Социальная адаптация при депрессии

Хорошо известно, что депрессия сопровождается значительными нарушениями социальнойадаптации. В одном из своих исследований, направленных на сравнение женщин, страдающих депрессией, с женщинами из контрольной популяционной группы, мыиспользовали показатели ролей и способов поведения, учитывая различные аспекты жизни [2]. Инструментальные роли характеризуются решением целевых задач, аэкспрессивные - поддержанием эмоциональных отношений, особенно внутри семьи. Именно последнее и является предметом этой статьи. В исследовании былиустановлены выраженные признаки дезадаптации, которые, по результатам факторного анализа, были сгруппированы в 6 основных групп: продуктивность наработе, межличностные разногласия, недостаточность общения, безропотная зависимость (особенно в браке), семейная привязанность и тревожные руминации[З]. Перечисленные показатели, за исключением первого и последнего, имеют непосредственное отношение к семье, В результате длительных исследований былопоказано, что социальная дезадаптация связана преимущественно с депрессией и корректируется по мере редукции других проявлений депрессии, хотя и медленнее[4]. Медленнее других и не полностью восстанавливаются такие показатели, как недостаточность общения и межличностные разногласия, отражающие резидуальнуюнедостаточность психических функций.

В более поздних исследованиях было получено подтверждение негативного влияния депрессии насоциальную активность [1]. Также было показано, что редукция депрессивной симптоматики и становление лекарственной ремиссии не сопровождаются полнымвосстановлением социальной активности, причем резидуальные признаки социальной дезадаптации более выражены при рекуррентных депрессивных расстройствах.Униполярная депрессия чаще развивается у женщин, но ее влияние на социальную адаптацию не всегдаимеет половую специфичность. У здоровых женщин СШАвыявляется более выраженное чувство несоответствия профессиональным требованиям, а также более выраженная конфликтность и недовольство в семейных(но не в дружеских) отношениях [5]. У мужчин обнаружено более выраженное подавление эмоций и межличностные разногласия. Связанные с полом различия всоциальной адаптации при депрессии изучены недостаточно. Можно ожидать, что нарушение работоспособности сильнее влияет на мужчин, выполняющих функциюкормильцев семьи, и приводит к тому, что дети больше контактируют с женщинами (матерями). Кросс-культуральные аспекты рассматриваемой проблемы также остаютсямалоизученными. Большинство исследований проводилось в США и европейских странах. Хотя результаты отдельных транскультуральных исследованийсвидетельствуют об универсальности многих психологических и биологических аспектов депрессии, нельзя быть уверенным в сходстве социальных последствий,которые во многом связаны с культуральными особенностями.

Супружеские отношения

Установлено, что проблемы в супружеских отношениях могут приводить к развитию депрессии.Спорным остается вопрос о рассмотрении депрессии как причины нарушений супружеских отношений и возможности их восстановления по мере излечения. Воригинальном исследовании депрессии у женщин мы выявили нарушения практически всех изученных аспектов супружеских взаимоотношений, обусловленных депрессивнымрасстройством [2]. Особенно выраженными были коммуникативные нарушения, зависимость от супруга, сексуальные проблемы и снижение интереса к половымотношениям, чувство вины, обидчивость и уменьшение привязанности. Все эти нарушения поддавались коррекции в различной степени по мере редукции другихпроявлений депрессии. В прошлых исследованиях были достоверно установлены только сексуальные нарушения. Один из изученных показателей имел особое значениедля оценки супружеских отношений - разногласия в отношениях. У женщин, страдающих депрессией, выявлены повышенная раздражительность и гневливость,которые были связаны с отдельным фактором, соответствующим степени близости в отношениях [б]. Агрессивность была маловыраженной при общении с малознакомымилюдьми, включая психиатров и других специалистов, в ограниченной степени проявлялась на работе и в отношениях с друзьями и достигала максимума вотношениях с супругом и детьми. Тот факт, что гнев в большей степени проявляется по отношению к близким, чем малознакомым людям, считаетсяестественным, но в случаях депрессии такие различия становятся еще более выраженными. Связь повышенной гневливости с депрессией изучена недостаточно.Указанные закономерности противоречат психоаналитической теории, в соответствии с которой депрессия связана с интернализацией аффекта гнева и, следовательно,внешние проявления гнева должны редуцироваться. Проблема повышенной гневливости особенно актуальна с точки зрения супружеских отношений. Супруг можетнеадекватно оценивать связанное с депрессией снижение способности к выполнению рутинных обязанностей по дому и заботе о детях, что приводит к значительнымсупружеским разногласиям. Депрессия может стать серьезным испытанием для крепких супружеских отношений и разрушить слабые. В других современных исследованияхизучалось качество супружеских отношений. Поданным Richter и Richter [7], изучавших больных депрессией в стационаре, напряженность в семейных отношенияхво многом определяется аффективными нарушениями у одного из супругов. В результате катамнестического наблюдения за 9 замужними женщинами, страдающимидепрессией, Merikangas с соавт. [8] обнаружили, что через 6 недель терапии амитриптилином пациентки постепенно приобретали свойственное им до депрессиивлияние в семье, что приводило к восстановлению баланса в супружеских отношениях. Fadden с соавт. [9] отмечают связь депрессии у одного из супругов снарушением активности и досуга другого, снижением семейного дохода, ухудшением супружеских отношений и неопределенностью в том, как преодолевать симптомызаболевания.

Влияние на детей

Депрессия у матери оказывает значительное негативное влияние на детей. Женщины, страдающиедепрессией, говорят о снижении своих родительских функций (участие в делах детей и общение), обострении разногласий и выраженных негативных эмоциях,включая чувство вины [2,10]. Специальное исследование Hammen [11] подтвердило актуальность этих проблем. Автор сравнил результаты 3-летнего наблюдения задетьми 8-16-летнего возраста, матери которых страдали униполярной депрессией или биполярным расстройством или были здоровы (контрольная группа). Психическиерасстройства, преимущественно большая депрессия, были выявлены у 80% детей, матери которых страдали униполярной депрессией, и у 70% детей, матери которыхстрадали биполярным расстройством. У детей, матери которых страдали униполярной депрессией, отмечались нарушения поведения в школе, выраженное снижениесоциальной уверенности и академической успеваемости. По показателям дискуссионных тестов качество взаимодействия между матерью и детьми было плохим[12]. Особенно выраженное влияние на детей оказывало биполярное расстройство матери. Сходные данные по психопатологическим нарушениям у детей, материкоторых страдают депрессией, были получены Weissman с соавт. [13]. В цели обоих исследований входило выявление генетических факторов, однако можно предполагатьи влияние измененной семейной среды. Keller с соавт. [14] установили связи между тяжелым хроническим течением депрессии у родителей и нарушениямиадаптации и психопатологическими нарушениями у детей. Причем эти связи были более выраженными при заболевании у матери. Особенно неблагоприятнымоказывается влияние депрессии у матери на детей новорожденного и раннего детского возраста. Показано, что послеродовая депрессия оказывает значительноевоздействие на отношения между матерью и ребенком, а также, как было достоверно доказано, связана с когнитивной недостаточностью у ребенка [15].

Биполярное расстройство

Большинство исследований было посвящено влиянию униполярной депрессии у женщин на отношенияс супругом и детьми. Лишь в некоторых из них изучались и биполярные расстройства. В сравнении с униполярной депрессией биполярное расстройствохарактеризуется более частыми рецидивами, более тяжелым течением и более выраженным негативным влиянием на межличностные отношения, связанным сразличиями в поведении при маниакальных и депрессивных фазах. Обычно такие пациенты во время депрессии становятся покорными и склонными к самообвинению, апри маниакальных состояниях обнаруживают гневливость, обращают свои обвинения в адрес супруга, угрожают разводом или начинают бракоразводный процесс, заводятблизкие отношения вне семьи. По данным Targum с соавт. [16], 53% супругов пациентов с биполярным расстройством заявили, что не вступали бы в брак, а 47%-не заводили бы детей, если бы до принятия таких решений знали больше о проявлениях этого заболевания. Мало с соавт. [17] указывают, что наиболеенегативное влияние биполярное расстройство оказывает на детей. В одном из малочисленных исследований, выполненных в популяциях с неевропейской культурой,Chakrabarti с соавт. [18] показали, что в Индии супружеские отношения при биполярном расстройстве страдают в большей степени, чем при униполярной депрессии.Причем выраженность такого негативного влияния депрессии возрастает пропорционально длительности, тяжести, частоте рецидивов заболевания и возраступациентов, но не зависит от пола, религии, профессиональной занятости, типа семьи.

Исход и терапия

Коррекция нарушений социальной адаптации происходит по мере редукции депрессии истановления ремиссии [1]. Однако восстановление социальных отношений происходит медленно и не всегда является полным [4]. Как было показано Rounsaville ссоавт. [19], нарушения в супружеских отношениях сохраняются на протяжении 4 лет после излечения депрессии. Keitner с соавт. [20] наблюдали постепеннуюнормализацию семейных отношений в течение 12 месяцев после редукции депрессии у одного из супругов. Авторы указывают, что хорошие семейные отношения на моментзаболевания соотносятся с более благоприятным исходом депрессии. В то же время, как было показано в исследованиях, выражения эмоций [21, 22], критическиезамечания здорового супруга в адрес больного депрессией во время беседы с врачом коррелируют с неблагоприятным исходом депрессивного состояния. Данные оболее медленной и неполной нормализации семейных отношений в сравнении с редукцией когнитивных нарушений при депрессии свидетельствуют, что пациентынуждаются в длительном наблюдении. Если после исчезновения депрессивной симптоматики семейные отношения не восстанавливаются полностью, показаномедицинское вмешательство. В ряде контролируемых исследований была показана эффективность супружеской, семейной и межличностной терапии [23-25].

Список литературы:

1. Paykel ES. Personal impact of depression: disability. WPA Teaching Bulletin. 1997. 2.Weissman MM, Paykel ES. The depressed woman: a study of social relationships. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1974.
3. Paykel ES, Weissman MM, Prusoff BA, Tonks CM. Dimensions of social adjustment in depressed women. J Nerv Ment Dis. 1971: 152: 158-172.
4. Paykel ES, Weissman MM. Social adjustment and depression: a longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 1973; 28: 659-663.
5. Richman J. Sex differences in social adjustment: effects of sex role socialization and role stress. J Nen/ Ment Dis. 1984; 172: 539-545.
6. Weissman MM, Klerman GL, Paykel ES. Clinical evaluation of hostility in depression. Am J Psychiatry. 1971; 128: 261-266.
7. Richter G, Richter J. Social relationships reflected by depressive inpatients. Acta Psychiatr Scand.1989;80:573-578.
8. Merikangas К, Ranelli CJ, Kupfer DJ. Marital interaction in hospitalized depressed patients. J Nerv Ment Dis. 1979; 167: 689-695.
9. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients. BrJ Psychiatry. 1987; 151:660-667.
10. Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. The depressed woman as a mother. Soc Psychiatry. 1972:7:98-108.
11. Hammen С. Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers. New York, NY: Springer; 1991.
12. 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;146: 50-55.
13. Weissman MM, Gammon GD, John K, et al. Children of depressed parents: increased psy-chopathology and early onset of major depression. Arch GenPsychiatry. 1987; 44: 847-853.
14. Keller MB, Beardslee WR, Dorer DJ, Lavori PW, Samuelson H, Klerman GR.Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. Arch Gen Psychiatry. 1986; 43:930-937.
15. Murray L, Cooper PJ eds. Postpartum depression and child development. NewYork, NY:Guildford Press; 1997.
16. Targum SD, Dibble ED, Davenport YB, Gershon ES. The Family AttitudesQuestionnaire: patients' and spouses' views of bipolar illness. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38: 562-568.
17. MayoJM,0'ConnellRA,0'BrienJD. Families of manic-depressive patients: effect of treatment Am J Psychiatry. 1979;136:1535-1539.
18. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. Acta Psychiatr Scand.1992;86:247-252.