

## ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У МАТЕРЕЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ИХ ДЕТЕЙ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА)

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Изучены клинические проявления эмоционального состояния детей, в семьях которых матери страдают депрессиями различного генеза. Установлены причины и механизмы развития нарушений психического здоровья детей в генезе нарушений здоровья семьи.**

*Ключевые слова:* дети, депрессивные расстройства, матери, семья.

Состояние семьи больного психическими расстройствами остается недостаточно изученным, хотя не вызывает сомнения тот факт, что наличие депрессивного расстройства (ДР) у одного из супругов, ухудшая их межличностные отношения, неизбежно влечет за собой и нарушение взаимоотношений с детьми, а следовательно, ставит под угрозу их психическое и психологическое благополучие и здоровье семьи в целом [1–8].

Под нашим наблюдением находились 399 семей, в которых в ходе комплексного обследования у супруги был установлен диагноз ДР различного генеза: аффективные расстройства (АР) — у 172 женщин, из них биполярное аффективное расстройство, 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 — у 227 женщин.

В обследованных семьях было 428 детей (198 мальчиков и 230 девочек). Из них под наблюдением у психиатра находились 306 (46,7%) (149 мальчиков и 157 девочек в возрасте от 7 до 18 лет). У этих детей отмечались эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Остальные 122 ребенка (80 мальчиков и 42 девочки) были здоровы.

Цель исследования — изучить влияние ДР различного генеза у матерей на психическое состояние их детей.

При клинико-психопатологическом обследовании детей, находившихся под нашим наблюдением, были выявлены акцентуации характера разных типов (табл. 1). Чаще всего у мальчиков отмечались гипертимный, циклоидный, психастенический, несколько реже — сенситивный, эпилептоидный и неустойчивый, в единичных случаях — шизоидный типы акцентуаций. У девочек чаще наблюдались психастенический, сенситивный, шизоидный

типы, несколько реже — истероидный, циклоидный, неустойчивый, демонстративный.

Таблица 1

Акцентуации характера обследованных детей

Тип акцентуации	Мальчики, n = 149		Девочки, n = 157	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Эпилептоидный	16	10,7	9	5,7
Неустойчивый	15	10,1	18	11,5
Истероидный	14	9,4	19	12,1
Психастенический	21	14,1	30	19,1
Циклоидный	25	16,8	15	9,6
Шизоидный	5	3,4	20	12,7
Сенситивный	18	12,1	28	17,8
Демонстративный	8	5,4	14	8,9
Гипертимный	27	18,0	4	2,6

Изучение жизни детей показало, что заболевание развивалось у них либо в результате психотравмирующих факторов, которые, как правило, носили хронический характер, либо были связаны со стрессовым фактором и развивались в результате наследственной предрасположенности (особенно в тех семьях, в которых матери страдали аффективными расстройствами). Острые психотравмы отмечались у 9,1% мальчиков и 16,8% девочек.

При анализе психотравм обращает на себя внимание их множественность. Исследование психической травматизации с точки зрения ее содержания выявило, что наиболее часто среди острых психогений встречались семейные конфликты и криминальные события. Фактором хронической психотравматизации чаще было пролонгированное заболевание матери (у 89,6% мальчиков и у 100,0% девочек). У 8,2% обследованных нами детей возникла кратковременная депрессивная реакция на обострение заболевания у матери, у 9,5% пациентов наблюдалось преобладание нарушения поведения, у 7,8% — смешанное расстройство

Таблиця 2

**Факторы психической травматизации, выявленные у обследованных детей (%)**

Виды психотравмы		Мальчики, n = 149	Девочки, n = 157
Острые	Конфликт в семье	6,2	13,4
	Криминальные события (изнасилование)	2,9	3,4
Хронические	Семейно-бытовые	16,1	17,7
	Пролонгированное заболевание матери	89,6	100,0
	Вынужденная миграция	11,7	14,4
	Комплекс неполноценности	18,5	24,7
	Дисгармоничные взаимоотношения в семье	70,3	85,1
	Неправильное воспитание	72,6	69,3
	Сексуальная психотравма (сексуальные посягательства)	32,4	25,6
Алкогольная зависимость отца	37,1	21,8	

эмоций и поведения. Кратковременная депрессивная реакция была транзитной и характеризовалась кратковременным ДР. У подростков, особенно у мальчиков, отмечались агрессивность и делинквентные расстройства поведения. Все эти реакции были связаны со стрессовым фактором, т. е. подростковой реакцией горя, и возникали у детей с индивидуальной предрасположенностью к формированию проявлений как эмоциональных расстройств, так и расстройств поведения.

Следует отметить, что среди подростков 4,9% мальчиков прибегали к эпизодическому злоупотреблению алкоголем и летучими веществами, а 25,6% девочек вели аморальный образ жизни (в результате которого получили сексуальную психотравму). Данные расстройства поведения начинались с целью переключения внимания депрессивной матери с ее болезненных переживаний на их поведение. Дисгармоничные отношения в семье часто отражались на психическом состоянии здоровья у мальчиков (70,3%).

У 5,2% детей наблюдались нарушения активности и внимания, которые характеризовались ранним началом (обычно в первые 5 лет жизни), сочетанием чрезмерно активного поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием

упорства при выполнении задач. Дети часто переключались с одного вида деятельности на другой, по-видимому, теряя интерес к поставленной задаче, отвлекаясь на другую. Гиперактивность проявлялась нетерпеливостью, особенно в ситуациях, требующих спокойствия: они бегали и прыгали, вскакивали с места, когда полагалось сидеть, были чрезвычайно разговорчивы и т. д. Активность детей была чрезмерной для ожидаемой в данной ситуации и по сравнению с их ровесниками. Нарушенное внимание и гиперактивность отмечались и дома, и в школе, и в клинике. Эти поведенческие характеристики наблюдались у обследованных во всех ситуациях и отличались постоянством. У 3,9% детей диагностировались разнообразные расстройства, которые классифицируются по МКБ-10 как несоциализированные и социализированные другие расстройства психологического развития, такие как задержка психомоторного развития и заниженное чувство собственного достоинства.

Несоциализированное расстройство поведения отмечалось у 7,2% детей и характеризовалось агрессивным и вызывающим поведением, которое доходило до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм, и поэтому было более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Это, например, прогулы в школе и уход из дома, которые часто сочетались с неблагоприятным психосоциальным окружением; драчливость или хулиганство; поджоги и воровство; лживость, необычайно частые вспышки гнева, жестокости по отношению к людям или животным; провокационное поведение и постоянное нарочитое непослушание. Отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников отличало данный тип расстройства поведения от социализированного расстройства. Нарушение взаимосвязей с ровесниками проявлялось в изоляции, непопулярности у других детей, в отсутствии близких друзей. В связях со взрослыми отмечались тенденции к несогласию, негодованию, однако у некоторых детей установились хорошие взаимоотношения. Нередко с нарушениями поведения сочетались эмоциональные расстройства, для более старших были характерны вымогательство или нападение с насилием, жестокость, проявляемая к другим детям, животным. Такое расстройство поведения наблюдалось в различных ситуациях, но часто было более выраженным в школе.

Социализированное расстройство поведения встречалось у 6,2% детей, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников, с которыми установились адекватные длительные отношения. Такая группа часто состояла из несовершеннолетних, вовлеченных в делинквентную активность,

включая хулиганство. Нарушались взаимоотношения с другими детьми, а вот со взрослыми были нормальными, за исключением представителей власти, в частности сотрудников органов внутренних дел. Эмоциональные расстройства в основном оказались незначительными, нарушение поведения чаще было наиболее заметно за пределами семьи (в школе и т. д.).

Еще больше от конфликтных ситуаций в семье страдали девочки. У (85,1 %) из них чаще отмечалось ДР поведения, фобическое расстройство детского возраста, другие смешанные расстройства поведения и эмоций.

ДР поведения характеризовалось сочетанием расстройства поведения с постоянной выраженной депрессией, проявляющейся у 8,5 % обследованных детей с такими симптомами, как чрезмерное страдание, утрата интереса и удовольствия в обычной

активности, самообвинение в возникшем обострении заболевания у матери и безнадежность. Отмечались также нарушения сна и аппетита.

У 3,3 % детей встречались другие смешанные расстройства поведения и эмоций, которые сочетались с постоянными выраженными эмоциональными симптомами — тревогой, боязливостью, навязчивостью или компульсией, деперсонализацией или дереализацией, фобией или ипохондрией.

Фобическое тревожное расстройство детского возраста отмечалось у 4,2 % обследованных, у которых наблюдались страхи, сфокусированные на широком диапазоне предметов, ситуаций и по своему характеру указывающие на особенность определенной фазы развития.

У 5,6 % детей на фоне хронических психотравм возникало транзиторное тикозное расстройство.

Таблица 3

Распределение обследованных детей по характеру психических расстройств

Нозологические формы	Мальчики, n = 149		Девочки, n = 157		Всего, n = 306	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<b>Эмоциональные расстройства и расстройства поведения</b>	95	31,0	70	2,9	<b>165</b>	<b>53,9</b>
Нарушение активности и внимания (F90.0)	11	3,6	5	1,6	16	5,2
Несоциализированное расстройство поведения (F91.1)	18	5,9	4	1,3	22	7,2
Социализированное расстройство поведения (F91.2)	17	5,6	2	0,6	19	6,2
Депрессивное расстройство поведения (F92.0)	7	2,3	19	6,2	26	8,5
Другие смешанные расстройства поведения и эмоций (F92.8)	2	0,7	8	2,6	10	3,3
Фобическое тревожное расстройство детского возраста (F93.1)	4	1,3	9	2,9	13	4,2
Транзиторное тикозное расстройство (F95.0)	10	3,3	7	2,3	17	5,6
Неорганический энурез (F98.0)	9	2,9	10	3,3	19	6,2
Заикание (F98.5)	17	5,6	6	1,9	23	7,5
<b>Умственная отсталость</b>	6	1,9	11	3,7	<b>17</b>	<b>5,6</b>
Легкая умственная отсталость (F70.0)	6	1,9	11	3,7	17	5,6
<b>Нарушения психологического развития</b>	19	6,2	12	3,9	<b>31</b>	<b>10,1</b>
Детский аутизм (F84.0)	11	3,6	8	2,6	19	6,2
Другие расстройства психологического развития (F88.0)	8	2,6	4	1,3	12	3,9
<b>Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства</b>	22	7,2	56	18,3	<b>78</b>	<b>25,5</b>
Расстройства адаптации, кратковременная депрессивная реакция (F43.20)	6	2,0	19	6,2	25	8,2
Расстройства адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24)	12	3,9	17	5,6	29	9,5
Расстройства адаптации, смешанное расстройство эмоций и поведения (F43.25)	4	1,3	20	6,5	24	7,8
<b>Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ</b>	15	4,9	—	—	<b>15</b>	<b>4,9</b>
Эпизодическое употребление (F10.85)	15	4,9	—	—	15	4,9

Тики обычно проявлялись в форме мигания, гримасничанья лица или подергивания головы.

Неорганический энурез диагностировался у 6,2% детей и характеризовался непроизвольным выпусканием мочи днем и ночью, что было ненормальным для интеллектуального развития и возраста ребенка. Энурез сочетался с более широко распространенными эмоциональными и поведенческими расстройствами. Эмоциональные проблемы возникали вторично, вследствие дистресса или стыда, связанного с энурезом. У части детей он характеризовался как моносимптоматическое состояние.

У 7,5% детей отмечалось заикание: речь отличалась частым повторением или пролонгацией звуков, слогов, слов, частыми остановками, что нарушало ее ритмическое течение. Иногда наблюдались сопутствующие движения лица и других частей тела, совпадающие с повторениями, пролонгациями или остановками в процессе разговора.

Существенную роль в возникновении невротических расстройств у детей играли факторы неправильного воспитания, сексуальная психотравма (сексуальные посягательства, повлекшие за собой либо преждевременные проявления сексуальности, либо эмоциональную травматизацию с дезактуализацией сексуальной сферы) и алкогольная зависимость отца.

Аутизм, который отмечался у 6,2% обследованных, а также легкая умственная отсталость у 5,6% детей были обусловлены наследственным фактором, тяжесть их симптоматики усиливалась во время обострения аффективного расстройства у матери. Детский аутизм чаще встречался среди обследованных мальчиков и проявлялся нарушением в ролевых и социально-эмитационных играх, отсутствием взаимности в общении; недостаточной гибкостью речевого выражения и незначительной долей творчества и фантазии в мышлении; отсутствием эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу. Это состояние характеризовалось также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, активностью и интересами.

Легкая умственная отсталость у детей в первую очередь характеризовалась снижением когнитивных, речевых, моторных и социальных

способностей. Они нередко становились жертвами физических и сексуальных оскорблений.

У 53,9% детей отмечались эмоциональные расстройства и расстройства поведения (табл. 3). При этом у мальчиков чаще встречалось несоциализированное расстройство поведения, у девочек — ДР поведения. У (18,3%) девочек наблюдались невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, в частности адаптации.

Показано, что ДР различного генеза у женщин в большинстве случаев негативно отражаются на психическом здоровье их детей и семьи в целом. Нарушения здоровья семьи при данной патологии у женщин обуславливаются комплексом факторов и, следовательно, для их коррекции требуется системный дифференцированный подход.

#### Список литературы

1. *Ветрила Т. Г.* Характеристика семейных ролей и родительско-детских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / Т. Г. Ветрила // *Укр. вісн. психоневрології.*— 2010.— Т. 18, вип. 1 (62).— С. 46–48.
2. *Ветрила Т. Г.* Особенности родительского отношения в семьях, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития / Т. Г. Ветрила // *Вестн. психиатрии и психофармакотерапии.*— 2010.— № 1 (17).— С. 60–63.
3. *Авдулова Т. П.* Агрессивный подросток / Т. П. Авдулова.— М.: Академия, 2008.— 127 с.
4. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев.— СПб.: Речь, 2005.— 400 с.
5. *Никольская И. М.* Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская.— СПб.: Речь, 2006.— 342 с.
6. *Городнова М. Ю.* Психологические особенности семей наркозависимых подростков и семейная психотерапия / М. Ю. Городнова // Семейные психотерапевты, семейные психологи: кто мы?: материалы Междунар. конф. «Психология и психотерапия семьи».— СПб.: Иматон, 2000.— С. 70–74.
7. *Добряков И. В.* Психология семьи и больной ребенок: хрестоматия / И. В. Добряков, О. В. Защинская.— СПб.: Речь, 2007.— 400 с.
8. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А. Е. Личко.— 2-е изд., доп. и перераб.— Л.: Медицина, 1985.— 416 с.

### ВПЛИВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ В МАТЕРІВ НА ПСИХІЧНИЙ СТАН ЇХНІХ ДІТЕЙ (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ДІАГНОСТИКА)

Л. В. ЗАЙЦЕВА

**Досліджено клінічні прояви емоційного стану дітей, у сім'ях яких матері страждають на депресії різного генезу. Встановлено причини та механізми розвитку порушень психічного здоров'я дітей в генезі порушень здоров'я сім'ї.**

*Ключові слова:* діти, депресивні розлади, матері, сім'я.

**INFLUENCE OF DEPRESSIVE DISORDERS OF VARIOUS ORIGINS IN MOTHERS ON THEIR CHILDREN'S MENTAL STATE (CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES, DIAGNOSIS)**

L. V. ZAITSEVA

**The clinical manifestations of the emotional state of children whose mothers suffer from depression of various origins were investigated. The causes and mechanisms of development of mental health disorders in the genesis of family health disorders were identified.**

*Key words: children, depressive disorders, mother, family.*

---

*Поступила 04.03.2014*