

И. Н. Шляхов¹, М. В. Маркова², д-р мед. наук

¹ Керченский городской психоневрологический диспансер (г. Керчь),
¹ Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии
Минздрава Украины (г. Киев),

² Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, И СТРАТЕГИЯ ЕГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Полноценная и гармоничная семья — одна из составляющих психического здоровья населения. Показатель качества семейного функционирования является индикатором гармоничности жизни взрослого человека. По мнению многих авторов, изучение специфики проявления семейного дисбаланса позволяет повысить качество ранней диагностики психиатрической патологии [1, 4]. В связи с этим имеет смысл говорить о неких маркерах, указывающих на развитие тревожно-депрессивных расстройств. Раннее распознавание и правильная интерпретация этих симптомов даёт возможность приблизиться к терапии таких расстройств на стадиях, которые наиболее легко и перспективно поддаются лечению, прежде всего — психотерапевтическому. Это позволит уменьшить объём медикаментозного лечения, избежать потери трудоспособности на период выраженных депрессивных эпизодов, предотвратить распад семейных отношений. Внимание изучению особенностей семейных отношений уделяется и в наркологии [6]. Нарушения семейного гомеостаза часто являются одними из самых ранних признаков формирования зависимости у одного из партнеров [2]. Имеется и обратная взаимосвязь: семейные проблемы приводят к компенсаторной алкоголизации.

При сочетанном протекании тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и алкогольной зависимости (АЗ) все перечисленные предпосылки приобретают еще большую актуальность. Вытеснение проявлений тревожно-депрессивной симптоматики и зависимого поведения в область семейных конфликтов в начальных стадиях развития заболевания приводит к его поздней диагностике. Формирование деструктивного типа семейных взаимоотношений по принципу «порочного круга» отягощает протекание ТДР, а сочетанное проявление симптомов АЗ усиливает негативное отношение к болезни со стороны партнера и, со временем, приводит к тому, что конструктивное разрешение семейного конфликта становится практически невозможным.

Исходя из вышеизложенных фактов, изучение состояния функционирования семьи пациентов с ТДР, коморбидными с АЗ, и разработка стратегии психотерапевтической работы с внутрисемейными проблемами таких пациентов позволит значительно повысить эффективность самой терапии и предотвратить рецидивы заболевания.

Актуальность изучения особенностей семейного функционирования у женщин с ТДР обусловлена и фактором негативного влияния их психопатологической симптоматики на остальных членов семьи. Это, в свою очередь, приводит к нарушению психологического благополучия и социального функционирования не только самих пациенток, но и их ближайшего окружения [3].

Изучением различных аспектов семейного функционирования, как в норме, так и при различной патологии, занимаются многие исследователи [1—6]. Направленность большинства работ ориентирована на изучение

семейных отношений у пациенток с ТДР различного генеза [1, 3] или с АЗ [2]. Изучение особенностей семейного функционирования у пациенток с коморбидным проявлением этих заболеваний не проводилось. Не разработаны специализированные рекомендации по профилактической и терапевтической работе с учетом особенностей семейных отношений среди таких пациенток.

Анализ литературы [1—6] показывает, что в современной отечественной психиатрии, психотерапии и наркологии научных работ, посвященных изучению особенностей семейного функционирования женщин с ТДР, коморбидными с АЗ, недостаточно. Не разработаны рекомендации по ранней диагностике данной коморбидной патологии с учетом анализа семейных отношений. Нет профилактических и терапевтических программ, направленных на работу с проявлениями семейного дисбаланса у женщин с ТДР, коморбидными с АЗ, в комплексе общих профилактических и терапевтических мероприятий.

Цель работы — изучить особенности семейного функционирования женщин, страдающих ТДР, коморбидными с зависимостью от алкоголя.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности семейного функционирования у пациенток, страдающих ТДР и АЗ.

2. Провести сравнительный анализ особенностей семейного функционирования пациенток в коморбидном и некоморбидном проявлении при ТДР и АЗ.

3. Сформулировать основные направления психотерапевтической работы с данным контингентом пациенток с учетом особенностей их семейного функционирования.

Критерии включения больных в исследование: наличие ТДР и АЗ, диагностированных согласно критериям МКБ-10 [7]. На базе городской психотерапевтической амбулатории и круглосуточного стационара Керченского городского психоневрологического диспансера проведено исследование 160 пациенток с ТДР. Средний возраст исследуемых — 38,5 лет.

Основную группу составили 75 пациенток с ТДР, коморбидными с АЗ. В первую группу сравнения (№ 1) были включены 42 пациентки с АЗ без ТДР. Во вторую группу сравнения (№ 2) — 43 пациентки с ТДР без АЗ.

Исследование особенностей семейного функционирования проводилось с помощью опросника В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко, предназначенного для определения степени удовлетворенности браком в супружеских парах [8]. Дополнительная информация о семейных отношениях была получена в ходе индивидуального собеседования.

Исходя из цели исследования и для решения его задач, первым этапом стало изучение социально-демографических показателей обследованного контингента (см. таблицу).

Соціально-демографічні характеристики обстежених

Показатель	Група					
	основная, n = 75		сравнения № 1, n = 42		сравнения № 2, n = 43	
	абс. ч	(% ± m)	абс. ч.	(% ± m)	абс. ч.	(% ± m)
Образование						
среднее	7	9,3 ± 2,9	2	4,8 ± 2,1	3	7,0 ± 2,5
среднеспециальное/техническое	52	69,3 ± 4,6	33	78,6 ± 4,1	23	53,5 ± 5,0
высшее	16	21,3 ± 4,1	7	16,7 ± 3,7	17	39,5 ± 4,9
Работа/занятость						
работает	46	61,3 ± 4,9	22	52,4 ± 5,0	24	55,8 ± 4,9
не работает	29	38,7 ± 4,9	20	47,6 ± 5,0	19	44,2 ± 4,9
Семейное положение						
официальный брак	36	48,0 ± 5,0	26	61,9 ± 4,9	16	37,2 ± 4,8
гражданский брак / партнерские отношения	39	52,0 ± 5,0	16	38,1 ± 4,9	27	62,8 ± 4,8

Таким образом, большинство пациенток всех обследованных групп имели среднее образование. В группе сравнения № 2 отмечалось наибольшее количество пациенток с высшим образованием (39,5 % по сравнению с 21,3 % в основной и 16,7 % в группе № 1). Количество работающих незначительно превышало количество не работающих примерно одинаково во всех группах.

По состоянию семейного статуса наибольшее количество женщин, состоящих в официальном браке, отмечалось в группе сравнения № 1 (61,9 %) и наименьшее (37,2 %) — в группе сравнения № 2.

У 62,7 % пациенток основной группы, 35,7 % — группы сравнения № 1 и 27 % — группы сравнения № 2 мужа/партнеры злоупотребляли алкоголем. Очевидно, что наличие АЗ у партнера было для женщин значимым фактором в формировании ТДР, осложненных АЗ.

При анализе нозологической структуры и клинико-психопатологических особенностей ТДР у обследуемых выявлено, что среди женщин основной группы преобладали пациентки со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (46,7 %); остальные нозологические единицы распределились таким образом: депрессивный эпизод — 29,3 %, паническое расстройство (10,7 %), генерализованное тревожное расстройство (9,3 %), рекуррентное депрессивное расстройство (4 %). Полученные данные свидетельствовали о преобладании смешанной симптоматики и наличии высокого уровня тревожности у данной категории больных. В группе сравнения № 2 среди больных преобладающими диагнозами были депрессивный эпизод (44,2 %) и рекуррентное депрессивное расстройство (18,6 %), в то время как паническое, генерализованное тревожное, а также смешанное тревожное и депрессивное расстройства наблюдались реже. В сумме у 37,2 % пациенток, что свидетельствовало о преобладании в данной группе нарушений депрессивного спектра.

При изучении состояния реализации сексуальности обследованных женщин установлено, что практически все пациентки основной группы отмечали наличие сексуальных проблем и психосексуальной неудовлетворенности. Качество своей сексуальной жизни негативно оценивали 71,4 % женщин основной, 63,6 % — группы сравнения № 1 и 65,3 % — в группе сравнения № 2, что свидетельствовало о высоком уровне неудовлетворенности сексуальной жизнью пациенток всех трех обследованных групп. Большинство опрошенных связывали появление сексуальных

проблем с манифестацией ТДР или началом АЗ. Это позволяет предположить, что появление сексуальных нарушений может служить диагностическим маркером на ранних стадиях формирования ТДР в сочетанном проявлении с АЗ.

По результатам изучения удовлетворенности браком по вопроснику, разработанному В. В. Столиным с соавт., представленным на рисунке, самый низкий средний показатель удовлетворенности семейными отношениями отмечался у пациенток группы сравнения № 2 — 22,5 баллов, что свидетельствовало о «значительной неудовлетворенности браком». Самый высокий средний показатель выявлен у пациенток группы сравнения № 1 — 27,9 балла, что говорило о «частичной удовлетворенности браком». Средний показатель среди пациенток основной группы составил 25,1 балла, что указывало на «скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность браком». Таким образом, установлено, что наличие у женщин ТДР, коморбидных с АЗ, негативно отражается на их семейных отношениях, в отличие от пациенток с изолированно протекающей АЗ.



Результаты исследования удовлетворенности браком у обследованных женщин

В ходе дальнейшего анализа феномена семейного функционирования у женщин с ТДР, коморбидными с АЗ, установлено, что большинство пациенток вытесняли проблемы своей семейной жизни из сферы осознава-

ния, искусственно формируя образ предпочтения независимой, одинокой жизни. В их поведении доминировала демонстрация отказа от теплых, доверительных отношений с противоположным полом. Прежде всего, декларировался отказ от длительных стабильных отношений.

Нами установлены следующие типы семейных сценариев, присущие женщинам с ТДР, коморбидными с АЗ:

— перенос акцента в семейных отношениях на детей, формирование стереотипа «жизнь ради ребенка» при нивелировании своих личных интересов, прежде всего в интимной сфере; доминирование искусственного ограничения своих потребностей в отношениях с мужчинами (как в сфере сексуальной жизни, так и в принятии помощи и поддержки — материальной, бытовой, психологической); постепенное формирование системы ограничивающих убеждений и запретов в отношениях с противоположным полом, что приводит к развитию стойкого неприятия таких отношений, закреплению восприятия их как ненужных и бесперспективных (48 %);

— попытки изменить свою позицию по отношению к противоположному полу с помощью новых контактов и знакомств, которые в большинстве случаев являются неэффективными из-за внутренней неготовности к таким отношениям: при сознательном понимании необходимости и желательности успешных семейных отношений — подсознательное им противодействие и избегание, что приводит к повышенной осторожности, излишнему дистанцированию, завышенному уровню требований к партнеру; в результате — очередная неудача дополняет общую картину негативного отношения к семейной жизни (33,3 %);

— позиция «обиженной», при которой взгляды на свои семейные отношения формируются на основании установок: «Меня все покинули», «Я никому не нужна, потому и пью» — такая позиция оправдывает свою алкоголизацию, а развитие ТДР объясняется наличием неудовлетворительного семейного функционирования и психосексуальной неудовлетворенностью (18,7 %).

Нами также установлено, что установка на безусловное сохранение семейных отношений в условиях практически абсолютной психосексуальной и семейной неудовлетворенности, особенно при отсутствии конгруэнтности у партнера, имеет крайне деструктивное влияние на личность женщины. Установка на сохранение семьи «любой ценой» на фоне неудовлетворительных отношений с партнёром, приносящих психологический, сексуальный и физический дискомфорт (отсутствие уважения, психосексуальная неудовлетворенность, коммуникативная и сексуально-эротическая дезадаптация), рано или поздно приводит к развитию внутриличностного и/или межличностного конфликта, что становится основой для развития разнообразных нарушений психического здоровья и психологического благополучия. В данном случае формирование ТДР и АЗ как в изолированном, так и в коморбидном проявлениях, является одним из вариантов такого патопсихологического развития.

Данные, полученные в ходе исследования, показывают, что у пациенток с ТДР, коморбидными с АЗ, имеются характерные особенности нарушения семейного функционирования: отсутствие удовлетворенности браком (средний показатель — «скорее

неудовлетворенность, чем удовлетворенность браком»), не достигающей, однако, крайних значений, полная психосексуальная неудовлетворенность и наличие, в большинстве случаев, злоупотребления алкоголем у партнеров.

Нарушение семейного функционирования негативно отражается на общем течении заболевания и качестве жизни, лишает пациенток поддержки со стороны супруга, формирует негативную установку на семейную жизнь, что усиливает тенденцию к обострению ТДР, а также отрицательно влияет на комплаентность терапии, особенно на её первых этапах, когда требуется максимальная поддержка родственников.

Таким образом, с учетом вышеизложенного, нами сформулированы основные направления психотерапевтической работы с женщинами, страдающими ТРД, коморбидными с АЗ, с учетом особенностей их семейного функционирования. Мы считаем целесообразным в психотерапевтической работе с данным контингентом пациенток использовать следующие стратегии:

- рациональная психотерапия, целью которой является выведение на уровень осознания вытесненных проблем, формирование реальной психологической территории семейных отношений;
- семейное консультирование, включающее работу с обоими партнерами и, при необходимости, с остальными членами семьи;
- психотерапевтическая интервенция, направленная на формирование критического отношения к своей болезни как к одной из ведущих причин развития нарушения семейного функционирования.

В последующих исследованиях представляется актуальной разработка комплексных психотерапевтических и психофармакологических стратегий, направленных на коррекцию нарушений семейного функционирования как одного из звеньев патогенеза развития ТРД, коморбидной с АЗ.

Список литературы

1. Ежов А. В. Анализ роли семейного фактора в механизмах формирования психопатологии и реабилитации больных // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50) — С. 182.
2. Жданова М. П. Психотерапия нарушений здоровья семьи при алкоголизме у жены // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 60—63.
3. Ряполова Т. Л. Актуальный гомеостаз семей женщин с депрессией в структуре невротических расстройств // Архів психіатрії. — 2004. — 3 (38). — С. 183—186.
4. Ветрила Т. Г. Успешное функционирование семейной системы как основа развития и становления гармоничной личности // Вісник психіатрії та психофармакотерапії — 2008, № 2 (14). — С. 110—114.
5. Гуменюк Л. Н. Дисфункциональность семьи как предиспозиционный фактор формирования синдрома глубокой социальной дезадаптации // Архів психіатрії. — 2007, № 3-4 (50-51). — С. 81—84.
6. Альтшулер В. Б. Женский алкоголизм: Лекции по наркологии. 2-е изд. / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Ноллидж, 2000. — С. 116—134.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
8. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи. 2-е изд. — М.: Изд-во Академия, 2007. — 432 с.

Надійшла до редакції 12.03.2009 р.

I. М. Шляхов¹, М. В. Маркова²

Особенности нарушения семейного функционирования у женщин с тревожно-депрессивными расстройствами, коморбидными с зависимостью от алкоголя та стратегия його психотерапевтичної корекції

¹Керченський міський психоневрологічний диспансер (м. Керч),
¹Український НДІ соціальної, судової психіатрії і наркології
 МОЗ України (м. Київ),
²Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Метою дослідження стало вивчення особливостей сімейного функціонування жінок, хворих на тривожно-депресивні розлади, коморбідні с залежністю від алкоголю. У дослідженні брали участь 160 пацієнок (75 в основній, 42 та 43 у групах порівняння). Виявлені закономірності сімейного функціонування пацієнок з даною патологією. Визначені основні психотерапевтичні стратегії роботи з даним контингентом.

I. Shlyakhov¹, M. Markova²

Peculiarity of family functioning violations of females with anxious-depression disorders comorbidity with alcohol dependents and strategy its psychotherapy

¹Kerch city psychoneurological dispensary (Kerch),
¹Ukrainian SRI of social and forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv),
²Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

The aim of examination was the studying family functioning peculiarity of females with anxious-depression disorders comorbidity with alcohol dependents. In the investigation took part 160 patients (75 in the main group, 42 and 43 in the simile groups). Regularity of family functioning of patients with such comorbidity were revealed. Basic psychotherapy strategies by this contingent are certain.

УДК 616.89:615.214-036.66

Е. Б. Юрьев, канд. мед. наук, областной внештатный суицидолог, зав. отделением кризисных состояний
 Клиническое объединение «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница» (г. Днепропетровск)

МИРТАЗАПИН И ЦИТАГЕКСАЛ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Несмотря на значительное количество синтезированных в последние годы психотропных препаратов, включая антидепрессанты, терапевтические и диагностические трудности при депрессиях, включая прогноз, который вообще не поддается анализу, создают очень серьезные проблемы в повседневной клинической практике. Мы сталкиваемся с фактами различного, а подчас и не контролируемого ответа пациентов на используемые в лечении медикаменты. Известно, что время формирования ответа на фармакологическую интервенцию варьирует и может быть достаточно большим; и в течение всего этого периода врачи вынуждены ждать, будет ли терапия эффективной, в то время как пациенты испытывают страдания и, что особенно опасно, осуществляют суицидальные попытки. Степень их социального функционирования значительно снижена, и очень часто они нетрудоспособны. Лишь у достаточно малой части (около трети) пролеченных больных удается достигнуть полной ремиссии симптоматики под воздействием психотропных препаратов, у большей же части патологический процесс продолжает манифестировать в той или иной степени.

Почему депрессии очень часто трудны в лечении? Однозначного ответа на этот вопрос сегодня нет. Современными методами нейроморфологии и прижизненной нейровизуализации (компьютерная томография, МРТ) у больных депрессиями находят: расширение боковых желудочков, уменьшение объема гиппокампа (особенно белого вещества) и префронтальной коры, (Stoll A., et al., 2000), а также увеличение миндалины (Reiman E. et al., 1997). Выделяют следующие нейрохимические типы депрессий:

- связанные преимущественно с дефицитом серотонина;
- с избытком серотонина, при снижении чувствительности постсинаптических рецепторов;
- с истощением норадреналина и серотонина (поздние депрессии);
- с нарушением баланса этих транмиттеров (Costa e Silva J. A., et al., 1993).

Показано также, что плотность в мозге 5-НТ_{1А}-ауто-рецепторов, которые, как известно, принимают участие в ингибировании по механизму обратной связи трансмиссии серотонина, увеличивается у больных с полиморфизмом гена 5-НТ_{1А}-рецепторов (G-1019), вызывающим его избыточную экспрессию. Надо признать и тот очевидный факт, что серотониновая и норадреналиновая системы очень тесно взаимосвязаны и изменения обмена серотонина (нарушения серотониновой рецепции) на том или ином этапе могут приводить к нарушениям трансмиссии и норадреналина. Очевидно, что и препараты, изменяющие серотониновую нейротрансмиссию, в той или иной степени должны действовать и на трансмиссию норадреналина.

Некоторые антидепрессанты, например дезипрамин, мапротилин и ребоксетин, первично влияют не на серотониновую, а на норадреналиновую трансмиссию, и, повышая внеклеточный уровень норадреналина в мозге, опосредованно стимулируют адренергические рецепторы. Даже когда антидепрессант прямо не блокирует обратный захват одного из моноаминов, возникающие при его действии рецепторные изменения нейротрансмиссии могут способствовать развитию серотонинергических или норадренергических эффектов. Сильное влияние на трансмиссию норадреналина оказывают дезипрамин, нортриптилин, амитриптилин, кломипрамин, докsepин, имипрамин, пароксетин, венлафаксин, милнаципран, ребоксетин, мапротилин; слабое — циталопрам, мirtазапин.

Еще одним свойством действия антидепрессантов является усиление нейротрансмиссии дофамина путем увеличения экспрессии D₂-рецепторов и/или выделения дофамина в кортико-лимбических областях мозга (прежде всего в префронтальной коре). Сильное влияние на нейротрансмиссию дофамина оказывает велбутрин, известный как относительно селективный ингибитор его обратного захвата; менее сильное — сертралин, флуоксетин, амитриптилин, кломипрамин, нортриптилин, амоксапин, бупропион; слабое — докsepин, дезипрамин, имипрамин, мапротилин, венлафаксин,