

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СТЕПЕНЬ АДАПТАЦИИ СУПРУГОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучены клинические проявления эмоционального состояния женщин, больных депрессивными расстройствами. Установлены корреляции между показателями использованных психодиагностических методик и традиционного клинико-психопатологического метода, что указывает на эффективность комбинированного применения психологического и клинического подходов. Показано влияние особенностей эмоциональной сферы женщин с депрессией на степень их адаптации на всех уровнях взаимодействия супругов в генезе нарушений здоровья семьи.

Ключевые слова: женщины, депрессивные расстройства, эмоциональная сфера, супруги.

В последние годы уделяется большое внимание изучению факторов, оказывающих влияние на клиническую картину депрессии и позволяющих получить информацию относительно личностных особенностей больных, их эмоциональной сферы. При этом одни исследователи ограничиваются использованием только формализованных психодиагностических и клинических методик (тестов, шкал, опросников и т. д.), другие отдают предпочтение клинико-психопатологическому методу, данные которого при всей тонкости и глубине анализа с трудом поддаются валидации и статистической оценке. В связи с этим важное значение приобретает подход, включающий как клинико-психопатологический метод, так и использование различных психодиагностических методик [1–6].

Цель данной работы — изучить особенности эмоциональной сферы женщин с депрессивными расстройствами (ДР) различного генеза и ее влияние на степень их адаптации на всех уровнях взаимодействия супругов.

Под нашим наблюдением находились 399 семей, в которых при комплексном обследовании у жен был установлен диагноз ДР различного генеза: аффективные расстройства (АР) — у 172 женщин, из них биполярное АР, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) — у 129, рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1) — у 43; невротические депрессии (НД) — у 227 пациенток. В соответствии с МКБ-10 у больных с НД были диагностированы неврастения (F48.0) в 132 случаях и реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации — в 95, причем пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) наблюдалась у 53 пациенток, смешанная тревожная

и депрессивная реакция (F43.22) — у 42. Возраст больных варьировал от 19 до 48 лет, причем мужья и жены входили в одну возрастную группу. Женщины старше 49 лет не включались нами в число обследованных в связи с возможностью наличия у них органической (сосудистой) патологии.

В работе использовались клинико-психопатологический, психодиагностический методы, специальное сексологическое обследование, а также клинико-статистический анализ. Результаты психодиагностического исследования обработаны с помощью методики проверки достоверности различий выборки (t -критерий Стьюдента с вероятностью $p < 0,05$ и $p < 0,001$). Шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина использовалась нами для определения уровня тревоги как состояния, характеризующегося субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности в ответ на различные стрессы, и уровня тревожности как свойства человека реагировать на внешние раздражители состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует объективной опасности. Вследствие того, что личностная тревожность является фактором, облегчающим возникновение реакции тревоги, эти два фактора тесно взаимосвязаны и коррелируют между собой.

Анализ данных, полученных с помощью шкалы Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, позволил установить следующие закономерности (табл. 1).

В целом уровень как реактивной тревоги, так и личностной тревожности был выше у больных с НД, однако статистически значимые различия между группами были выявлены лишь по показателям реактивной тревоги и показателям низкого уровня личностной тревожности. Лишь у 14,4%

Таблица 1

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у больных с аффективными и невротическими расстройствами (по данным теста Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина)

Уровень	Аффективные расстройства (n = 172)		Невротические депрессии (n = 227)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>Реактивная тревога</i>				
Низкий	106*	61,9	33*	14,4
Умеренный	66**	38,1	102**	44,9
Высокий	—	—	92*	40,7
<i>Личностная тревожность</i>				
Низкий	—	—	12*	5,1
Умеренный	82**	47,6	86**	38,1
Высокий	90**	52,4	129**	56,8

Примечание. Достоверность различий:
* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$.

больных с НД регистрировался низкий уровень реактивной тревоги, что встречалось значительно реже, чем умеренный и высокий уровни (в обоих случаях $p < 0,001$), тогда как среди пациенток с АР преобладали лица с низким уровнем реактивной тревоги (61,9%, $p < 0,05$) и не встречался ее высокий уровень. В обеих группах обследованных наблюдалась высокая личностная тревожность. У больных с НД низкий уровень личностной тревожности статистически значимо ($p < 0,001$) отмечался в 12 случаях (5,1%), у пациенток с АР он отсутствовал.

Для исследования собственно депрессивного компонента у больных нами использовалась шкала Гамильтона (HDRS), позволяющая дать объективную стандартизированную оценку тяжести депрессий. Так же, как и при оценке данных, полученных с помощью теста Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, проводился анализ распределения уровней депрессии, сопоставление усредненных показателей в группах больных.

При обработке данных обследования нами были получены такие результаты: у всех больных по методике Гамильтона была выявлена депрессия, при этом не встречались лица с тяжелой формой заболевания. В группе больных с АР женщин с выраженной депрессией было больше, чем таковых в группе пациенток с НД (соответственно 19,1 и 14,6%, $p < 0,05$) (табл. 2). В группе больных с НД регистрировалось несколько больше лиц с легкой и умеренной депрессией, чем среди пациенток с АР, однако эти различия не имели статистической значимости.

Распределение больных с НД по тяжести депрессии при различных клинических формах также имело свои особенности (табл. 3). Так, подгруппы пациенток с неврастением и пролонгированной депрессивной реакцией были сопоставимы по количеству лиц с умеренной депрессией — 42,9 и 45,5% соответственно ($p < 0,05$), причем в последней подгруппе эта форма заболевания встречалась наиболее часто.

Однако наряду с преобладанием умеренной депрессии в подгруппе больных с пролонгированной депрессивной реакцией была распространена и выраженная депрессия (31,8%), среди пациенток с неврастением соответственно легкая (45,7%).

Нами было проведено сопоставление средних показателей депрессии у обследуемых. В целом средний уровень депрессии у больных с АР соответствовал умеренной и был несколько выше, чем у пациенток с НД, — средние показатели HDRS — 17,4 и 15,7 баллов соответственно (различия не были статистически значимы). Однако средний уровень депрессии у больных с НД отмечался при различных клинических формах.

Таблица 2

Распределение больных с аффективными и невротическими расстройствами по степени тяжести заболевания (по данным HDRS)

Тяжесть депрессии	Аффективные расстройства (n = 172)		Невротические депрессии (n = 227)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Легкая	57	33,3	68	29,7
Умеренная	82	47,6	126	55,7
Выраженная	33	19,1	33	14,6

Примечание. Достоверность различий $p < 0,05$.
То же в табл. 3.

Таблица 3

Распределение больных с невротическими депрессиями по степени тяжести заболевания (по данным HDRS)

Тяжесть депрессии	Неврастения (n = 132)		Пролонгированная депрессивная реакция (n = 53)		Смешанная тревожная и депрессивная реакция (n = 42)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Легкая	60	45,7	12	22,7	10	23,1
Умеренная	57	42,9	24	45,5	13	30,8
Выраженная	15	11,4	17	31,8	19	46,1

Самый низкий уровень, соответствующий умеренной депрессии, регистрировался в подгруппе больных с неврастением — 14,6 балла. В этом же диапазоне зафиксирован средний уровень депрессии в подгруппе больных с пролонгированной депрессивной реакцией — 15,7 балла (различия не были статистически значимы). Наиболее высоким, сопоставимым со средним уровнем депрессии в группе больных с АР, был данный показатель в подгруппе пациенток со смешанной тревожной и депрессивной реакцией — 17,3 балла, что соответствовало выраженной депрессии, однако значимых различий с исследуемыми группами выявлено не было.

Снижение уровня депрессии прослеживалось в континууме нозосиндромальных образований: АР (17,4 балла), смешанная тревожная и депрессивная реакция (17,3 балла), пролонгированная депрессивная реакция (15,7 балла), неврастения (14,6 балла). В целом средний уровень депрессии у больных с АР отвечал умеренному и был несколько выше, чем у пациенток с НД: средние показатели HDRS — 17,4 и 15,7 баллов соответственно (отличия не были статистически значимыми).

Изучение межличностных отношений супружеских пар с помощью специальных тестов и опросника социально-психологической адаптации [7] дало возможность определить уровень психологической совместимости супругов: он оказался низким у 272 (75,6%) обследованных. Установление степени сексуально-эротической адаптации, проведенное у тех же супругов с помощью карт эрогенных зон мужчины и женщины [7], показало, что у 360 (90,0%) супругов имела место сексуально-эротическая дезадаптация. В то же время у 39 (10,0%) обследованных по тем же методикам был высокий уровень психологической, социально-психологической и сексуально-эротической адаптации.

Таким образом, обе использованные нами психодиагностические методики (шкала Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина и HDRS) позволяют выявить различия личностных характеристик

и эмоциональной сферы женщин с ДР различного генеза при сравнении клинических групп и с показателями в континууме нозосиндромальных образований. Важно отметить соответствие показателей психодиагностических методик данным, полученным при использовании традиционного клинического метода.

Проведенные психодиагностические исследования свидетельствуют о большой значимости личностных особенностей больных, их эмоциональной сферы, способствующих развитию болезненных личностных реакций этих пациенток на сексуальные срывы и на степень адаптации на всех уровнях взаимодействия в генезе нарушения здоровья семьи.

Список литературы

1. *Марута Н. А.* Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики / Н. А. Марута // *Нейронews*.— 2011.— № 2 (29).— С. 35–36.
2. *Яковцова Т. Є.* Клініко-психопатологічна характеристика, закономірності формування та принципи терапії афективних і невротичних розладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук; спец. 14.01.16 / Т. Є. Яковцова; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України».— Харків, 2011.— 19 с.
3. *Spielberger Ch. D.* Conceptual and methodological issues in anxiety research / Ch. D. Spielberger // *Anxiety: current trends in theory and research*; ed. Ch. D. Spielberger.— N. Y., 1972.— Vol. 2.— P. 482–495.
4. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин.— Л.: ЛНИИ ФК, 1976.— 18 с.
5. *Hamilton M.* A rating scale for depression / M. Hamilton // *J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*.— 1960.— Vol. 23.— P. 56–62.
6. *Кришталь В. В.* Сексологія: навч. посіб.: в 4 ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь.— Харків: Фоліо, 2008.— 990 с.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ І ЇЇ ВПЛИВ НА СТУПІНЬ АДАПТАЦІЇ ПОДРУЖЖЯ

Л. В. ЗАЙЦЕВА

Вивчено клінічні прояви емоційного стану жінок, хворих на депресивні розлади. Установлено кореляції між показниками застосованих психодіагностичних методик і традиційного клініко-психопатологічного методу, що вказує на ефективність комбінованого використання психологічного та клінічного підходів. Показано вплив особливостей емоційної сфери жінок із депресією на ступінь їх адаптації на всіх рівнях взаємодії подружжя в генезі порушень здоров'я сім'ї.

Ключові слова: жінки, депресивні розлади, емоційна сфера, подружжя.

THE PECULIARITIES OF THE EMOTIONAL SPHERE IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS
OF DIFFERENT ORIGIN AND ITS INFLUENCE ON ADAPTATION LEVEL OF THE SPOUSES

L. V. ZAITSEVA

Clinical manifestations of the emotional state of women with depressive disorders were investigated. The correlations between the rates of the used psychodiagnostic techniques and the traditional clinico-psychopathological method were determined, which indicates the efficacy of combined use of clinical and psychological approaches. The influence of the emotional sphere of women with depression on their degree of adaptation was shown at all levels of spouses' interaction in the origin of the family health disorder.

Key words: women, depressive disorders, emotional sphere, spouses.

Поступила 22.09.2014