

Психологические характеристики микросоциального окружения как предикторы ремиссии у пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами

Бочаров В.В.^{1,2}, Шишкова А.М.¹, Дубинина Е. А.^{1,5}, Караваева Т. А.^{1,2,3,4}, Старунская Д.А.¹, Черная Ю. С.¹, Сарайкин Д. М.¹, Винникова А. Ю.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

³Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁴Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

⁵Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Широкая представленность среди российского населения депрессивных и тревожных расстройств, проявляющихся как в виде самостоятельных нозологических форм, так и в виде коморбидных состояний, обуславливает значимость изучения факторов, определяющих их этиопатогенез. Микросоциальное окружение больного традиционно рассматривается в качестве значимого предиктора, во многом детерминирующего течение депрессивных и тревожных расстройств. Вместе с тем наблюдается недостаток исследований, раскрывающих соотношение психологического содержания переживаний родственников с выраженностью симптоматики и клинической динамикой состояния пациентов.

Целью исследования явилось определение значения психологических характеристик микросоциального окружения пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами для прогноза клинической динамики их состояния в процессе стационарного лечения и в катамнезе (спустя шесть месяцев после выписки). На основе обследования 50 пациентов (17 мужчин, 33 — женщины, средний возраст 27,81 [SD=9,96] лет) и 50 родственников (16 мужчин, 34 женщин, средний возраст 48,04 [SD=11,45] лет) показано, что характер отношения к болезни близкого и восприятие родственником больного семейной ситуации оказываются взаимосвязанными с показателями, отражающими динамику становления ремиссии пациентов. В частности, на этапе стационарного лечения условием, способствующим улучшению состояния пациента, является эмоциональная поддержка со стороны близкого, а для формирования устойчивой ремиссии в отсроченной перспективе значение имеет наличие понятных семейных правил, упорядоченность, иерархичность отношений, а также внимание к морально-нравственным аспектам в семье.

Полученные данные говорят о важности системного подхода в психотерапии депрессивных и тревожных расстройств, учитывающего как индивидуальные психологические особенности пациентов, так и характеристики их микросоциального окружения.

Ключевые слова: тревога, депрессия, нарушения сна, ремиссия, родственники больных.

Информация об авторах

Бочаров Виктор Викторович — e-mail: bochvik@gmail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>

Шишкова Александра Михайловна* — e-mail: shishaspb@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>

Дубинина Елена Александровна — e-mail: trifonovahelen@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1740-6659>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Старунская Диана Андреевна — e-mail: dianastarunskaya@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

Черная Юлия Сергеевна — e-mail: psiheja13@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2646-2145>

Сарайкин Дмитрий Михайлович — e-mail: saraikindm@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0561-4736>

Винникова Анастасия Юрьевна — e-mail: vinnikovaanastasia@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-1425-2547>

Как цитировать: Бочаров В.В., Шишкова А.М., Дубинина Е.А., Караваева Т.А., Старунская Д.А., Черная Ю.С., Сарайкин Д.М., Винникова А.Ю. Психологические характеристики микросоциального окружения как предикторы ремиссии у пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2024; 58:4-2:65-77. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-4-1013>.

Конфликт интересов: Бочаров В.В., Караваева Т.А. являются членами редакционной коллегии.

Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБОУ «НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024-2026 гг. (XSOZ) 2024 0014

Psychological characteristics of the microsocial environment as predictors of remission among patients with depressive and anxiety neurotic disorders

Victor V. Bocharov^{1,2}, Alexandra M. Shishkova¹, Elena A. Dubinina^{1,5}, Tatiana A. Karavaeva^{1,2,3,4},

Diana A. Starunskaya¹, Yulia S. Chernaya¹, Dmitry M. Saraykin¹, Anastasia Yu. Vinnikova¹

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia

²Saint-Petersburg State University, Russia

³St. Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

⁴N.N. Petrov Research Institute of Oncology, St. Petersburg, Russia

⁵Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. The wide representation among the Russian population of depressive and anxiety disorders, manifested both in the form of independent nosological forms and in the form of comorbid conditions, determines the importance of studying the factors that determine their etiopathogenesis. The patient's microsocial environment is traditionally considered as a significant predictor, largely determining the course of depressive and anxiety disorders. At the same time, there is a lack of studies revealing the ratio of the psychological content of relatives' experiences with the severity of symptoms and clinical dynamics of the patient's condition.

The aim of the study was to determine the value of the psychological characteristics of the microsocial environment of patients with depressive and anxiety disorders for predicting the clinical dynamics of their condition during inpatient treatment and in catamnesis (six months after discharge). Based on the investigation of 50 patients (17 men, 33 women, average age 27.81 [SD = 9.96] years) and 50 relatives (16 men, 34 women, average age 48.04 [SD = 11.45] years), it was shown that the nature of the relationship to the disease of a loved one and the perception of family situation by relative are interrelated with indicators reflecting the dynamics of patients' remission. In particular, emotional support from a loved one contributes to the of the patient's improvement at the inpatient treatment phase. And the presence of understandable family rules, orderliness, hierarchical relationships, as well as attention to moral aspects in the family contributes to the stabilization of remission in a delayed perspective.

The data obtained indicate the importance of a systematic approach in the psychotherapy of depressive and anxiety disorders, taking into account both the individual psychological characteristics of patients and the characteristics of their microsocial environment.

Keywords: anxiety, depression, sleep disorders, remission, relatives of patients.

Information about the authors:

Victor V. Bocharov — e-mail: bochvik@gmail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>

Alexandra M. Shishkova* — e-mail: shishaspb@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9707-138X>

Elena A. Dubinina — e-mail: trifonovahelen@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1740-6659>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Diana A. Starunskaya — e-mail: dianastarunskaya@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

Yulia S. Chernaya — e-mail: psiheja13@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2646-2145>

Dmitry M. Saraykin — e-mail: saraikindm@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0561-4736>

Anastasia Yu. Vinnikova — e-mail: vinnikovaanastasia@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0008-1425-2547>

To cite this article: Bocharov VV, Shishkova AM, Dubinina EA, Karavaeva TA, Starunskaya DA, Chernaya YuS, Saraykin DM, Vinnikova AYU. Psychological characteristics of the microsocial environment as predictors of remission among patients with depressive and anxiety neurotic disorders. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024; 58:4-2:65-77. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1013>. (In Russ.)

Conflict of interest: Victor V. Bocharov, Tatiana A. Karavaeva are members of the editorial board.

The study was carried out within the framework of the state assignment of the Federal State Budgetary Educational Institution "V.M. Bekhterev' National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation for 2024-2026. (XSOZ) 2024 0014.

Депрессивные и тревожные расстройства в настоящее время сохраняют одно из ведущих мест в структуре психических заболеваний в России [2, 5]. Кроме самостоятельных нозологических единиц они часто представлены коморбидными состояниями, что в значительной степени затрудняет их верификацию и терапию. Исследователи отмечают важную роль нарушения семейных отношений как психогенного фактора в развитии депрессивных и тревожных клинических проявлений, предиктора их возможной неблагоприятной динамики, а также существенное негативное влияние данной патологии на качество жизни и самого пациента, и его близких [6, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 25].

Наличие «порочного круга», образуемого взаимосвязью между психической патологией у пациента и нарушениями его семейных/супружеских отношений [26], определяет необходимость системного подхода в терапии.

Вместе с тем к настоящему времени отмечается недостаток исследований, раскрывающих психологическое содержание переживаний родственников пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами в соотношении с клинической динамикой состояния их близких. Такие данные позволили бы углубить понимание психологической динамики в семьях пациентов и определить пути оптимальной помощи как больному, так и семье в целом.

Целью исследования явилось определение значения психологических характеристик микросоциального окружения пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами для прогноза клинической динамики их состояния в процессе стационарного лечения и в катамнезе (спустя шесть месяцев после выписки).

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (отделение лечения пограничных психических расстройств и психотерапии) в 2024 году.

В исследование были включены пациенты с изолированными и коморбидными депрессивными психическими расстройствами аффективного спектра и тревожными невротическими расстройствами, а также их родственники, вовлеченные в ситуацию лечения. Объединение пациентов данных клинических групп было основано на определенной общности клинической картины, обусловленной нарушениями эмоционально-волевой сферы, выраженности психогенного компонента в развитии и динамике расстройств, сходстве пси-

хологического содержания ситуации болезни для близких.

Психодиагностическое обследование родственников осуществлялось на 2-3 день после госпитализации пациентов. Обследовались родственники, в наибольшей степени вовлеченные в ситуацию госпитализации и лечения пациента.

Обследование пациентов осуществлялось в три этапа: 1) при поступлении в стационар, 2) за 1-2 дня перед выпиской и 3) в катамнезе (спустя шесть месяцев после выписки).

Психодиагностическое обследование родственников реализовывалось медицинским психологом и включало следующие опросники, направленные на оценку отношения к болезни близкого и восприятия семейной ситуации: «Уровень эмоционального выгорания родственников» [4], «Оценка негативных последствий болезни близкого» [3], «Шкала семейного окружения» [6].

Пациенты были обследованы врачом-психиатром с применением клинического метода, включающего клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и клиничко-патогенетический методы. Осуществлялась интегральная оценка тяжести состояния при поступлении, выписке и в катамнезе на основании градации, используемой в «Шкале общего клинического впечатления» (Clinical Global Impression Scale, CGI) [10].

Степень расстройства:

- Отсутствует — 1 балл
- Очень слабо выраженное — 2 балла
- Слабо выраженное — 3 балла
- Умеренно выраженное — 4 балла
- Выраженное — 5 баллов
- Тяжелое — 6 баллов
- Чрезвычайно выраженное — 7 баллов.

Критерии включения родственников:

- добровольное информированное согласие;
- возраст от 18 лет до 74 лет (молодой, средний, пожилой возраст);
- вовлеченность в ситуацию лечения и госпитализации пациента (определение себя как основного лица, вовлеченного в ситуацию лечения, госпитализации);
- отсутствие диагностированных психических расстройств и соматических заболеваний в стадии обострения (по самоотчету).

Критерии включения пациентов:

- добровольное информированное согласие;
- возраст от 18 лет до 74 лет (молодой, средний, пожилой возраст);
- диагностированное непсихотическое депрессивное или тревожное психическое расстройство (или их комбинация как коморбидное состояние) с выраженным психогенным компонентом (F3, F4), клинически проявляющееся симптомами эмо-

ционально-волевых (тревожные, фобические, депрессивные), функциональных сомато-вегетативных нарушений, нарушений сна, и требующее комбинированного психофармакологического и психотерапевтического лечения;

- отсутствие психотических симптомов, расстройств интеллекта, химических аддикций;
- отсутствие диагностированных соматических заболеваний в стадии обострения.

Было обследовано 50 пациентов (17 мужчин, 33 — женщины, средний возраст 27,81 [SD=9,96] лет) и 50 родственников (16 мужчин, 34 женщин, средний возраст 48,04 [SD=11,45] лет), из них 36 — родителей и 14 — супругов пациента. Клинические и социально-демографические данные обследованных представлены в Табл.1.

Методы математико-статистического анализа данных. Полученные данные анализировались с использованием мер описательной статистики (частота, среднее, стандартная ошибка среднего, медиана, межквартильный размах). Нормальность распределения количественных показателей оценивалась с применением критерия Шапиро-Уилка. Сопряженность признаков оценивалась на основании критерия хи-квадрат, различия в подгруппах по количественным переменным — с использованием t-критерия Стьюдента (при нормальном распределении признака) и U-критерия Манна – Уитни (при распределении, отличающемся от нормального). Взаимосвязь между признаками определялась с применением коэффициентов ранговой корреляции Спирмена. Оценка динамики показателей с ненормальным распределением осуществлялась с применением критерия Уилкоксона.

Результаты

Отношение к болезни близкого и восприятие семейной ситуации у родственников пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами

Результаты психодиагностической оценки отношения обследованных родственников к болезни близкого и восприятия семейной ситуации представлены в Табл.2. Как следует из табл. 2, доминирующими переживаниями в связи с ситуацией болезни родственника является беспокойство, отмечается высокая степень объективного бремени болезни (затраты времени, сил, финансов в связи с болезнью близкого), но вместе с тем и высокий уровень готовности преодолеть трудности, связанные с болезнью и лечением, доверие к специалистам. Обследованные родственники оценивают свои семейные отношения как преимущественно неконфликтные, с относительно низким уровнем взаимного контроля и иерархичности отношений.

Тяжесть состояния пациента на момент поступления по оценке специалиста была обратно связана с единственным психологическим пока-

зателем родственника — оценкой конфликтности семейных взаимоотношений ($r=-0,37$, $p=0,008$). Длительность заболевания, опыт обращения за помощью, возраст пациента не были связаны с отношением к болезни со стороны родственников. Вместе с тем, родственники, проживающие вместе с пациентом, имели более высокие показатели объективного ($p=0,008$) и субъективного ($p=0,03$) бремени болезни, чем родственники, проживающие отдельно, но при этом и более высокие показатели энергии ($p=0,03$), что отражает их большую готовность прилагать усилия по поддержке больного. Более высокое субъективное бремя болезни также отмечается у родственников пациентов мужского пола ($p=0,03$). В сравнении с родителями, супруги пациентов имели более высокие показатели по шкале «Наполненность смыслом» ($p=0,04$), отражающей субъективную значимость заботы о близком как источнике осмысленности собственной жизни.

Родственники с высшим образованием оценивали свою семью как более сплоченную ($p=0,01$), при этом была обнаружена обратная связь между возрастом родственника и уровнем истощения ($r=-0,44$, $p=0,002$), деперсонализации ($r=-0,29$, $p=0,04$), а также прямая связь с уровнем энергии ($r=0,36$, $p=0,01$). Несколько более высокие показатели истощения выявлялись в целом у женщин ($p = 0,04$).

Динамика тяжести состояния пациентов

В Табл.3 представлены результаты оценки тяжести состояния пациентов при поступлении, на момент выписки и в катамнезе (спустя шесть месяцев после выписки).

Как следует из Табл.3, у обследованных пациентов была зафиксирована положительная динамика психического состояния и в процессе лечения, и после выписки. У 30 пациентов (60%) по результатам катамнестической оценки состояния улучшилось, по сравнению с выпиской, однако лишь у 5 (10%) регистрировалась полная редукция симптоматики.

У 18 пациентов (5 мужчин, 13 женщин) было зафиксировано существенное улучшение состояния в ходе лечения (снижение показателя тяжести на 2 балла и более). Пациенты этой группы не отличались от пациентов с менее выраженной динамикой (либо ее отсутствием) по исходной тяжести состояния, опыту обращения за специализированной помощью, длительности заболевания. В социальном отношении статистически значимым являлась большая представленность пациентов с высшим образованием среди пациентов с выраженной динамикой (55,6% против 28,1%, $p=0,04$).

Пациенты, состояние которых улучшилось в ходе лечения, улучшилось или осталось стабильным после выписки, а также соответствовало степени выраженности расстройства уровням «расстройство отсутствует» или «очень слабо выраженное расстройство» на момент катамнестической оценки, были отнесены к группе с полной

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики обследованных пациентов и их родственников
Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the patients and their relatives

Параметры	Чел. (%)	
Родственники		
Проживание с пациентом	Совместное проживание	31 (62%)
	Раздельное проживание	19 (38%)
Уровень образования	Среднее, средне-специальное	9 (18%)
	Высшее, неоконченное высшее	41 (82%)
Профессиональная занятость	Работает	43 (86%)
	Не работает	7 (14%)
Семейное положение	Состоит в браке	37 (74%)
	Не состоит в браке (холост/не замужем, в разводе, вдовец/вдова)	13 (26%)
Пациенты		
Длительность заболевания	До 1 года	5 (10%)
	От 1 года до 5 лет	23 (46%)
	От 5 лет до 10 лет	10 (20%)
	От 10 лет и более	12 (24%)
Обращение за специализированной помощью	Первичное	21 (42%)
	Повторное	29 (58%)
Уровень образования	Среднее, средне-специальное	14 (18%)
	Высшее, неоконченное высшее	36 (72%)
Профессиональная занятость	Работает	24 (48%)
	Не работает	26 (52%)

ремиссией. В данную группу вошел 21 пациент (9 мужчин, 12 женщин). Пациенты с полной ремиссией в анамнезе не отличались от остальных пациентов исходным уровнем тяжести расстройства, длительностью заболевания, опытом обращения за помощью. В социальном аспекте единственным отличием от пациентов, не достигших полной ремиссии после выписки, являлось то, что среди пациентов с полной ремиссией большая доля имела на момент госпитализации трудовую занятость (66,7% против 34,5%, $p=0,03$).

Соотношение психологических характеристик родственников и динамики тяжести состояния пациентов

Результаты сравнения характеристик отношения к болезни близкого и восприятия семейной ситуации у родственников пациентов с незначительной динамикой и со значительным улучшением состояния в ходе лечения (динамика от этапа госпитализации до выписки) представлены в Табл.4. Как следует из табл. 4, отношение родственников пациентов с отчетливой благоприятной

динамикой в ходе лечения имело определенные отличия, проявляющиеся более выраженными положительными чувствами по отношению к больному (шкала «Позитивные чувства по отношению к больному»), меньшей усталостью и большей энергичностью в преодолении жизненных трудностей, связанных с болезнью и лечением близкого (шкала «Энергия»), большей готовностью к выражению своих чувств в семейной коммуникации (шкала «Экспрессивность»).

Результаты сравнения характеристик отношения к болезни близкого и восприятия семейной ситуации у родственников пациентов, достигших и не достигших полной ремиссии после выписки, представлены в Табл.5.

Как следует из Табл.5, родственники пациентов с более благоприятным прогнозом характеризуют свои семейные отношения как более иерархичные, регулируемые, включающие систему правил (шкала «Контроль»), актуализирующие морально-нравственные, этические вопросы (шкала «Морально-нравственные аспекты»). На уровне тенденции также отмечается меньшая выраженность негативных чувств по отношению к родственни-

Таблица 2. Психологические характеристики обследованных родственников Table 2. Psychological characteristics of relatives		
Параметр	Me	Межквартильный размах
«Оценка негативных последствий болезни близкого»		
Объективное бремя	16	4
Субъективное бремя	4	6
Беспокойство	17	6
Стигматизация	5	7
Позитивные чувства по отношению к больному	9	4
Негативные чувства по отношению к больному	2	6
Ощущение утраты	5,5	3
Удовлетворенность взаимодействием со специалистом	21	6
«Уровень эмоционального выгорания родственников»		
Энергия	11	5
Наполненность смыслом	11	6
Ресурс	21	8
Самоэффективность в лечении родственника	23	9
Истощение	12	13
Деперсонализация	8	15
Деструктивная разрядка напряжения	9	11
Редукция достижений	18	13
«Шкала семейного окружения»		
Сплоченность	6,5	3
Экспрессивность	6	3
Конфликт	2	3
Независимость	5	2
Ориентация на достижения	5	3
Интеллектуально-культурная ориентация	5	3
Ориентация на активный отдых	4	3
Морально-нравственные аспекты	4	3
Организация	6	3
Контроль	2	2

Таблица 3. Динамика показателя тяжести состояния пациентов
Table 3. Patients' severity score dynamics

Степень выраженности расстройства	Поступление	Выписка	Катамнез
Отсутствует	0 (0%)	0 (0%)	5 (10%)
Очень слабо выраженное	2 (4%)	7 (14%)	16 (32%)
Слабо выраженное	19 (38%)	26 (52%)	27 (54%)
Умеренно выраженное	27 (54%)	16 (32%)	1 (2%)
Выраженное	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)
Тяжелое	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Чрезвычайно выраженное	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Примечание: значимость изменения показателя от поступления к выписке на уровне $p < 0,0001$, значимость изменения показателя от выписки к катамнезу на уровне $p < 0,0001$.

Note: significance of change from admission to discharge at $p < 0,0001$, significance of change from discharge to catamnesis at $p < 0,0001$.

ку (шкала «Негативные чувства по отношению к больному»).

Обсуждение

Настоящее исследование было направлено на оценку прогностического значения отношения к болезни близкого и восприятия семейной ситуации у родственников пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами с точки зрения формирования ремиссии.

Актуальность рассматриваемой проблемы определяется, с одной стороны, высокой распространенностью депрессивных и тревожных невротических расстройств [2, 5], необходимостью более глубокого понимания психологических условий эффективности лечения и достижения устойчивой ремиссии в данных клинических группах, а с другой стороны, недостаточностью исследований, раскрывающих особенности отношений и переживаний родственников больных с пограничными психическими расстройствами, что важно для обеспечения системного подхода в лечении, стойкости ремиссии, а также для предупреждения нарушений психического здоровья у самих родственников.

В клинической психологии, психотерапии нарушение семейных взаимоотношений традиционно рассматривается как возможный источник невротизации, подтвержденный фактор риска развития тревожных, депрессивных расстройств и нарушений здоровья в целом [6, 12, 15, 19, 25]. Также убедительно продемонстрировано негативное влияние тревожных и депрессивных расстройств на качество супружеских, семейных отношений [11, 21, 22], высокий уровень объективного и субъективного бремени семьи [14, 16].

Накоплены свидетельства значительной роли характеристик микросоциального окружения пациентов в формировании прогноза течения непсихотических психических заболеваний, в особенности депрессивного спектра. Так, например,

показано, что депрессивные пациенты из дисфункциональных семей имеют меньшие шансы на достижение ремиссии спустя год по сравнению с пациентами из функциональных семей [18]. Более благоприятный прогноз течения депрессии в долгосрочной перспективе (период наблюдения 23 года) был зафиксирован у пациентов с более высоким уровнем поддержки в семье [17]. В проспективном исследовании, включавшем 2858 пациентов с депрессией, было установлено, что уровень социальной поддержки на момент обращения связан со степенью выраженности симптомов спустя 3-4 месяца независимо от вида терапии [9].

В целом, большинство работ в данной области подтверждают необходимость рассмотрения депрессивных и тревожных невротических расстройств в контексте характеристик микросоциального окружения пациента, о их взаимном влиянии и тесной сопряженности, однако при рассмотрении этих характеристик недостаточно внимания уделяется важным аспектам адаптации родственников к ситуации болезни близкого, изменяющим и, возможно, в ряде случаев усложняющим взаимоотношения с больным. Как представляется, эти психологические характеристики могут выступать в качестве звена, связывающего переживания, поведение родственников и психическое состояние пациента.

Вышеизложенное определило цель и методологию настоящего исследования. Его основные результаты можно сгруппировать следующим образом: 1) связь переживаний и отношений родственников с клиническими и социально-демографическими характеристиками; 2) значение отношений и переживаний родственников для прогноза динамики состояния пациента в ходе лечения, а также 3) в среднесрочной перспективе после выписки.

Прежде всего было установлено, что отношение родственника к болезни близкого более тесно связано с многообразием обстоятельств жизни и опыта взаимодействия с пациентом, чем с тяже-

Таблица 4. Психологические характеристики родственников пациентов со значительной и незначительной динамикой состояния в ходе лечения (динамика от этапа госпитализации до выписки)
Table 4. Psychological characteristics of relatives of patients with significant and insignificant dynamics of the condition during treatment (dynamics from hospitalization to discharge)

Параметр	Родственники пациентов с незначительной динамикой в ходе лечения (n=32)		Родственники пациентов со значительным улучшением состояния в ходе лечения (n=18)		p
	Me	межквартильный размах	Me	межквартильный размах	
«Оценка негативных последствий болезни близкого»					
Объективное бремя	16	4	16	5	0,89
Субъективное бремя	4	7	5	7	0,71
Беспокойство	17	5	17	8	0,49
Стигматизация	5	7	6,5	8	0,76
Позитивные чувства по отношению к больному	8	3	10	4	0,03
Негативные чувства по отношению к больному	3,5	7	1	3	0,09
Ощущение утраты	5,5	3	5,5	4	0,72
Удовлетворенность взаимодействием со специалистом	20	7	21	6	0,88
«Уровень эмоционального выгорания родственников»					
Энергия	10,5	5	12	7	0,04
Наполненность смыслом	10,5	5	12	8	0,42
Ресурс	20	9	23	9	0,18
Самоэффективность в лечении родственника	22	8	24	11	0,44
Истощение	13,5	13	8,5	13	0,34
Деперсонализация	10,5	14	6	9	0,05
Деструктивная разрядка напряжения	10	11	7,5	13	0,86
Редукция достижений	20	14	15	11	0,05
«Шкала семейного окружения»					
Сплоченность	5	3	7	2	0,19
Экспрессивность	5	3	7	3	0,05
Конфликт	2	3	1	2	0,24
Независимость	5	2	5	1	0,38
Ориентация на достижения	5,5	3	5	2	0,52
Интеллектуально-культурная ориентация	5	3	4,5	4	0,63
Ориентация на активный отдых	4	3	4	4	0,86
Морально-нравственные аспекты	4	3	5	2	0,24
Организация	5,5	4	7	4	0,24
Контроль	2	2	2	3	1,00

Таблица 5. Психологические характеристики родственников пациентов со сформированной и не сформированной ремиссией (по результатам катamnестической оценки)
Table 5. Psychological characteristics of relatives of patients in remission and not in remission (according to the results of catamnestic assessment)

Параметр	Родственники пациентов без полной ремиссии (n=29)		Родственники пациентов с полной ремиссией (n=21)		p
	Me	Межквартильный размах	Me	Межквартильный размах	
«Оценка негативных последствий болезни близкого»					
Объективное бремя	17	4	21	8	0,45
Субъективное бремя	4	4	9	9	0,18
Беспокойство	17	5	19	6	0,72
Стигматизация	5	8	7	8	0,75
Позитивные чувства по отношению к больному	8	2	9	4	0,24
Негативные чувства по отношению к больному	6	6	1,5	7	0,07
Ощущение утраты	6	2	5,5	4	0,52
Удовлетворенность взаимодействием со специалистом	20	4	23	5	0,15
«Уровень эмоционального выгорания родственников»					
Энергия	11	5	12,5	4	0,25
Наполненность смыслом	10	6	12,5	9	0,09
Ресурс	21	7	25	7	0,11
Самозффективность в лечении родственника	22	8	28	17	0,11
Истощение	9	9	14	14	0,28
Деперсонализация	10	12	8	16	0,89
Деструктивная разрядка напряжения	7	11	9	14	0,92
Редукция достижений	19	12	11,5	10	0,08
«Шкала семейного окружения»					
Сплоченность	6	3	6	5	0,75
Экспрессивность	5	7	6,5	3	0,43
Конфликт	2	5	1,5	6	0,31
Независимость	5	3	5	2	0,44
Ориентация на достижения	5	3	5,5	4	0,59
Интеллектуально-культурная ориентация	5	8	5,5	4	0,48
Ориентация на активный отдых	3	3	4	3	0,53
Морально-нравственные аспекты	3	3	4	2	0,03
Организация	5	6	5	6	0,98
Контроль	1	3	2	3	0,03

стью клинических проявлений расстройства (в рамках рассматриваемой патологии). Единственным коррелятом тяжести состояния пациента на момент обращения за помощью являлся показатель конфликтности семейных отношений в восприятии родственника: родственники пациентов с более тяжелым расстройством оценивали семейные отношения как менее конфликтные. Такой результат может объясняться, с одной стороны, снижением конфликтности на фоне очевидной симптоматики у близкого, идентифицируемой уже как болезненной. В этом смысле полученные результаты также можно интерпретировать в рамках концепции симптома семьи и идентифицированного пациента [1]. С другой стороны, данный феномен можно рассматривать как защитное когнитивное искажение у родственника в связи с подавляемым переживанием чувства вины за болезнь близкого.

Результаты настоящего исследования согласуются с выводами ряда других авторов о значительно более высоком бремени у родственников, проживающих совместно с пациентом (по сравнению с родственниками, проживающими отдельно) [7, 13], то есть вовлеченных в заботу о пациенте и взаимодействие с ним на постоянной основе. Вместе с тем, проживающие с пациентом родственники демонстрируют и более высокую энергичность, готовность участвовать в поддержке близкого. Можно предположить, что постоянная вовлеченность в ситуацию болезни близкого, во взаимодействие с ним, способствует более глубокой мотивированности для решения проблемы. Об этом также свидетельствуют результаты сравнения отношений родителей и супругов пациентов: супруги чаще, чем родители, отмечают высокую личную значимость поддержки близкого, воспринимают ее как важное, наполненное смыслом дело.

В настоящем исследовании была выявлена обратная связь между возрастом родственника и уровнем истощения, усталости от заботы о близком, деперсонализации (обесценивания переживаний близкого, эмоциональной опустошенности, потерей личной заинтересованности в близком). Этот результат представляется в определенном смысле парадоксальным и не согласуется с данными других авторов [20]. Можно предположить, что данный факт обусловлен более высокой социально-профессиональной нагрузкой, а также большей напряженностью конфликта между реальной ситуацией и социальными ожиданиями / амбициями у родственников молодого возраста. Одновременно важно учитывать, что забота о близких с пограничным психическим расстройством отличается от заботы о близких с тяжелой психической и соматической патологией, в отношении которых получены основные данные о семейном бремени и эмоциональном выгорании родственников. В опеке близких с тревожными невротическими и депрессивными расстройствами существенно меньшую роль играет деятельность, требующая физических усилий, и на первый план

выступают социально-эмоциональные «затраты». Содержание трудностей родственников, заботящихся о близких с аффективной и невротической патологией, требует глубокого качественного анализа [11], но уже сейчас можно предположить, что лица зрелого возраста в силу своего опыта, возможно, особенностей системы отношений и ценностно-смысловой сферы в большей степени готовы к их преодолению.

Следующая группа ключевых результатов исследования касается значения отношения к болезни и переживаний родственников в формировании прогноза течения болезни у обследованных пациентов. Полученные данные свидетельствуют о том, что на этапе лечения наиболее важную роль в формировании благоприятной клинической динамики играет эмоциональный компонент отношения к близкому: лучший результат в ходе лечения отмечался у пациентов, родственники которых в большей степени испытывали к ним положительные чувства, были готовы их выражать, а также были более мотивированы и энергичны. По-видимому, такое отношение создавало более поддерживающую атмосферу в ходе лечения, вселяло в пациентов уверенность в возможность преодоления болезни, способствовало самопринятию и формированию позитивной жизненной перспективы. Эти результаты согласуются с данными о социальной поддержке как предикторе благоприятного течения психических расстройств [17, 18, 24] и подчеркивает значение ее эмоционального компонента.

В то же время в долгосрочной перспективе в качестве предикторов устойчивой ремиссии выступают такие психологические характеристики микросоциального окружения, как более высокая упорядоченность, иерархичность семейных отношений, а также большее внимание семьи к вопросам морали и нравственности. Таким образом, наличие ясных семейных правил, большая структурированность повседневной жизни семьи и прогнозируемость поведения ее членов позволяет поддерживать достигнутые в ходе лечения положительные результаты, возможно, за счет создания менее стрессогенной семейной обстановки, а также поддержания приверженности пациента медицинским рекомендациям [24].

Следует также отметить, что в целом показатели контроля («Шкала семейного окружения») в обследованной группе оказались низкими, что характеризует взаимоотношения и поведение членов семьи пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами как более хаотичные. Значение этой характеристики в развитии и поддержании эмоциональных нарушений нуждается в более глубоком изучении. Наконец, значение сфокусированности семьи на вопросах морали и нравственности позволяет предположить особую роль ценностных и надличностных аспектов как факторов, определяющих благоприятные условия для поддержания ремиссии пациентов. В этом отношении результаты согласуются с данными обширной литературы о положитель-

ном влиянии духовности и религиозности на психическое здоровье личности [8, 23].

Выводы

Отношение родственников пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами (и их коморбидными состояниями) к болезни близкого является многогранным психологическим феноменом, связанным с комплексом факторов, которые отражают в большей степени опыт и объективные условия взаимодействия с пациентом (совместное или раздельное проживание, характер родственных отношений, возраст родственника), чем тяжесть расстройства.

Отношение к болезни близкого и восприятие семейной ситуации родственником больного зна-

чимы для формирования ремиссии пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. При этом на этапе стационарного лечения условием, способствующим улучшению состояния пациента, является эмоциональная поддержка со стороны близкого, в то время как для формирования устойчивой ремиссии в отсроченной перспективе большее значение имеет наличие семейных правил, упорядоченность, иерархичность отношений, а также внимание к морально-нравственным аспектам.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости системного подхода в психотерапии пограничных психических расстройств, учитывающего как индивидуальные психологические особенности пациентов, так и характеристики их микросоциального окружения в их взаимосвязи.

Литература / References

1. Минухин С., Фишман Ч. *Техники семейной терапии*. М.: Независимая фирма «Класс». 1998. Minihin S., Fishman Ch. *Tekhniki semejnoy terapii*. M.: Nezavisimaya firma «Klass». 1998. (In Russ.).
2. Незнанов Н.Г., Сорокин М.Ю., Скрипов В.С., Есина К.М. Эпидемиология психических расстройств как маркер психиатрических факторов пандемии COVID-19. *Российский психиатрический журнал*. 2023;1:4-13. Neznanov NG, Sorokin MYu, Skripov VS, Esina KM. *Epidemiology of mental disorders as a marker of psychiatric factors of the COVID-19 pandemic*. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal*. 2023;1: 4-13. (In Russ.).
3. Шишкова А.М., Бочаров В.В., Черная Ю.С. Многомерная система оценки негативных последствий болезни близкого у родственников больных с аддиктивными расстройствами методические рекомендации. *Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сборник методических рекомендаций*. Санкт-Петербург.: КОСТА. 2021;4. Shishkova A.M., Bocharov V.V., Chernaya Yu.S. *Mnogomernaya sistema ocenki negativnyh posledstvij bolezni blizkogo u rodstvennikov bol'nyh s addiktivnymi rasstrojstvami metodicheskie rekomendacii*. *Diagnostika i lechenie psichicheskikh i narkologicheskikh rasstrojstv: sovremennye podhody: sbornik metodicheskikh rekomendacij*. Sankt-Peterburg.: KOSTA. 2021;4. (In Russ.).
4. Шишкова А.М., Бочаров В.В., Стрижицкая О.Ю., Вукс А.Я. Психометрические характеристики методики «Уровень эмоционального выгорания родственников». *Консультативная психология и психотерапия*. 2021;29(2):100–118. Shishkova AM, Bocharov VV, Strizhitskaya OYu, Vuks AJa. *Psychometric Properties of the "Level of Relatives' Emotional Burnout" Questionnaire*. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2021;29(2):100–118. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290205> (In Russ.).
5. Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России. *Проблемы развития территории*. 2019;101(3):76–96. Shmatova YuE. *Dynamics of statistical and sociological indicators of mental health of the Russian Population*. *Problemy razvitiya territorii*. 2019;101(3):76–96 <https://doi.org/10.15838/ptd.2019.3.101.5> (In Russ.).
6. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. *Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для системы послевузовского образования врачей*. Санкт-Петербург: Речь, 2006. E'jdemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. *Semejny'j diajnoz i semejnaya psixoterapiya: uchebnoe posobie dlya sistemy poslevuzovskogo obrazovaniya vrachej*. Sankt-Peterburg: Rech', 2006. (In Russ.).
7. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. *Caregiver burden: a clinical review*. *JAMA*. 2014;311(10):1052-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>.
8. Aggarwal S, Wright J, Morgan A, et al. *Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Psychiatry*. 2023;23:729. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>
9. Buckman JEJ, Saunders R, O'Driscoll C, et al. *Is social support pre-treatment associated with prognosis for adults with depression in primary care?* *Acta Psychiatr. Scand*. 2021;143(5):392-405. <https://doi.org/10.1111/acps.13285>.
10. Busner J, Targum SD. *The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice*. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007;4(7):28-37.
11. Buus N, Petersen A, McPherson S, Meadows G, Brand G, Ong B. *The relatives of people with depression: A systematic review and methodological critique of qualitative studies*. *Fam. Process*. 2023.

- <https://doi.org/10.1111/famp.12927>.
12. Chen P, Harris KM. Association of Positive Family Relationships With Mental Health Trajectories From Adolescence to Midlife. *JAMA Pediatr.* 2019;173(12):e193336. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3336>.
 13. Gérain P, Zech E. Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Front. Psychol.* 2019;10:1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>.
 14. Girdhar A, Patil R. Caregivers' Burden in Patients With Bipolar Disorder and Schizophrenia and Its Relationship With Anxiety and Depression in Caregivers: A Narrative Review. *Cureus.* 2023;15(10):e47497. <https://doi.org/10.7759/cureus.47497>.
 15. Guerrero-Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Cañar CA, García-Perdomo HA. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Fam Med.* 2021;42(2):172-180. <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0166>.
 16. Kalra H, Kamath P, Trivedi JK, Janca A. Caregiver burden in anxiety disorders. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2008;21(1):70-73. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f2dfca>.
 17. Kamen C, Cosgrove V, McKellar J, Cronkite R, Moos R. Family support and depressive symptoms: a 23-year follow-up. *J Clin Psychol.* 2011;67(3):215-223. <https://doi.org/10.1002/jclp.20765>.
 18. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB. Role of the family in recovery and major depression. *Am. J. Psychiatry.* 1995;152(7):1002-1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1002>.
 19. Kiecolt-Glaser JK, Wilson SJ. Lovesick: How Couples' Relationships Influence Health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017;13:421-443. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045111>.
 20. Koumoutzis A, Cichy KE, Dellmann-Jenkins M, Blankemeyer M. Age Differences and Similarities in Associated Stressors and Outcomes Among Young, Midlife, and Older Adult Family Caregivers. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2021;92(4):431-449. <https://doi.org/10.1177/0091415020905265>.
 21. Kronmüller KT, Backenstrass M, Victor D, Postelnicu I, Schenkenbach C, Joest K, Fiedler P, Mundt C. Quality of marital relationship and depression: results of a 10-year prospective follow-up study. *J. Affect. Disord.* 2011;128(1-2):64-71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.026>.
 22. Leach LS, Butterworth P. Depression and anxiety in early adulthood: consequences for finding a partner, and relationship support and conflict. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020;29:e141. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000530>.
 23. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J. Clin. Cases.* 2021;9(26):7620-7631. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>.
 24. van Servellen G, Heise BA, Ellis R. Factors associated with antidepressant medication adherence and adherence-enhancement programmes: a systematic literature review. *Ment. Health Fam. Med.* 2011;8(4):255-271.
 25. Whisman MA, Robustelli BL, Labrecque LT. Specificity of the Association between Marital Discord and Longitudinal Changes in Symptoms of Depression and Generalized Anxiety Disorder in the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Fam. Process.* 2018;57(3):649-661. <https://doi.org/10.1111/famp.12351>.
 26. Wong JJ, Frost ND, Timko C, Heinz AJ, Cronkite R. Depression and family arguments: disentangling reciprocal effects for women and men. *Fam. Pract.* 2020;37(1):49-55. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz048>.

Сведения об авторах

Бочаров Виктор Викторович — к.п.с.н., доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3; доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9. E-mail: bochvik@gmail.ru

Шишкова Александра Михайловна — к.п.с.н., старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева». E-mail: shishaspb@mail.ru

Дубинина Елена Александровна — к.п.с.н., доцент, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева», доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», 191186, Санкт-Петербург, набережная реки Мойки, 48. E-mail: trifonovahelen@yandex.ru

Караева Татьяна Артуровна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный

университет», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, 197758, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом . E-mail: tania_kar@mail.ru

Старунская Диана Андреевна — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: dianastarunskaya@gmail.com

Черная Юлия Сергеевна — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева». E-mail: psiheja13@mail.ru

Сарайкин Дмитрий Михайлович — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева». E-mail: saraikindm@yandex.ru

Винникова Анастасия Юрьевна — лаборант-исследователь лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». E-mail: vinnikovaanastasia@gmail.com

Поступила 23.08.2024

Received 23.08.2024

Принята в печать 25.10.2024

Accepted 25.10.2024

Дата публикации 20.12.2024

Date of publication 20.12.2024