]. Одним из следствий перераспределения ролей в экономически развитых странах является утрата отцами самостоятельных функций в связи с ослаблением хозяйственно-экономической и усилением эмоциональной функции семьи. В то же время отцы по традиции считают свой вклад в семью решающим. Эта противоречивая ситуация представляет собой типичное проявление внутрирольового конфликта. Процесс смены функций и внутренней организации семейной жизни и делает мать ведущей фигурой в семье. Вместе с тем, смещение интересов женщины во внесемейную сферу сопровождается ослаблением эмоциональных связей матери с ребенком [1].

На протяжении всего жизненного цикла семья сталкивается с самыми различными трудностями и неблагоприятными условиями. И сами трудности, с которыми сталкивается семья, и их последствия становятся объектом интереса социологов, психологов, психиатров. Исследования в этой области распределяются в основном по двум направлениям. Первое — исследование семьи в условиях трудностей, возникших в силу неблагоприятного воздействия социальных процессов: войн, экономических кризисов, стихийных бедствий и т.п. Второе направление — изучение «нормативных стрессоров» — трудностей, встречающихся в обычных условиях, в том числе, когда тяжелое заболевание одного из членов семьи нарушает ее жизнь. Исследователями определены сложно опосредованные связи между истинными источниками трудностей и их осмыслением членами семьи; выявилось относительно независимое воздействие на жизнь семьи как объективных трудностей и связанных с ними нарушений, так и субъективного представления о них [46]. Среди видов субъективно-осознания членами семьи нарушений в ее жизнедеятельности в настоящее время наиболее изучены мотивы семейных конфликтов и разводов [11], проблемы и поводы обращения в семейную консультацию [6,10]. Разнообразны последствия воздействия трудностей на семью, они затрагивают различные сферы жизни семьи, нарушаются такие функции семьи как эмоциональная, духовная, сексуально-эротическая, репродуктивная, хозяйственно-бытовая, воспитательная, функции социализации, социальной интеграции, защитная, ролевая, персоналистическая, сохранения здоровья, психотерапевтическая, реабилитаци-

литационная [7]. При рассмотрении нарушений жизнедеятельности семьи учитывается также и то, как они действуют на ее членов: как правило, в результате те или иные потребности остаются неудовлетворенными, что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из важных, с точки зрения семейной психотерапии, последствий нарушений является их психотравмирующее воздействие — неблагоприятное воздействие на психическое здоровье индивида. Семья может вызывать нарушения психического здоровья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов. С точки зрения семейной психиатрии, психическая травма — это явление, возникающее на пересечении неблагоприятных воздействий нарушений семьи и психических расстройств личности. Нарушения жизнедеятельности семьи вызывают психическую травму; развитием этой травмы или реакцией на нее является нервно-психическое расстройство индивида — члена семьи. Среди многочисленных семейно-обусловленных травматизирующих состояний особенно важную роль играют состояние глобальной семейной неудовлетворенности, «семейная тревога», семейно-обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение, чувство вины [15].

Для успешного функционирования семьи каждый член ее должен обладать определенными семейно-необходимыми качествами (потребности, необходимые для мотивирования участия индивида в жизни семьи; широкий круг способностей, навыков, умений; столь же широкий круг волевых и эмоциональных качеств). Такие нервно-психические расстройства, как невротические, расстройства влечений (алкоголизм, ревность) или личности, умственная отсталость, психозы травмируют именно семейно-необходимые качества. По мере развития заболевания, как правило, постепенно исчезают качества, необходимые для успешного функционирования семьи: наблюдается извращение потребностей, снижение способности понимать других членов семьи, волевых качеств и т.д. Эти личностные нарушения неблагоприятно воздействуют на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь становятся фактором травматизации для других членов семьи [6,15,29,46].

Можно выделить 3 аспекта семейных исследований в психиатрии: а) изучение типологических особенностей родителей и характера взаимодействия в семьях больных; б) исследование особенностей восприятия болезни родителями и понимание больного в семье; в) изучение влияния семьи на проявление болезни и приспособляемость больных [5]. В последнее время все больше внимания стало уделяться проблемам влияния изменившегося в процессе развития психического расстройства члена семьи на семейное функционирование.

В целом ряде исследований, посвященных семьям лиц с нервно-психическими нарушениями [20,30], прослеживаются попытки определить степень нагрузки на такую семью. Так, выделяются объективные и субъективные трудности, с которыми сталкивается семья. Объективными трудностями исследователи называют возросшие расходы семьи, неблагоприятное воздействие сложившейся ситуации на ее членов,

нарушение распорядка и ритма жизни семьи. Субъективными трудностями — разнообразные переживания в связи с психическим заболеванием одного из членов семьи: горе, чувство вины и страха, вызванные ненормальным поведением больного [30]. Особенности личности психически больного во многом противоречат социальным ожиданиям других членов семьи, их представлениям о том, каким должен быть этот человек, поэтому эмоциональная реакция на его поведение и многие особенности личности — это, как правило, возмущение, раздражение, горечь. Члены семьи часто говорят о том, что им очень не повезло в жизни, что они завидуют другим людям, у которых нормальная семья. В результате у них развивается упомянутое выше состояние глобальной семейной неудовлетворенности. Особенно стимулируют эту неудовлетворенность ощущение вины (своей и больного) за болезнь, поведение пациента, длительность болезни, степень нарушения обыденной жизни семьи [15]. Эти же авторы констатируют глубокое сходство семей, в которых имеется член семьи с нервно-психическим расстройством. Динамика таких семей может быть следующей. Значительное внутреннее и внешнее давление на нее, неудовлетворенность ее членов своей семейной жизнью, фрустрирующие состояния нервно-психического напряжения, тревоги, вины — все это приводит к тому, что ее структура и отношения в ней весьма неустойчивы. Существующее положение воспринимается как труднопереносимое, и члены семьи напряженно ищут выхода из него, в результате чего семья испытывает сильные побуждения к изменению. Тенденции развития таких семей различны: в одних семьях появление индивида с нервно-психическими расстройствами приводит к постепенному ухудшению обстановки в семье, нарастанию в ней числа факторов, усугубляющих расстройства, нарушению семейного функционирования; в других — приводит к мобилизации семьи, усилению ее стабильности, снижению конфликтности [15,19,20]. Проведенный литературный поиск практически не выявил работ, посвященных проблеме воздействия психически больной женщины на функционирование семьи. Исключение составляет исследование проблемы в отношении женщин, страдающих депрессией.

Достоверно установлено, что проблемы в семейных отношениях могут приводить к развитию депрессии. Внимание многих исследователей привлекает вопрос о рассмотрении депрессии как причины нарушений супружеских отношений. Так, выявлена связь между напряженностью в семейных отношениях с аффективными нарушениями у одного из супругов [47], а также нарушения практически всех изученных аспектов супружеских взаимоотношений, обусловленных депрессивным расстройством [53,54]. Особенно выраженными в данном исследовании были коммуникативные нарушения, зависимость от супруга, сексуальные проблемы и снижение интереса к половым отношениям, чувство вины, обидчивость и уменьшение привязанности. Все эти нарушения подавались коррекции в различной степени по мере редукции других проявлений депрессии. Один из изученных показателей имел особое значение для оценки супружеских отношений — разногласия в отношениях. У женщин, страдающих депрессией, вы-

явлены повышенная раздражительность и гневливость, которые были связаны с отдельным фактором, соответствующим степени близости в отношениях. Проблема повышенной гневливости особенно актуальна с точки зрения супружеских отношений. Супруг может неадекватно оценивать связанное с депрессией снижение способности к выполнению рутинных обязанностей по дому и заботе о детях, что приводит к значительным супружеским разногласиям. Депрессия может стать серьезным испытанием для крепких супружеских отношений и разрушить слабые. Также отмечается связь депрессии у одного из супругов с нарушением активности и досуга другого, снижением семейного дохода, ухудшением супружеских отношений и неопределенностью в том, как преодолевать симптомы заболевания [21].

Коррекция нарушений социальной адаптации происходит по мере редукции депрессии и становления ремиссии [43]. Однако восстановление социальных, в том числе супружеских отношений происходит медленно и не всегда является полным [44]. Так, нарушения супружеских отношений сохраняются на протяжении 4 лет после излечения депрессии [49]. Данные о более медленной и неполной нормализации семейных отношений в сравнении с редукцией когнитивных нарушений при депрессии свидетельствуют, что пациенты нуждаются в длительном наблюдении в сочетании с супружеской, семейной и межличностной терапией [19,25,54].

От состояния (нарушения) функций семьи зависит психологический климат в ней, а с психологическим климатом в семье тесно связано благополучное психическое развитие детей, которое невозможно без тесного эмоционального контакта с родителями. 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. Дисгармоничные отношения в семье, неприязнь между родителями могут способствовать развитию эмоциональной напряженности, возникновению у ребенка невротической реакции с ощущением вины, «мораль-

ного гнева», чувства изоляции, отчуждения, фобий, дезорганизации поведения, агрессивности [4,8]. Так, женщины, страдающие депрессией, говорят о снижении своих родительских функций (участие в делах детей и общение), обострении разногласий и выраженных негативных эмоциях, включая чувство вины. Психические расстройства, преимущественно большая депрессия, были выявлены у 80% детей, матери которых страдали униполярной депрессией, и у 70% детей, матери которых страдали биполярным расстройством [27]. У детей, матери которых страдали униполярной депрессией, отмечались нарушения поведения в школе, выраженное снижение социальной уверенности и академической успеваемости. По показателям дискуссионных тестов, качество взаимодействия между матерью и детьми было плохим [26,33,52]. Особенно неблагоприятным оказывается влияние депрессии у матери на детей новорожденного и раннего детского возраста. Послеродовая депрессия оказывает значительное воздействие на отношения между матерью и ребенком, а также связана с когнитивной недостаточностью у ребенка [42].

Работы, в которых рассматривается супружеская дезадаптация и формирующиеся у других членов семьи психические нарушения при наличии психических расстройств у жены/матери, исчисляются единицами [3,9,12,13,53,54], несмотря на общепризнанное мнение о том, что наличие психического расстройства у одного из членов семьи неизбежно нарушает семейное функционирование и приводит к формированию дистресса у других членов семьи. Очень мало в литературе работ, касающихся здоровья семьи и его нарушений при различных видах психических расстройств у женщин. Таким образом, остаются неизученными механизмы формирования, проявления и течение психических нарушений всех членов семьи при наличии психического расстройства у женщин, что требует проведения соответствующих исследований, которые позволят разработать дифференциально-диагностические критерии и эффективную систему коррекции здоровья семьи при различных формах психической патологии у женщин.

Т.Л. Ряполова

ПСИХІЧІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК ТА ПРОБЛЕМИ РОДИНИ

Донецький державний медичний університет, Україна

У краткому огляді літератури доведені дані про розповсюдженість та специфічність психічних розладів у жінок, розглянуті деякі аспекти їх впливу на функціонування родини. Звертається увага на недостатнє дослідження проблеми формування нервово-психічних розладів у членів родини при наявності у дружини/матері вираженого психічного розладу. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 135-140)

MENTAL DISORDERS FOR WOMAN AND FAMILY'S PROBLEMS

Donetsk State Medical University, Ukraine

In the brief review of the literature the data on abundance and specificity of alienations for the woman are introduced and some aspects of their influencing on operation of the family are reviewed. Definite attention is paid to insufficient research and study of a problem of neuropsychical derangement forming for the members of family at presence for the wife/ the mothers with the expressed alienation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 135-140)

Литература

1. Воловик В.М. Семейные исследования в психиатрии и их значение в реабилитации больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. – М., 1980. – С.207-267.
2. Голод С.И. Стабильность семьи. – Л.: Наука, 1984. – 136с.
3. Гулько А.А., Москаленко В.Д. Мужья больных алкоголизмом женщин: опыт изучения психопатологии // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова. – 1993, №5. – С.72-75.
4. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1982. – 215с.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312с.
6. Келам А., Эббер И. Причины конфликтных ситуаций в семье (по материалам Таллинской семейной консультации) // Человек после развода. – Вильнюс, 1985. – С.56-66.
7. 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.
8. Курасова Н.В. Сексуальное насилие в семье// Ежекварт. науч.-практ.журн. – 1997. - №1. Семейная психология и семейная терапия. – С.53-56.
9. Николаев В.В. Нарушение супружеской коммуникации и функции семьи при психопатии у женщин // Междунар. мед. журн. – 1999. – Т.5, №3. – С.45-47.
10. Обозова А.Н. Психологические проблемы службы семьи и брака // Вопросы психологии. – 1984, №3. – С.59-67.
11. Соловьев Н.Я. Брак и семья сегодня. – Вильнюс: Минтис, 1977. – 266с.
12. Трегубов И.Б. Семейная психотерапия сексуальной дисгармонии у больных неврозами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1987. – 20с.
13. Тысячная З.К. Семейная психотерапия неврозов (методы, динамика, эффективность): Автореф. дисс. ...канд. психол. наук. – Л., 1979. – 20с.
14. Харчев А.Г. Брак и семья в СССР. – М.: Политиздат, 1979.
15. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 656с.
16. Anthony J.C., Warner L.A. & Kessler R.C. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey // Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1994. – Vol.2. – P.224-268.
17. Bourdan K.H., Boyd J.H., Rae D.S. et al. Gender differences in phobias: results of the ECA Community Survey // Journal of Anxiety Disorders, 1988. – Vol.2. – Pp.227-241.
18. Castle D.J. & Murray R.M. The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia // Psychological Medicine. – 1991, Vol.21. – P.565-575.
19. Clarkin J.F., Glick I.D., Haas G.L. et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention V: results for affective disorders // J. Affect.Dis. – 1990, Vol.18. – P.17-28.
20. Creer C., & Wing J.K. Schizophrenia at home. – London: Institute of Psychiatry. – 1974.
21. 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.
22. Farias H. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample // Culture, Medicine and Psychiatry. – 1991, Vol.15. – P.167-192.
23. Flor-Henry P. Influence of gender in schizophrenia as related to other psychopathological syndromes // Schizophrenia Bulletin. – 1990, Vol.16. – P.211-227.
24. Foester A., Lewis S., Owen M.J. et al. Pre-morbid adjustment and personality in psychosis. Effects of sex and diagnosis // British Journal of Psychiatry. – Vol.158. – P.171-176.
25. Friedman A.S. Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients // Arch.Gen.Psychiatry. – 1975, Vol.32. – P.619-637.
26. Gordon D., Burge D., Hammen C., Adrian C., Jaenicke C., Hiroto D. Observations of interactions of depressed women with their children // Am. J. Psychiatry. – 1989. – Vol.146. – P.50-55.
27. Hammen C. Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers. – New York, NY: Springer. – 1991.
28. Helzer J.E., Burnam A. & Mc Evoy L. Alcohol abuse and dependence: In «Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study (eds L.W.Robins & D.A.Regier). – New York: Free Press, 1991. – P.81-115.
29. (Hill R) Хилл Р. Современные тенденции в теории семьи, социальные исследования: Пер. с англ. – М., 1970, вып.4. – С.136-152.
30. Hoenig I., & Hamilton M.W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household // International Journal of Social Psychiatry. – 1966, Vol.12. – P.165-176.
31. Houvton K., Fagg J., Simkin S. et al. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide // British Journal of Psychiatry, 1997. – Vol.171. – P.556-560.
32. Jenkins J.H. The state construction of affect: political ethos and mental health among Salvadoran refugees // Culture, Medicine and Psychiatry. – 1991, Vol.15. – P.134-165.
33. Keller M.B., Beardslee W.R., Dorer G.D., Lavori P.W., Samuelson H., Klerman G.R. Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children // Arch.Gen.Psychiatry. – 1986. – Vol.43. – P.930-937.
34. Kendell R.E., Chalmers J.C. & Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses // British Journal of Psychiatry, 1987. – Vol.150. – P.662-673.
35. Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States // Archives of General Psychiatry, 1994. – Vol.51. – Pp.8-19.
36. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. - Berkeley: University of California Press. –1980.
37. Kleinman A. Rethinking Psychiatry: From Culture Category to Personal Experience. – New York: Free Press. – 1988.
38. Kohen D. Psychiatric services for women // Advances of Psychiatric Treatment, 2001. - Vol.7. – P.328-334.
39. Levine M.D. & Marcus M.D. The treatment of finger eating disorders: In «Neurology in the Treatment of Eating Disorders» (eds H.W.Hoek, J.L.Treasure & M.A.Katzman). – Chichester: John Wiley & Sons, 1998.
40. McGlashan T.H. & Bardenstein K.K. Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders // Schizophrenia Bulletin. – 1990, Vol.16. – P.319-326.
41. Meltzer H., Gill B., Petticrew M. et al. The Prevalence of Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households // OPCS (Office of Population Censuse and Surveys) of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 1. – London: HMSO, 1995.
42. Murray L., Cooper P.J. eds. Postpartum depression and child development. – New York, NY: Guilford Press. - 1997.
43. Paykel E.S. Personal impact of depression: disability. – WPA Teaching Bulletin. – 1997.
44. Paykel E.S., Weissman M.M. Social adjustment and depression: a longitudinal study // Arch.Gen.Psychiatry. – 1973, Vol.28. – P.659-663.
45. Ramsay R., Welch S. & Youard E. Needs of women patients with mental illness // Advances Psychiatric treatment, 2001. – Vol.7. – P.85-92.
46. Reiss D.E., Oliveri M.E. Family Paradigm and Family Coping: A proposal for linking the Family's Intrinsic Adaptive Capacities to its Responses to Stress//Family Relations. – 1980. - №2, Vol.29. – P.431-434.
47. Richter G., Richter J. Social relationships reflected by depressive inpatients // Acta Psychiatr. Scand. – 1989. – Vol.80. – P.573-578.
48. Robins L.N., Heber J.E., Weistman M.M. et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites // Archives of General Psychiatry, 1984. – Vol.41. – P.949-958.

49. Rounsaville B.J., Prusoff B.A., Weissman M.M. The course of marital disputes in depressed women: a 48-month follow-up study // *Compr.Psychiatry*. - 1980, Vol.21. – P.111-118.

50. Thomas M., Walker A., Wilmot A. et al. Living in Britain – Results from the 1996 General Household Survey. – London: Office for National Statistics, 1998.

51. Turnbull S., Ward A., Treasure J. et al. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database // *British Journal of Psychiatry*, 1996. – Vol.169, p.705-712.

52. Weissman M.M., Gammon G.D., John K., et al. Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1987. – Vol.44. – P.847-853.

53. Weissman M.M., Klerman G.L., Paykel E.S. Clinical evaluation of hostility in depression // *Am.J.Psychiatry*. - 1971. – Vol.128. – P.261-266.

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

55. World Bank. Global Economic Prospects and the Developing Countries. – Washington,DC: World Bank. – 1993.

Поступила в редакцию 21.06.2002г.