



Бохан Н.А.^{1,2}, Белокрылова М.Ф.^{1,2}, Никитина В.Б.¹, Гарганеева Н.П.^{1,2}, Аксенов М.М.¹, Рудницкий В.А.¹

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

² Сибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия

Пессимистические размышления у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Бохан Н.А., Белокрылова М.Ф., Никитина В.Б., Гарганеева Н.П. – разработка концепции и дизайна, проведение практической части исследования, анализ и интерпретация данных, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации; Аксенов М.М., Рудницкий В.А. – разработка дизайна.

Подана: 05.08.2021

Принята: 30.12.2021

Контакты: bna909@gmail.com

Резюме

Цель. Изучение клинических и социально-психологических предпосылок возникновения пессимистических размышлений у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет.

Материалы и методы. Проведено сплошное обследование 204 женщин в возрасте 40–65 лет, поступивших в течение года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств. При психологическом обследовании использовались Торонтская алекситимическая шкала, Методика измерения уровня тревожности Тейлора; Шкала оценки астении MFI-20; Тест на стрессоустойчивость; Шкала субъективного благополучия.

Результаты. Выделены две группы женщин в зависимости от отсутствия ($n=118$) или наличия ($n=86$) в течение последнего года разной степени частоты и выраженности пессимистических размышлений, связанных с восприятием себя, своего здоровья, сложившихся отношений в семье и/или на работе, опасениями за будущее, поиском смысла жизни. Женщины с пессимистическими размышлениями отличались более молодым возрастом; более высокими показателями тревожности, алекситимии, менопаузального индекса; низким уровнем стрессоустойчивости и реального субъективного благополучия. У женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет, обнаруживающих пессимистические размышления, можно отметить наличие индикаторов суицидального риска: ситуационные; эмоциональные; когнитивные; реже поведенческие.

Заключение. Выявление пессимистических размышлений у женщин, переживающих период возрастных преобразований, необходимо для своевременной их

диагностики в структуре психического состояния и оказания психотерапевтической помощи, направленной на превенцию аутодеструктивного поведения и повышение качества жизни.

Ключевые слова: женщины, непсихотические психические расстройства, пессимистические размышления, превенция

Bokhan N.^{1,2}, Belokrylova M.^{1,2}, Nikitina V.¹, Garganeeva N.^{1,2}, Axenov M.¹, Rudnitsky V.¹

¹ Mental Health Research Institute Tomsk National Research Medical Center Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

² Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Pessimistic Reflections in Women with Nonpsychotic Mental Disorders Aged 40–65 Years

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Bokhan N., Belokrylova M., Nikitina V. and Garganeeva N. – developed the study concept and design, conducted the practical part of the study, performed data analysis and interpretation, checked out the critical intellectual content, and gave the final approval of the manuscript for publication; Axenov M. and Rudnitsky V. – developed the study design.

Submitted: 05.08.2021

Accepted: 30.12.2021

Contacts: bna909@gmail.com

Abstract

Objective was to study clinical and socio-psychological preconditions for rise of pessimistic reflections in women with nonpsychotic mental disorders aged 40–65 years.

Materials and methods. A continuous examination of 204 women aged 40–65 years hospitalized during a year for nonpsychotic mental disorders was conducted. Psychological examination included use of the Toronto Alexithymia Scale, the Taylor Manifest Anxiety Scale, the Multidimensional Fatigue Inventory, Stress Resistance Test, and the Scale of subjective well-being.

Results. Two groups of women were distinguished depending on absence (n=118) or presence (n=86) within the last year of pessimistic reflections of various degree of frequency and severity related to oneself, own health, emergent relations in the family and/or at work, apprehension of the future, and search for meaning of life. The women with pessimistic reflections were characterized by younger age; higher indices of anxiety, alexithymia, menopausal index; low level of stress resistance and real subjective well-being. In women with non-psychotic mental disorders aged 40–65 years presenting pessimistic reflections the following indicators of suicide risk may be distinguished: situational; emotional; cognitive; and more seldom behavioral.

Conclusions. Identifying the pessimistic reflections in women living through the period of age transformations is necessary for their timely diagnostics in the structure of the female mental health and for the provision of psychotherapeutic care to prevent autodestructive behavior and to heighten the quality of life.

Keywords: women, nonpsychotic mental disorders, pessimistic reflections, prevention

■ ВВЕДЕНИЕ

Из всех онтогенетических периодов в жизни женщины пре- и постменопаузальный периоды характеризуются многозадачностью и длительностью. Период гормональной перестройки отличается неуклонной динамикой, обуславливающей развитие или проявление заболеваний внутренних органов и повышающей уязвимость женщин к стрессовым событиям [1–3].

Когнитивная составляющая внутренних переживаний, характерных для данного периода, тесно связана с эмоциональным восприятием и реагированием и отражается на поведенческом уровне, нередко через радикальные перемены в образе жизни, через разрушение привычных стереотипов и создание новых, неоднозначно принимаемых ближайшим окружением (семьей, коллективом и т. д.). Привносимые гормональной перестройкой симптомы традиционно разделяют на «вегетативные», «метаболические» нарушения и «психоэмоциональные изменения», входящие в «менопаузальный индекс» (Kupperman H.S., 1953). Удельный вес «психоэмоциональных проявлений» в пре- и постменопаузальные периоды достаточно высок [4–6], что увеличивает частоту обращений к психиатрам и госпитализаций в психиатрические стационары. Если даже не рассматривать случаи, когда начало психического расстройства совпадает с возрастом гормональной перестройки [7, 8], то приходится признать, что востребованность психологической поддержки (как минимум) и психиатрической помощи возрастает [9].

Возникающие в климактерический период телесные сенсации, связанные с ними вынужденные ограничения и сопровождающие их мысли по своему контенту бывают настолько непредсказуемыми, что усиливают уязвимость женщины к любым стрессовым событиям, совпадающим с данным периодом, и не исключают аутодеструктивного поведения* в результате истощения личностных ресурсов.

С возрастом связан и опыт преодоления стресса или его отсутствие, и оценка жизненной перспективы [11]. Характерная для пери- и постменопаузального периодов неустойчивость настроения нередко приближается к гипотимии. Может появиться или усилиться не свойственная ранее неуверенность в себе, в собственных силах, что чаще сопровождается бурными вегетативными проявлениями. Восприятие себя, своего тела, возрастных изменений провоцирует либо ограничительное поведение с замыканием на себе, минимизацией контактов вне семьи, либо активизирует потребность в преобразовании и маскировке признаков увядания через косметические операции и другие интервенции.

Женщина испытывает потребность в подтверждении собственной привлекательности, что может быть затруднено в силу объективных причин, так как в возрастной период с 40 до 65 лет часто происходят перемены в семьях (разводы; необходимость ухаживать за престарелыми родителями; болезни супруга; проблемы с детьми) и на работе (повышенные нагрузки, потеря работы, выход на пенсию и т. д.).

Периодически возникающие и/или с течением времени приобретающие навязчивый характер тягостные раздумья (в контексте данной статьи далее – «пессимистические размышления») о неизбежных переменах во внешности, физической привлекательности, возможностях эффективного ролевого функционирования в семье,

* В литературе описан как «пик инволюции» второй подъем суицидальной активности, охватывающий лиц старше 45 лет [10].

обществе становятся основой для формирования немотивированных страхов, ангедонии, пересмотра жизненных ценностей и в критических ситуациях – обесценивания собственной жизни.

Недифференцированные размышления об отсутствии ценности жизни (антивитальные переживания) могут стать фоном для появления суицидальной идеации*.

По данным эпидемиологических исследований более трети пациентов, совершивших суицидальную попытку, сообщали о лично-семейных конфликтах; в 29,9% случаев у них были диагностированы расстройства адаптации (F43.2), менее 3% – депрессивные расстройства (F32) [13]; суицидальные мысли в течение жизни отмечали 25% женщин среднего возраста, 8% из них совершали суицидальные попытки, в половине случаев в возрасте старше 40 лет [14]. Наиболее часто суицидальные тенденции выявлялись у пациентов с депрессивными расстройствами в возрасте 45–60 лет, преобладали тревожные и витальные депрессии [15]. Среди женщин с расстройствами настроения 12% сообщают о суицидальной идеации [16].

Можно предположить, что пессимистические размышления относятся к потенциальным предшественникам антивитальных переживаний. Предрасполагающими факторами для такой трансформации способны стать любые лично значимые стрессовые ситуации. Пессимистические размышления чаще озвучиваются в узком кругу семьи, рабочего коллектива или референтной группы, а также при достигнутом комплаинсе медицинскому работнику. Изучение их во взаимосвязи с психопатологическими расстройствами позволит оценить стрессоустойчивость женщин в период возрастных изменений.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинических и социально-психологических предпосылок возникновения пессимистических размышлений у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование было проведено на базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в результате сплошного обследования 204 женщин в возрасте 40–65 лет, поступивших в течение года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств и подписавших письменное информированное согласие на участие в исследовании. Верификация диагноза текущего психического расстройства осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Согласно условиям включения в группу обследованных вошли пациентки с «Невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами» (F41; F43; F45); «Органическими непсихотическими расстройствами» (F06.4; F06.6); «Аффективными расстройствами» (Дистимия) (F34.1). Исключались случаи верифицированного диагноза шизофрении, деменции, а также аффективные расстройства (кроме дистимии).

* Термин «суицидальная идеация» (Suicidal ideation) широко применяется в специальной литературе. Под ним подразумевают «мысли, которые могут быть фактором риска для последующего фатального и нефатального суицидального поведения», www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf [12].

Использовались методы: клинико-психопатологический, физикальный, психологический, клинико-лабораторный, статистический. При распределении женщин по периодам пери- и постменопаузы учитывались «Этапы старения репродуктивной системы женщин», согласно критериям STRAW+10 (2011) [17]. Выраженность климактерического синдрома оценивали по менопаузальному индексу Куппермана (Kupperman H.S., 1953, в модификации Е.В. Уваровой, 1982). Психологическое обследование включало использование Торонтской алекситимической шкалы (TAS-26, Taylor G.J. et al., 1985), адаптированный вариант по Д.Б. Ереско и др. (1994). Личностную тревожность рассчитывали с помощью Методики измерения уровня тревожности Дж. Тейлора (адаптация Норакидзе). Наряду с ранговой оценкой пациентами утомляемости и настроения для получения количественных показателей выраженности астении (общей, физической, психической астении; пониженной активности, снижения мотивации) применялась Шкала оценки астении MFI-20 (The Multidimensional Fatigue Inventory; Smets E.M.A., Garssen B.J., Bonke B., De Haes J.C., 1995) [18]. Повышенную чувствительность к стрессу выявляли с помощью Теста на стрессоустойчивость [19] по итоговому показателю стрессочувствительности более 86 баллов. Оценку эмоционального компонента субъективного благополучия проводили по Шкале субъективного благополучия (Perrudet-Badoux A., Mendelssohn G., Chiche J., 1988) в адаптации М.В. Соколовой (1996) [20].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics Version 17. Методы непараметрической статистики применялись при сравнении независимых выборок (критерии Краскела – Уоллиса, Манна – Уитни), при изучении взаимосвязи признаков (корреляционный анализ по Спирмену (Rs)). Данные представлялись в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей Ме (Q_1 – Q_3). Анализ таблиц сопряженности осуществлялся с помощью критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера. Критический уровень значимости при проверке гипотез принимался $p=0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 204 женщин на момент обследования в ходе клинического интервьюирования 86 (42,2%) отметили наличие у них с разной степенью частоты и выраженности в течение последнего года пессимистических размышлений, связанных с восприятием себя, своего здоровья, сложившихся отношений в семье и/или на работе, опасениями за будущее. Содержание данных размышлений касалось: признаков возрастных изменений во внешности и фигуре; неуверенности в своих силах; неудовлетворенности отношениями с партнером (мужем); переживания одиночества; разочарования в выборе профессии; обеспокоенности собственным физическим здоровьем; ощущения бесконечности и непереносимости нагрузок в быту и на работе; потери смысла жизни; переживания отсутствия какой-либо поддержки; ощущения ненужности, невостребованности в семье и вне семьи; восприятия безнадежности жизненной ситуации в целом. Примечательно, что перечисленные выше проблемы были актуальны не для всех женщин. Пессимистические размышления явились признаком, по которому пациентки были разделены на две группы: с отсутствием данного признака (группа 1, $n=118$) и его наличием (группа 2, $n=86$).

Проведенный анализ показал, что группы различались по возрасту на момент обследования. Пациентки второй группы были моложе – 50,0 (45,0–56,0), чем женщины из первой группы – 54,0 (48,0–57,0), $p=0,014012$.

При этом 64 женщины из группы 1 (54,2%) и 45 – из группы 2 (52,3%) впервые обратились к психиатру, 27 (22,9%) и 18 (20,9%) соответственно поступили на лечение повторно, 27 (22,9%) и 23 (26,7%) из групп имели три и более госпитализации в анамнезе. Половина пациенток первой группы (50%) и 62,8% во второй группе сказали, что данной госпитализации предшествовали стрессовые ситуации, касающиеся взаимоотношений с супругами, родителями, детьми или проблем на работе (смерть родных, развод, измена, потеря работы, долги, болезнь и т. д.). По данным показателям так же, как по уровню образования, трудовой занятости, семейному положению, пациентки обеих групп значимых различий не имели.

В первой группе женщины, вступившие в период менопаузы, составили 65,3% (77/118), во второй – 50,0% (43/50) ($F=4,779$; $p=0,001$). По возрасту начала менопаузы различий между группами не выявлено. Число женщин в периоде постменопаузы в первой группе было значимо выше, по сравнению с женщинами второй группы; при этом 25,6% пациенток второй группы находились в периоде перименопаузы чаще, чем 13,6% в первой ($F=4,667$; $p=0,001$).

Структура непсихотических психических расстройств в группах 1 и 2 представлена в табл. 1. Значимо чаще в первой группе выявлялись «Органические непсихотические расстройства», в то время как во второй группе – «Другие тревожные расстройства» (в частности «Паническое расстройство») и три случая «Соматоформных расстройств». По удельному весу диагноза «Расстройства адаптации» различий между группами не наблюдалось.

Учитывались случаи коморбидных психических расстройств: у 32 женщин с расстройством адаптации, 11 с тревожными расстройствами в первой группе и

Таблица 1
Структура непсихотических психических расстройств у женщин на момент обследования
Table 1
Structure of non-psychotic mental disorders in women at the moment of examination

Расстройство	Шифр по МКБ-10	Группа 1, n=118		Группа 2, n=86		χ^2 ; df; p
		n	%	n	%	
Расстройства адаптации	F43	60	50,85	37	43,02	$\chi^2=13,56$; df=4; $p_2=0,008836$
		F=1,227; $p_1=0,158$				
Органические непсихотические расстройства	F06.4 F06.6	38	32,2*	17	19,76*	
		*F=4,056; $p_1=0,001$				
Другие тревожные расстройства	F41	15	12,71**	23	26,74**	
		**F=6,371; $p_1=0,001$				
Аффективные расстройства	F34.1	5	4,24	6	6,98	
		F=0,716; $p_1=0,954$				
Соматоформные расстройства	F45	–	–	3	3,5	
		F=7,047; $p_1=0,001$				
Всего		118	100,0	86	100,0	

Примечания: p_1 – статистическая значимость различий между группами по критерию Фишера; p_2 – статистическая значимость различий между группами по критерию χ^2 Пирсона.

соответственно у 17 и 9 – во второй группе вторым диагнозом было «органическое астеническое расстройство». Общее число случаев органических расстройств составило 68,6% (81 из 118 пациенток) в группе 1 и 50,0% (43 из 86 женщин) в группе 2. Как следствие, выявлены значимые различия между группами по ведущему психопатологическому синдрому ($\chi^2=17,60$; $df=4$; $p=0,001476$). Можно было бы ожидать преобладания во второй группе, отличающейся наличием пессимистических размышлений, большей частоты депрессивного и тревожно-депрессивного синдромов. Однако, как показал анализ, по удельному весу депрессивного и тревожно-депрессивного синдромов различий между группами не выявлено. Первая группа значительно отличалась по частоте астенического синдрома (44,1% против 18,6%) ($F=15,606$; $p=0,001$), вторая группа – по частоте тревожного (16,1% – в первой группе против 24,4% – во второй; $F=2,152$; $p=0,001$) и тревожно-фобического синдромов (3,4% – в первой и 11,6% – во второй группе; $F=5,276$; $p=0,001$). Согласно данным литературы, увеличение проявлений тревожного компонента при гипотимии сопровождается изменением содержания и направленности переживаний [21], приводит к повышению суицидального риска [22].

В большинстве случаев в симптомокомплекс текущего состояния женщин входила повышенная утомляемость. В результате ранговой оценки выраженности утомляемости отрицали наличие данного симптома в первой группе 6 женщин, во второй – 2. Периодически возникающие состояния утомляемости чаще отмечались в группе 1. Жаловались на постоянную выраженную утомляемость значительно чаще пациентки из второй группы (табл. 2).

При сопоставлении предъявляемых жалоб на утомляемость с показателями субшкал MFI-20 получены статистически значимые корреляции в зависимости от выраженности утомляемости в первой группе по всем субшкалам, наиболее существенные по суммарному показателю астении ($R_s=0,49$; $p=0,000001$), субшкалам

Таблица 2
Ранговая оценка выраженности утомляемости у женщин группы 1 и группы 2 на момент обследования
Table 2
Rank evaluation of the severity of the fatigue in women of group 1 and group 2 at the moment of the examination

Ранговая оценка выраженности утомляемости	Группа 1, n=118		Группа 2, n=86		χ^2 ; df; p
	n	%	n	%	
Нет жалоб на утомляемость	6	5,1	2	2,3	$\chi^2=12,67$; $df=3$; $p_2=0,005406$
	$F=1,093$; $p_1=0,326$				
Периодически возникающие состояния утомляемости	26	22,0*	6	7,0*	
	$*F=9,736$; $p_1=0,001$				
Часто возникающие состояния утомляемости	47	39,8	33	38,4	
	$F=0,045$; $p_1=1,000$				
Постоянная выраженная утомляемость	39	33,1**	45	52,3**	
	$**F=7,662$; $p_1=0,001$				
Всего	118	100	86	100	

Примечания: p_1 – статистическая значимость различий между группами по критерию Фишера; p_2 – статистическая значимость различий между группами по критерию χ^2 Пирсона.

Таблица 3
Показатели астении по Шкале MFI-20 у женщин группы 1 и группы 2 на момент обследования (Me (Q₁–Q₃))
Table 3
Indices of the fatigue according to MFI-20 in women of group 1 and group 2 at the moment of the examination (Me (Q₁–Q₃))

Показатели	Группа 1, n=118	Группа 2, n=86	p	U	Z
Суммарный показатель астении	55,5 (48,0–62,0)	66,0 (58,0–72,0)	0,000000	2912,5	-5,19133
Общая астения	14,0 (11,0–16,0)	16,0 (13,0–18,0)	0,000249	3548,5	-3,66383
Пониженная активность	11,0 (8,0–13,0)	13,0 (11,0–16,0)	0,000028	3330,0	-4,18861
Снижение мотивации	8,5 (6,0–11,0)	11,0 (8,0–13,0)	0,000038	3360,0	-4,11656
Физическая астения	12,0 (10,0–14,0)	13,0 (11,0–16,0)	0,000612	3647,5	-3,42606
Психическая астения	10,0 (7,0–12,0)	12,0 (9,0–14,0)	0,000654	3655,0	-3,40805

Примечание: p – статистическая значимость различий между группами по U-критерию Манна – Уитни.

«Общая астения» ($R_s=0,58$; $p=0,000001$), «Физическая астения» ($R_s=0,41$; $p=0,000003$). Соответствующие корреляции во второй группе были выражены слабее.

Выявлены значимые различия между группами по всем показателям Шкалы оценки астении MFI-20: более высокие показатели (следовательно, и выраженность астении) отмечены во второй группе, в частности суммарный показатель астении, по субшкалам «Общая астения», «Пониженная активность», «Снижение мотивации», «Физическая астения», «Психическая астения» (табл. 3).

Значимые различия между группами обнаружены по удельному весу жалоб на настроение различной степени выраженности ($\chi^2=30,28$; $df=3$; $p=0,000001$). Так, в первой группе число пациенток, не предъявлявших таких жалоб, было выше: 44 (37,3%) из 118 пациенток, чем во второй группе – 8 (9,3%) из 86 ($F=23,958$; $p=0,001$). Количество женщин, отмечавших неустойчивость, изменчивость настроения в течение суток, в группах существенно не отличалось. Пациентки с жалобами на сниженное настроение в первой группе составили 26 (22,03%) человек, во второй – 38 (44,2%) ($F=11,328$; $p=0,001$), а оценившие свое настроение как «полная апатия» соответственно 2 (1,7%) и 9 (10,5%) ($F=7,891$; $p=0,001$).

Выявленные жалобы на сниженное настроение и наблюдаемая гипотимия у пациенток второй группы позволяют объяснить наличие пессимистических размышлений. Но поскольку условиями отбора исключались все случаи аффективных расстройств, кроме дистимии, был проведен анализ факторов, характеризующих психическое и соматическое состояние пациенток с максимально выраженными жалобами на сниженное настроение. В первой группе это были 28 (23,7%) из 118 женщин, во второй – 47 (54,7%) из 86. Данные подгруппы существенно различались по частоте тревожных расстройств (18% против 30%) и случаев патологии щитовидной железы (32,1% против 55,3%) с более высокими показателями у женщин с пессимистическими размышлениями по сравнению с пациентками без них.

В целом группы 1 и 2 не имели различий по частоте таких симптомов, как головная боль, наблюдавшаяся у 73% (86/118) пациенток первой группы и 76,7% (66/86) – второй группы; головокружение (соответственно 57,6% (68) и 65,1% (56)); нарушения сна (78,8% (93) и 87,2% (75)); сонливость (44,1% (52) и 54,7% (47)); «приливы жара»

(39,8% (47) и 48,8% (42)); приступы удушья (15,3% (18) и 24,4% (21)); вегетативные кризисы (28% (33) и 38,4% (33)). Но были выявлены различия по частоте жалоб на нарушения концентрации внимания и памяти, значимо чаще встречавшиеся у пациенток группы 1 (58,5%) в отличие от женщин второй группы (40,7%) ($\chi^2=6,29$; $df=1$; $p=0,012138$; $F=6,351$; $p=0,001$). В то же время во второй группе значимо чаще преобладали пациентки с повышенной возбудимостью, раздражительностью ($\chi^2=7,35$; $df=1$; $p=0,006699$; $F=7,547$; $p=0,001$), а также пациентки, испытывавшие сердцебиение в покое ($\chi^2=4,12$; $df=1$; $p=0,042373$; $F=4,151$; $p=0,001$).

Сравнительный анализ группы 1 и группы 2 показал отсутствие значимых различий по частоте таких сопутствующих заболеваний, как гипертоническая болезнь (соответственно по группам – 79,7% (94/118) и 71,0% (61/86)), болезни щитовидной железы (чаще хронический тиреодит) – 47,5% (56/118) и 50,0% (43/86), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 39,8% (47) и 39,5% (34), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 23,0% (27) и 16,3% (14), синдром раздраженного кишечника – 15,3% (18) и 14,0% (12), сахарный диабет 2-го типа – 6,8% (8) и 3,5% (3), нарушение толерантности к глюкозе – 14,4% (17) и 9,3% (8), ожирение – 39,8% (47) и 33,7% (29) и другие. В то же время в группе 1 наблюдалось больше случаев с дислипидемией (58,5%) по сравнению с группой 2 (44,2%) ($\chi^2=4,07$; $df=1$; $p=0,043594$; $F=4,088$; $p=0,001$). Примечательно, что группы различались по возрасту постановки диагноза «гипертоническая болезнь» ($p=0,032584$; $U=2283,5$; $Z=-2,13718$), который составил 48,0 (43,0–52,0) года в первой группе и 45,0 (41,0–49,0) года во второй группе.

Для пациенток с пессимистическими размышлениями (группа 2) в отличие от женщин без них (группа 1) были характерны более высокие показатели уровня тревожности, алекситимии, менопаузального индекса, итогового показателя стрессочувствительности, а также субъективного благополучия, соответствующие низкому уровню реального эмоционального благополучия женщин второй группы (табл. 4).

Таблица 4

Показатели уровня тревожности, алекситимии, менопаузального индекса, стрессочувствительности, субъективного благополучия в группах 1 и 2 (Me (Q₁–Q₃))

Table 4

Indicators of the levels of anxiety, alexithymia, menopausal index, stress sensitivity and subjective well-being in groups 1 and 2 (Me (Q₁–Q₃))

Показатели (в баллах)	Группа 1, n=118	Группа 2, n=86
Уровень тревожности	23,0 (17,0–28,0) $p=0,000000$; $U=2257,5$; $Z=-6,76446$	31,0 (27,0–34,0)
Уровень алекситимии	63,5 (57,0–74,0) $p=0,000037$; $U=3356,5$; $Z=-4,12496$	73,0 (63,0–79,0)
Менопаузальный индекс	28,0 (23,0–35,0) $p=0,000000$; $U=2771,5$; $Z=-5,52997$	37,0 (30,0–43,0)
Итоговый показатель стрессочувствительности	65,0 (42,0–90,0) $p=0,000000$; $U=2632,0$; $Z=-5,86501$	97,0 (74,0–115,0)
Субъективное благополучие	6,0 (4,0–7,0) $p=0,000000$; $U=2912,0$; $Z=-5,19253$	7,0 (6,0–8,0)

Примечание: p – статистическая значимость различий между группами по U-критерию Манна – Уитни.

Проведенный анализ показал, что возникающие в предменопаузальном периоде симптомы, сопряженные с начинающейся гормональной перестройкой, для большинства женщин являются неожиданными, они довольно продолжительное время лишены диагностической определенности и однозначности. Пациентки, в состоянии которых присутствуют выраженные вегетативные симптомы, проявления тревоги, страха, наряду с астенией, отмечают неустойчивое настроение с тенденцией к гипотимии и «пессимистические размышления», часто подкрепляемые неудовлетворенностью ближайшего окружения (членов семьи, коллег по работе), снижением активности, работоспособности, результативности пациенток и их фиксацией на своем здоровье. Отсутствие или недостаток понимания, поддержки при сформировавшихся стереотипах обязательного выполнения и служебных, и домашних дел (с которыми стало сложно справляться) в рамках ролевого функционирования женщины усугубляют ее самочувствие.

К преодолеваемому физиологическому состоянию, связанному с очередным возрастным этапом, присоединяются симптомы психоэмоциональной перегрузки вплоть до стойких психопатологических проявлений, на фоне которых любая личностно значимая стрессовая ситуация может привести к расстройству адаптации. При этом возникающие пессимистические размышления охватывают широкий диапазон переживаний, касающихся не только психострессоров, но и по сути экзистенциальных проблем (обусловленных ситуацией выбора принятия/непринятия возрастных изменений и обостренной осознанием возраста «ревизией» достигнутого в жизни).

Востребованность обществом, равно как партнерами (мужьями), здоровой, ухоженной, эмоционально уравновешенной женщины обостряет внутренний конфликт самой женщины, для которой соответствие этим ожиданиям становится на неопределенный срок трудновыполнимо в связи с выраженной астенией [23], физическим дискомфортом и психологическими переживаниями дефицита ресурсов и неизбежности «взростления».

На этом этапе важно своевременное обращение женщины к психотерапевту, так как человек, пребывающий в жизненной ситуации, обуславливающей пессимистическое восприятие действительности, еще может быть открыт для психокоррекционного взаимодействия. Своевременно оказанная психологическая и/или психотерапевтическая помощь позволит предотвратить нарастающую самоизоляцию пациента, фиксацию на негативных событиях. В противном случае усугубление пессимистических размышлений чувством безнадежности и утраты смысла становится предпосылкой для формирования стойких психопатологических симптомов в рамках непсихотических психических расстройств, в крайних случаях может произойти трансформация пессимистических размышлений в антивитальные переживания. Предостережение в отношении последнего обусловлено тем, что в результате проведенного анализа был выделен ряд «индикаторов суицидального риска» [24] у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет, обнаруживающих пессимистические размышления, в частности ситуационные (в 62,8% случаев их госпитализации предшествовали трудные жизненные ситуации (смерть родных, развод, измена, потеря работы, долги, болезнь и т. д.); эмоциональные (большой удельный вес тревожных и тревожно-фобических расстройств; более половины женщин жаловались на постоянную, выраженную утомляемость, а также

сниженное настроение; группа отличалась частотой повышенной раздражительности, возбудимости); когнитивные (наличие негативных оценок себя, будущего; фиксация на неизбежности возрастных изменений внешности и физической привлекательности, иногда доходящих до суицидальных мыслей (суицидальной идеации)) и реже – поведенческие (когда наблюдалась самоизоляция, чаще вынужденная в связи с утратой родственников, супруга или выходом на пенсию).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее уязвимыми к стрессу оказались пациентки, которые фиксированы на любых даже незначительных возрастных изменениях и чрезмерно погружены в пессимистические размышления, касающиеся утраченных внешних данных, бесперспективности будущего и бессмысленности что-либо предпринять для улучшения ситуации. Эти пациентки отличались более молодым возрастом (при этом 25,6% из них находились в периоде перименопаузы, 50% – в периоде постменопаузы); большей частотой тревожных и тревожно-фобических расстройств; более высокими показателями тревожности, алекситимии, менопаузального индекса; низким уровнем стрессоустойчивости и реального субъективного благополучия.

При проведении комплексного обследования женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет в случаях выявления пессимистических размышлений (как обязательного объекта для диагностики) должна быть своевременно оказана психолого-психотерапевтическая помощь, направленная на превенцию аутодеструктивного поведения и повышение качества жизни женщины.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Stewart A.L., Kathawalla U.K., Wolfe A.G., Everson-Rose S.A. (2018) Women's heart health at mid-life: what is the role of psychosocial stress? *Womens Midlife Health*, vol. 4, no 11. doi: 10.1186/s40695-018-0041-2
2. Sievert L.L., Huicochea-Gómez L., Cahuich-Campos D., Ko'omoa-Lange D.L., Brown D.E. (2018) Stress and the menopausal transition in Campeche, Mexico. *Womens Midlife Health*, vol. 4, no 9. doi: 10.1186/s40695-018-0038-x
3. Grochans E., Szkup M., Kotwas A., Kopec J., Karakiewicz B., Jurczak A. (2018) Analysis of Sociodemographic, Psychological, and Genetic Factors Contributing to Depressive symptoms in Pre-, Peri- and Postmenopausal Women. *Int J Environ Res Public Health*, vol. 15, no 4, p. 712. doi: 10.3390/ijerph15040712
4. Tabolina A.A. (2017) Osobennosti psihopatologicheskikh narushenij u zhenshchin v perimenopauze [Peculiarities of psychopathological violations in women in perimenopause]. *Medical news*, no 8, pp. 60–65. (in Russian).
5. Bromberger J.T., Kravitz H.M., Chang Y., Randolph J.F.Jr., Avis N.E., Gold E.B., Matthews K.A. (2013) Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of women's health across the nation. *Menopause*, vol. 20, no 5, pp. 488–495. doi: 10.1097/GME.0b013e3182730599
6. Barazzetti L., Pattussi M.P., Garcez Ada S., Mendes K.G., Theodoro H., Paniz V.M., Olinto M.T. (2016) Psychiatric disorders and menopause symptoms in Brazilian women. *Menopause*, vol. 23, no 4, pp. 433–440. doi: 10.1097/GME.0000000000000548
7. Perich T., Ussher J., Meade T. Menopause and illness course in bipolar disorder: A systematic review. (2017) *Bipolar Disorders*, vol. 19, no 6, pp. 434–443. doi: 10.1111/bdi.12530
8. Bromberger J.T., Epperson C.N. (2018) Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 45, no 4, pp. 663–678. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.007
9. Yureneva S.V., Ermakova E.I. (2017) Vedenie zhenshchin s menopauzal'nymi rasstrojstvami (obzor klinicheskikh rekomendacij) [The management of women with menopausal disorders (review of clinical guidelines)]. *Russian Journal of Human Reproduction*, vol. 23, no 5, pp. 115–122. doi: 10.17116/repro2017235115-122 (in Russian).
10. Borovkova E.I. (2017) Klinicheskie proyavleniya, diagnostika i vedenie pacientov v peri- i menopause [Clinical manifestations, diagnosis, and management of perimenopausal and menopausal patients]. *Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist*, vol. 17, no 3, pp. 112–117. doi: 10.17116/rosakush2017173112-117 (in Russian).
11. Baryl'nik Yu.B., Bachilo E.V., Antonova A.A. (2011) Struktura zavershennyh i nezavershennyh suicidov na territorii Saratovskoj oblasti (po dannym za 2001–2010 gg.) [The structure of complete and incomplete suicides in the Saratov region (data for 2001–2010)]. *Suicidology*, vol. 2, no 4, pp. 36–40 (in Russian).
12. Zotov P.B. (2013) Psixoterapiya suicidal'nogo povedeniya: vozrastnoj aspekt [Psychotherapy of suicidal behavior: age aspect]. *Academic Journal of Western Siberia*, vol. 9, no 3, pp. 52–54 (in Russian).
13. Crosby A.E., Ortega L., Melanson C. (2011) Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>

14. Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N., Astaxova L.V., Bachilo E.V., Bukin S.I., Vinokurova A.S., Grinchenko O.N., Ivashinenko D.M., Konoplenko E.R., Saxarov A.V., Serdyuk O.V. (2018) Kompleksnaya (e'pidemiologicheskaya, kliniko-social'naya i e'konomicheskaya) ocenka parasuicidov kak prichin gospitalizacij v mnogoprofil'ny'e bol'nicy [Integrated (epidemiological, clinical, social, and cost) assessment of parasuicides as the reasons of hospitalization in multidisciplinary hospitals]. *Suicidology*, vol. 9, no 3, pp. 16–29. doi: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-16-29 (in Russian).
15. Lyubov E.B., Zotov P.B. (2018) Diagnostika suicidal'nogo povedeniya i ocenka stepeni suicidal'nogo riska. Soobshhenie II [Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report II]. *Suicidology*, vol. 9, no 2, pp. 16–29 (in Russian).
16. Belov O., Pshuk N. (2020) Some Trend of Clinical Phenomenology of Modern Depressive Disorders. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, vol. 11, no 1, pp. 98–104. doi: 10.34883/Pl.2020.11.1.009
17. Mandelli L., Nearchou F.A., Vaiopoulos C., Stefanis C.N., Vitoratou S., Serretti A., Stefanis N.C. (2015) Neuroticism, social network, stressful life events: association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry Res*, vol. 226, no 1, pp. 38–44. doi: 10.1016/j.psychres.2014.11.001
18. Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. (1995) The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res*, vol. 39, no 5, pp. 315–325.
19. Shcherbatyh Yu.V. (2006) *Psihologiya stressa i metody korrekcii* [Psychology of stress and methods of correction]. St. Petersburg: Piter, 256 p. (in Russian)
20. Sokolova M.V. (1996) *Shkala sub'ektivnogo blagopoluchiya* [Subjective Well-being Scale]. 2-e izd. Yaroslavl: NPC «Psihodiagnostika», 11 p. (in Russian)
21. Krylov V.I., Retyunskij K.Yu., Zotov P.B. (2018) Suicidal'nye fantazii pri depressivnyh sostoyaniyah [Suicidal fantasies in depressive conditions]. *Suicidology*, vol. 9, no 3, pp. 98–103. doi: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-98-103 (in Russian).
22. Vasil'ev V.V., Kovalev Yu.V., Imasheva E.R. (2014) Suicidal'nyj risk povyshayut trevoga i chuvstvo viny [Suicidal ideas in depressive syndrome]. *Suicidology*, vol. 5, no 1, pp. 30–35 (in Russian).
23. Belokrylova M.F., Garganeeva N.P., Nikitina V.B., Epanchintseva E.M. (2020) Asteniya kak aktual'naya problema zdorov'ya zhenshchin s nepsihoticheskimi psichicheskimi rasstrojstvami: vozrastnoj aspekt [Asthenia as a pressing health issue for women with non-psychotic mental disorders: age perspective]. *Bulletin of Siberian Medicine*, vol. 19, no 1, pp. 21–28. doi: 10.20538/1682-0363-2020-1-21-28 (in Russian).
24. Malkina-Pyh I.G. (2005) *Ekstremal'nye situacii* [Extreme situations]. Moscow: Eksmo, 960 p. (in Russian)