



УДК 159.972:159.922.736.3

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЯХ, В КОТОРЫХ МАТЕРИ СТРАДАЮТ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тиньков А.М., к. психол. н.,
доцент кафедры психологии

Национальный аэрокосмический университет имени Н.Е. Жуковского
«Харьковский авиационный институт»

Фаворова Е.Н., к. психол. н.,
доцент кафедры психологии

Национальный аэрокосмический университет имени Н.Е. Жуковского
«Харьковский авиационный институт»

В статье описаны психологические проявления эмоционального состояния детей в семьях, в которых матери страдают депрессиями различного характера. Установлены факторы психической травматизации детей. Предоставлены результаты психопатологического обследования детей. Установлены нозологические формы расстройств детей.

Ключевые слова: дети, матери, семья, депрессивные расстройства, эмоциональное состояние.

У статті описані психологічні прояви емоційного стану дітей в сім'ях, в яких матері страждають депресіями різного характеру. Встановлені фактори психічної травматизації дітей. Надані результати психопатологічного обстеження дітей. Встановлені нозологічні форми розладів дітей.

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

Tynkov A.M., Favorova Ye.N. FEATURES OF EMOTIONAL STATUS OF CHILDREN IN FAMILIES WHICH MOTHERS HAVE DEPRESSIVE DISORDERS

In the article the psychological displays of the emotional state of children are described in families in that mothers suffer depressions of different character. Factors are set by psychical traumatism children. The results of abnormal psychology inspection of children are given. The nosology forms of disorders of children are set.

Key words: children, mothers, family, depressed disorders, emotional state.

Постановка проблемы. Наличие депрессивного расстройства у одного из супругов неизбежно влечёт за собой нарушение взаимоотношений между ними, что сказывается и на отношениях с детьми, однозначно ухудшая их психическое и психологическое благополучие и здоровье семьи в целом. Депрессия может возникать у людей любого возраста, даже у младенцев, но в зависимости от возрастных особенностей течение депрессивных расстройств имеет свои характерные признаки.

То, что женщины более склонны к депрессии – это очень известный факт. Одна из 5 женщин страдает депрессивным расстройством. Мужчинам в этом плане повезло больше – у них депрессия встречается у одного из 10. Всего же 5-10% взрослых имеют клинически очерченную депрессию, т.е. ту, которая обладает всеми необходимыми для этого чертами. Еще у 10-15% депрессия стертая, субклиническая. Т.е. от 15 до 25% взрослых страдают этим расстройством. У 75% депрессия повторяется, у 40% – рецидив в течение года. «Переждать» – это не всегда эффек-

тивный метод борьбы с депрессией, если знать, что существует такой высокий риск испытать расстройство повторно. Только 25% из всех депрессивных больных получает необходимое им лечение.

У женщин для возникновения депрессии наиболее опасен послеродовой период. 70% женщин после родов испытывают спад настроения разной выраженности – от «блюза» (послеродовой грусти) до тяжелой депрессии. У 10% впервые диагностируется большое депрессивное расстройство.

Многие женщины думают, что депрессия – это их личное дело, но это не так. Ребенок так же страдает от депрессии матери, и не так из-за того, что ему достались соответствующие гены, как от недостаточного контакта и неправильных образцов поведения, которые преподносит ему мать. Так, у детей депрессивных матерей в 3 раза выше риск копирования депрессивного стиля поведения. Они более пессимистичны, чаще ожидают плохого, тяжело переносят стрессы, у них ограничены социальные навыки. Некоторые дети ведут себя агрессивно или оппозиционно

и демонстрируют сниженные когнитивные навыки.

Возрастные особенности депрессивных расстройств:

1. У детей до года при разлуке с матерью возникает так называемая анаклитическая депрессия, которая изначально проявляется двигательным беспокойством, плачем, отчаянием, после этого наступает вялость, нарушение аппетита, похудение, апатия, отказ от игр, нарушение ритма сна, снижение или исчезновение реакции на внешние раздражители, задержка в развитии психики и моторики.

2. Возрастные особенности депрессивных расстройств детей раннего возраста подразделяют на адинамическую и тревожную депрессии. Симптомами адинамической депрессии являются вялость, медлительность, монотонность, а тревожная депрессия проявляется капризностью, плаксивостью, двигательным беспокойством, негативизмом.

3. Для депрессивных расстройств у детей дошкольного возраста характерны вегетативные и двигательные расстройства, но в то же время по внешнему виду детей заметно плохое настроение: выражение лица, поза, тихий голос, жалобы на неприятные ощущения в конечностях.

4. Депрессивные расстройства детей младшего школьного возраста проявляются в нарушении поведения: вялости, замкнутости, потери интереса к играм, трудностях в учебе, реже раздражительности, агрессивности, прогулах.

5. В подростковом возрасте уже проявляется депрессивный аффект, который сочетается с вегетативными расстройствами: нарушением сна, аппетита, головными болями. У мальчиков часто проявляется раздражительность, у девочек – слезливость, вялость, подавленность. Часто возникают идеи самообвинения и ипохондрия.

6. Возрастные особенности депрессивных расстройств у лиц пожилого (позднего) возраста связаны с процессом возрастной инволюции. Характерны депрессивная переоценка прошлого (прошлое воспринимается как счастливое и благополучное), боязнь за здоровье и страх перед материальными затруднениями. С возрастом учащаются тревожно-ипохондрические и тревожно-бредовые расстройства, при которых характерно нарушение сна, аппетита, изменение массы тела.

Исследования семьи, имеющей в своем составе человека с психическими расстройствами, остаются недостаточно изученными, хотя не вызывает сомнения тот факт, что наличие депрессивного рас-

стройства пагубно влияет на эмоциональное состояние детей [1-8].

Эмоции помогают определенным образом воспринимать действительность, реагировать на неё. Умение искренне радоваться, понимать чувства и эмоциональные состояния людей, чётко выражать свои желания, быть восприимчивым к искусству и проявлениям жизни – всё это зависит от того, как сформирован ребёнок эмоционально. То, как развита эмоциональная сфера ребёнка, влияет на понимание маленьким человеком мира и успешное взаимодействие с ним.

В проведенном исследовании участвовало 100 семей, у женщин из которых в ходе комплексного обследования был установлен диагноз депрессивного расстройства (далее – ДР) различного генеза: аффективные расстройства (АР) – у 42 женщин, из них биполярное аффективное расстройство (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) – у 32, рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), текущий эпизод легкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F 33.1) – у 10, невротические депрессии (НД) – у 58 женщин.

В исследуемых семьях имелось 105 детей (50 мальчиков и 55 девочек). Из них под наблюдением у психологов и психиатров находились 70 детей – 30 мальчиков и 40 девочек в возрасте от 8 до 15 лет. У этих детей отмечались эмоциональные расстройства и расстройства поведения. Процентное соотношение детей, имеющих расстройства, и здоровых составило соответственно 66% и 34%.

Постановка задания. Цель работы – изучить влияние женщин, имеющих ДР различного характера, на психическое состояние их детей.

Изложение основного материала исследования. При психопатологическом обследовании детей, имеющих расстройства, были выявлены акцентуации характера разных типов (результаты представлены в табл.1). Как следует из таблицы, у мальчиков наблюдались следующие типы акцентуаций: чаще всего – гипертимный, циклоидный, психастенический; реже – сенситивный, эпилептоидный и неустойчивый, и в единичных случаях – шизоидный тип акцентуаций. У девочек чаще психастенический, сенситивный, шизоидный, реже – истероидный, циклоидный, неустойчивый, демонстративный типы акцентуаций.

Исследование показало, что неблагоприятные психологические состояния развивались 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 8% мальчиков и 14% девочек. Факторы психической травматизации детей представлены в табл. 2.

Анализ психотравм показал большую вариативность их происхождения.

Наиболее частым источником острых психотравм имели место семейные конфликты и криминальные события. Среди факторов хронической психотравматизации наиболее часто отмечалось пролонгированное заболевание матери. У мальчиков – 19%, у девочек – 26%. У 7% обследованных нами детей возникала кратковременная депрессивная реакция на обострение заболевания у матери, у 11% – с преобладанием нарушения пове-

дения, у 6% – смешанное расстройство эмоций и поведения. Кратковременная депрессивная реакция была транзиторной и характеризовалась кратковременным депрессивным расстройством. У мальчиков отмечались расстройства поведения, которые проявлялись в форме агрессивности и делинквентных расстройств поведения. Все эти реакции были связаны со стрессовым фактором (подростковая реакция горя) и возникали у детей с индивидуальной предрасположенностью как к эмоциональным расстройствам, так и расстройствам поведения.

Следует отметить, что 3% мальчиков прибегали к эпизодическому злоупотреблению алкоголем, а 15% девочек-подростков вели аморальный образ жизни (в результате которого получили сексуальную психотравму). Данные расстройства начинались с переключения внимания депрессивной матери, её болезненных переживаний на поведение детей. Дис-

Таблица 1

Тип акцентуации детей

Тип акцентуации	Мальчики (всего 30 чел.)		Девочки (всего 40 чел.)	
	кол-во	%	кол-во	%
Эпилептоидный	3	10	3	8
Неустойчивый	3	10	5	12
Истероидный	3	10	5	12
Психастенический	4	13	7	18
Циклоидный	5	17	3	8
Шизоидный	2	7	5	12
Сенситивный	4	13	7	18
Демонстративный	2	7	4	10
Гипертимный	4	13	1	2

Таблица 2

Доля факторной нагрузки психической травматизации детей

Вид психотравмы		Мальчики	Девочки
		%	%
Острые	– конфликт в семье	3	4
	– криминальные события (изнасилование)	2	2
Хронические	– семейно-бытовые	5	4
	– пролонгированное заболевание матери	19	23
	– вынужденная миграция	3	2
	– комплекс неполноценности	8	7
	– дисгармоничные взаимоотношения в семье	18	17
	– неправильное воспитание	14	13
	– сексуальная психотравма	12	15
– алкогольная зависимость отца	16	15	

гармоничные отношения в семье часто отражались на психическом состоянии здоровья у мальчиков (65%).

Небольшая часть детей (6%) имели нарушения поведенческой активности и психического процесса – внимания. Такие нарушения были связаны с ранним началом (обычно, в первые 3-5 лет жизни) чрезмерно активного поведения с выраженным отсутствием концентрации внимания и отсутствием воли при решении бытовых задач. Дети часто меняли одну форму поведения на другую, теряя интерес к решению одной задачи, и хаотично переключались на решение других. Гиперактивность проявлялась в ситуациях, требующих

относительного спокойствия. Активность детей с эмоциональными расстройствами была чрезмерно высокой по сравнению с нормальными детьми того же возраста и интеллектуального развития. Нарушения свойств внимания и гиперактивность отмечались одновременно в целом ряде ситуаций, связанных с местами обитания: место проживания, школа, лечебное заведение, походы на природу, посещение кинотеатров, магазинов. У 5% детей отмечались разнообразные расстройства, которые классифицируются по МКБ10 как несоциализированные и социализированные, а также другие расстройства психологического развития, такие, как задержка психо-

Таблица 3

Нозологические формы расстройств детей

Нозологические формы	Мальчики (30 чел.)		Девочки (40 чел.)	
	кол-во	%	кол-во	%
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения	12	39,6	18	2,9
Нарушение активности и внимания F90.0	2	6,6	2	6,6
Несоциализированное расстройство поведения F91.1	2	6,6	2	6,6
Социализированное расстройство поведения F91.2	2	6,6	4	13,2
Депрессивное расстройство поведения F92.0	2	6,6	4	13,2
Другие смешанные расстройства поведения и эмоций F92.8	1	3,3	2	6,6
Фобическое тревожное расстройство детского возраста F93.1	2	6,6	2	6,6
Транзиторное тикозное расстройство F95.0	-	-	1	3,3
Неорганический энурез F98.0	1	3,3	-	-
Заикание F98.5	-	-	1	3,3
Умственная отсталость	1	3,3	2	6,6
Лёгкая умственная отсталость F70.0	1	3,3	2	6,6
Нарушения психологического развития	6	19,8	8	26,4
Детский аутизм F84.0	2	6,6	3	2,6
Другие расстройства психологического развития F88.0	4	13,2	5	1,3
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	7	23,1	10	33,0
Расстройства адаптации, кратковременная депрессивная реакция F43.20	3	9,9	4	13,2
Расстройства адаптации, с преобладанием нарушения поведения F43.24	1	3,3	2	6,6
Расстройства адаптации, смешанное расстройство эмоций и поведения F43.25	3	9,9	4	13,2
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	2	6,6	1	3,3
Эпизодическое употребление F10.85	2	6,6	1	3,3



моторного розвитку и сниженное чувство собственного достоинства.

Несоциализированное расстройство поведения отмечалось у 8% детей и характеризовалось агрессивным и вызывающим поведением, которое доходило до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и поэтому являлось более тяжёлым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Это, например, прогулы в школе и уход из дома, которые часто сочетались с неблагоприятным психосоциальным окружением: чрезмерная драчливость или хулиганство; поджоги, воровство, лживость; необычно частые и тяжёлые вспышки гнева; жестокость к другим людям или животным; вызывающее провокационное поведение и постоянное и откровенное непослушание. Об этом свидетельствовало отсутствие эффективной интеграции в группе сверстников, что отличало данный тип расстройства поведения от социализированного расстройства. Часто с этим расстройством поведения сочетались эмоциональные расстройства.

Социализированное расстройство поведения встречалось у 7% детей, обычно хорошо интегрированных в группе сверстников. Им свойственны были адекватные длительные отношения со сверстниками приблизительно того же возраста. Довольно часто группа сверстников состояла из несовершеннелетних, вовлечённых в делинквентную активность, которая включала в себя хулиганство. Нарушались взаимоотношения с жертвами или другими детьми. Взаимоотношения со взрослыми были хорошими, за исключением сотрудников внутренних органов, органов попечительства и прочих надзирательных детских институтов. Эмоциональные расстройства у таких детей были значительными, нарушения поведения чаще наблюдались за пределами семьи – в школьной среде или в других условиях вне семьи.

Ещё больше от конфликтных ситуаций в семье страдали девочки. У девочек (80%) чаще отмечалось депрессивное расстройство поведения, фобическое расстройство детского возраста, другие смешанные расстройства поведения и эмоций.

Депрессивное расстройство поведения характеризовалось сочетанием расстройства поведения детства с постоянной выраженной депрессией, проявляющейся у 9% обследованных детей такими симптомами, как чрезмерное страдание, потеря интересов и удовольствия от разумной активности, самообвинение в возникшем обострении заболевания у матери и безна-

дёжность. Также отмечались нарушения сна и аппетита.

Другие смешанные расстройства поведения и эмоций встречались у 5% детей. Расстройства поведения у детей сочетались с такими эмоциональными расстройствами, как: тревога, страх, эмоциональная напряженность, деперсонализация или дереализация, фобии или ипохондрия.

Фобическое тревожное расстройство отмечалось у 6% детей, оно проявлялось в страхах, сфокусированных на широком диапазоне предметов и ситуаций.

У 7% обследованных детей на фоне хронических психотравм возникало транзиторное тикозное расстройство. Тики обычно имели форму мигания, гримасничанья лица или подёргивания головы.

Неорганический энурез наблюдался у 4% детей, который проявлялся в непроизвольном испусканием мочи днём и ночью, что являлось ненормальным по отношению к интеллектуальному развитию и возрасту ребёнка. Энурез сочетался с более широко распространёнными эмоциональными и поведенческими расстройствами. Эмоциональные проблемы возникали вторично вследствие дистресса или стыда, связанного с энурезом. У части детей энурез выступал как моносимптоматическое состояние.

У 10% детей отмечалось заикание. У этих детей речь характеризовалась частым повторением или пролонгацией звуков, или слогов, или слов, или частыми остановками и нерешительностью в речи, что разрывало её ритмическое течение. Иногда отмечались сопутствующие движения лица и других частей тела, которые совпадали по времени с повторениями, пролонгациями или остановками речи.

Существенную роль в возникновении невротических расстройств у детей играли факторы неправильного воспитания, сексуальная психотравма или сексуальные посягательства, повлёкшие за собой либо преждевременные проявления сексуальности, либо эмоциональную травматизацию с дезактуализацией сексуальной сферы. Большую роль здесь имел такой фактор, как алкогольная зависимость отца.

Детский аутизм, который отмечался у 8% детей, а также лёгкая умственная отсталость – в 4% случаев, были обусловлены наследственным фактором, тяжесть симптоматики которых усиливалась во время обострения АР у матери. Детский аутизм чаще встречался среди обследованных мальчиков и проявлялся в нарушении ролевых и социально-эмитационных игр, отсутствии взаимности в общении;

недостаточной гибкости артикуляции и относительного отсутствия воображения, гибкости мышления; отсутствию эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу. Это состояние характеризовалось также ограниченным, повторяющимся и стереотипным поведением, относительно ограниченными интересами и активностью.

Небольшая умственная отсталость встречалась у 3% детей, которая в первую очередь характеризовалась снижением когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Такие дети часто становились жертвами физического и сексуального насилия.

У половины детей отмечались эмоциональные расстройства и расстройства поведения. При этом у мальчиков чаще встречалось несоциализированное расстройство поведения, у девочек – депрессивное расстройство поведения. Большинство девочек страдали невротическими расстройствами адаптации, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Проведенное исследование свидетельствует о том, что основной психотравмой для детей являлось ДР различного происхождения у матери, которое в большинстве случаев негативно отражалось на их психическом состоянии. Психические расстройства были связаны со стрессовыми факторами (подростковая реакция горя), и возникали у детей с индивидуальной наследственной предрасположенностью к их формированию. Нозологические формы расстройств детей представлены в табл. 3.

Выводы из проведенного исследования. Основным выводом данной работы является утверждение того положения, что ДР различного характера у женщин в большинстве случаев негативно отражаются на психологическом функциональном состоянии их детей и семьи в целом. Нарушения психологического здоровья семьи

при данной патологии у женщин обуславливаются комплексом факторов и требуют коррекции таких нарушений.

Проблема эмоций – одна из самых актуальных в современной психологической науке. Несмотря на то, что эмоции представляются весьма очевидными в человеческой жизни и являются сквозными психическими образованиями, проявляющимися на всех уровнях личности, тем не менее они еще мало изучены, и знания о них практически не структурированы. Глубокая проработка проблемы эмоций возможна совместными усилиями специалистов различных областей психологической науки.

Депрессия опасна для психического здоровья человека, независимо от его возраста, и нуждается в лечении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека / А.М. Аболин. – Казань, 1987. – 261 с.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез / А.И. Захаров. – Л.: Медицина, 1988. – 244 с.
4. Козлова Е.В. Психологические особенности социализации на разных этапах детства: дисс. ... кандидата психол. наук: спец. 19.00.07 / Елена Владимировна Козлова. – М., 1998. – 150 с.
5. Москаленко В.В. Соціалізація особистості / В.В. Москаленко. – К., Український центр політичного менеджменту, 2013. – 538 с.
6. Овсяннікова Я.О. Теоретико-методологічні підходи до аналізу понять емоційної, психологічної стійкості та стресостійкості / Я.О. Овсяннікова // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2009. – Вип. 6. – С. 85–94.
7. Солдатова Е.Л. Структура и динамика нормативного кризиса перехода к взрослости: [монография] / Е. Солдатова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007. – 267 с.
8. Чебыкин А.Я. Проблема эмоциональной устойчивости / А.Я. Чебыкин. – Одесса: Южноукраинский педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 1995. – 195 с.