DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2021-25(2)-25

УДК: 616.895.1-616.895.6

ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Белов О. О., Пшук Н. Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21100)

Відповідальний за листування:
e-mail: oleksbelov@gmail.com

Статтю отримано 18 березня 2021 р.; прийнято до друку 23 квітня 2021 р.

Анотація. З метою дослідження особливостей соціальної підтримки було проведено обстеження 245 пацієнтів з депресивними розладами за допомогою багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) D. Zimet в модифікації В. М. Ялтонського та Н. А. Сироти. Статистичний аналіз даних проводився з використанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoftInc., США). Використовували тест Шапіро-Уїлка, тест Манна-Уїтні, непараметричний метод рангових кореляцій Спірмена при $p < 0,05$. Виявлено низькі рівні соціальної підтримки пацієнтів з депресією в цілому та з боку сім'ї, друзів та значущих інших осіб, причому найвищий рівень соціальної підтримки пацієнти пов'язують із друзями, дещо менший - із сім'єю, і найнижчий - зі значущими іншими особами. Встановлено зменшення рівня соціальної підтримки зі збільшенням віку пацієнтів, найбільш виражене у віковій групі 45 років і старші. Виявлено відмінності, пов'язані зі статтю: нижчий рівень соціальної підтримки у чоловіків порівняно з жінками, а також більше значення для жінок соціальної підтримки з боку сім'ї, а для чоловіків - з боку друзів та значущих інших осіб. Визначено наявність зворотного кореляційного зв'язку переважно помірної сили між рівнем соціальної підтримки і виразністю психопатологічної симптоматики, при найбільш тісних зв'язках з ворожістю ($r_s = -0,551$), депресією ($r_s = -0,541$) та реактивною тривожністю ($r_s = -0,478$), і прямого кореляційного зв'язку переважно помірної сили між рівнем соціальної підтримки і станом психосоціальної адаптації ($r_s = 0,441$), емоційного комфорту ($r_s = 0,406$), інтернальності ($r_s = 0,378$), самоприйняття ($r_s = 0,354$), прийняття інших ($r_s = 0,343$), показниками якості життя у сферах суб'єктивного благополуччя / задоволеності ($r_s = 0,413$), виконання соціальних ролей ($r_s = 0,405$), зовнішніх життєвих умов ($r_s = 0,401$) та інтегральним показником якості життя ($r_s = 0,443$), показниками життєстійкості ($r_s = 0,516$), включаючи залученість ($r_s = 0,515$), контроль ($r_s = 0,444$) і прийняття ризику ($r_s = 0,332$). Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для пацієнтів з депресивними розладами.

Ключові слова: депресивні розлади, соціальна підтримка, сім'я, друзі, значущі інші особи.

Вступ

Депресивні розлади є однією з найбільш актуальних медичних і соціальних проблем сучасності [5, 13, 16]. Їм притаманна значна поширеність, що складає від 5% до 17% [6], а ймовірність розвитку депресивного розвитку протягом життя сягає 30% [17]. Уже сьогодні великий депресивний розлад посідає третє місце за масштабами економічного тягаря серед усіх хвороб, а до 2030 року, за прогнозами експертів, вийде на перше місце [12, 15]. Депресивні розлади характеризуються високим рівнем хронізації: ризик рецидиву після першого епізоду депресії складає 50%, після другого - 70%, після третього - 90% [1].

Депресія тісно пов'язана з психосоціальною дезадаптацією, зниженням соціального функціонування та якості життя пацієнтів [7, 20], причому ці порушення виявляються не лише у гострій та підгострій фазі захворювання, а й під час ремісії [3]. Психосоціальна дезадаптація при депресії поширюється на різні сфери діяльності пацієнта [8] і супроводжується суттєвим погіршенням якості життя пацієнтів [14].

При цьому, попри активізацію досліджень різних клінічних і соціально-психологічних аспектів депресій, ця патологія лишається недооціненою і недостатньо керованою, що визначає актуальність пошуку шляхів психосоціальної адаптації пацієнтів, яка відіграє важливу

роль у кінцевому результаті лікування, визначаючи якість і тривалість ремісій [10]. Спрямовані зусилля на психосоціальну реабілітацію та реадaptaцію пацієнтів з депресивними розладами допомагає також зменшити терапевтичну резистентність депресій і покращити загальний результат лікування [19].

З урахуванням цього, дослідження особливостей психосоціального функціонування, зокрема, соціальної підтримки з боку різних груп мікросоціального оточення пацієнтів з депресивними розладами, мають важливе теоретичне та практичне значення, а їх результати можуть бути використані для покращення існуючих схем комплексного лікування та реабілітації пацієнтів з депресіями.

Метою дослідження було вивчення особливостей соціальної підтримки хворих на депресивні розлади з урахуванням віку та статі.

Матеріали та методи

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 245 пацієнтів з депресивними розладами, які зверталися за психіатричною допомогою до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка та за консультативно-лікувальною допомогою на кафедрі

ру медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2015-2019 років. Критерієм включення до дослідження було встановлення діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 (коди F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2). Середній вік обстежених становив $33,6 \pm 11,2$ роки, середня тривалість захворювання на момент обстеження $5,0 \pm 5,6$ років. Усі обстежені були розподілені нами на три групи залежно від віку на момент обстеження: до 30 років (чисельністю 38 чоловіків і 51 жінка), 30-44 роки (чисельністю 46 чоловіків і 53 жінки) та 45 років і старші (чисельністю 23 чоловіка і 34 жінки). Обстеження проведено з використанням багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) D. Zimet в модифікації В.М. Ялтонського та Н.А. Сироти [9]. Статистичний аналіз даних проводився з використанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoftInc., США). Оцінка характеру розподілу кількісних ознак проводилася за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Кореляційний аналіз виконано з використанням непараметричного методу рангових кореляцій Спірмена. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості кореляцій $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Пацієнтам з депресивними розладами загалом приаманний невисокий рівень соціальної підтримки. У молодшій віковій групі (до 30 років) середній рівень підтримки з боку сім'ї у чоловіків є незначущим ($p > 0,05$) нижчим, ніж у жінок: $1,66 \pm 1,07$ балів проти $1,98 \pm 0,91$ балів; з боку друзів і значущих інших осіб - значуще нижчим: відповідно $1,68 \pm 0,99$ балів проти $2,27 \pm 1,13$ балів ($p < 0,05$) та $1,29 \pm 0,87$ балів проти $2,16 \pm 1,17$ балів ($p < 0,01$). Загальний рівень соціальної підтримки у чоловіків у молодшій віковій групі значуще нижчий у порівнянні з жінками: $4,63 \pm 2,24$ балів проти $6,41 \pm 2,14$ балів ($p < 0,01$). У середній віковій групі (30-44 років) середні показники соціальної підтримки у жінок значуще менші у порівнянні з молодшою як щодо загального показника ($p < 0,01$), так і щодо соціальної підтримки з боку сім'ї ($p < 0,05$) та значущих інших ($p < 0,01$), а у чоловіків - статистично не значущі ($p > 0,05$). Чоловіки середньої вікової групи також продемонстрували нижчі показники у порівнянні з жінками, але гендерні розбіжності виявилися статистично не значущими ($p > 0,05$): за соціальною підтримкою з боку сім'ї - $1,41 \pm 0,83$ балів проти $1,55 \pm 1,03$ балів; друзів - відповідно $1,50 \pm 0,98$ балів проти $1,89 \pm 1,20$ балів, значущих інших - $1,50 \pm 1,21$ балів проти $1,32 \pm 0,96$ балів, за загальним показником соціальної підтримки - відповідно $4,41 \pm 2,24$ балів проти $4,75 \pm 2,17$ балів. Показники соціальної підтримки у старшій віковій групі (45 років і старші) виявилися найнижчими серед усіх груп, вони значуще ($p < 0,05$ у чоловіків і $p < 0,01$ у жінок) нижчі, ніж у молодшій групі, і незначущі

($p > 0,05$) нижчі, ніж у середній (за винятком соціальної підтримки з боку друзів у чоловіків і у жінок, соціальної підтримки з боку значущих інших у чоловіків, де виявлено значущі ($p < 0,05$) розбіжності, та загального показника соціальної підтримки у чоловіків, який також виявився значущим ($p < 0,01$) нижчим у старшій віковій групі. У цій віковій групі при порівнянні показників соціальної підтримки у чоловіків і жінок значуще відрізняються лише інтегральні показники соціальної підтримки: $2,78 \pm 1,20$ балів проти $3,85 \pm 2,03$ балів ($p < 0,05$); за рештою показників розбіжності статистично не значущі ($p > 0,05$): за соціальною підтримкою з боку сім'ї - $0,96 \pm 0,77$ балів проти $1,38 \pm 1,18$ балів; з боку друзів - відповідно $1,04 \pm 0,64$ балів проти $1,32 \pm 0,91$ балів; з боку значущих інших - відповідно $0,78 \pm 0,85$ балів проти $1,15 \pm 0,82$ балів. Загалом, чоловіки зазначили більш високий рівень соціальної підтримки з боку друзів та значущих інших осіб, тоді як жінки - з боку сім'ї та друзів.

Кореляційний аналіз дозволив встановити наявність значущих ($p < 0,01$) кореляцій між показниками виразності психопатологічної симптоматики, адаптивності, життєстійкості та якості життя і показником соціальної підтримки. Показник соціальної підтримки виявився пов'язаним зворотним кореляційним зв'язком помірної (r_s від 0,3 до 0,7) і слабкої (r_s до 0,3) сили з показниками особистісної ($r_s = -0,193$) та реактивної ($r_s = -0,478$) тривожності за шкалою С. Spilberger, з показниками соматизації ($r_s = -0,269$), obsесивно-компульсивної симптоматики ($r_s = -0,232$), міжособистісної сенситивності ($r_s = -0,260$), депресії ($r_s = -0,541$), тривожності ($r_s = -0,267$), ворожості ($r_s = -0,551$), фобічної тривожності ($r_s = -0,241$), параноїдної симптоматики ($r_s = -0,353$) та психотизму ($r_s = -0,132$) за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised. Прямі кореляційні зв'язки переважно помірної сили виявлені між показником соціальної підтримки та показниками адаптації ($r_s = 0,441$), самоприйняття ($r_s = 0,354$), прийняття інших ($r_s = 0,343$), емоційного комфорту ($r_s = 0,406$), інтернальності ($r_s = 0,378$) та прагнення до домінування ($r_s = 0,221$) за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R. F. Dymond у модифікації А. К. Осницького; з показниками за шкалами суб'єктивного благополуччя / задоволеності ($r_s = 0,413$), виконання соціальних ролей ($r_s = 0,405$), зовнішніх життєвих умов ($r_s = 0,401$) та інтегральним показником якості життя ($r_s = 0,443$) за методикою оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н. О. Марути; з показниками залученості ($r_s = 0,515$), контролю ($r_s = 0,444$), прийняття ризику ($r_s = 0,332$) та сумарного показника життєстійкості ($r_s = 0,516$) за тестом життєстійкості S. Maddi в адаптації Д. І. Леонтьєва, Е. І. Расказової.

Одержані у нашому дослідженні дані щодо невисокого рівня соціальної підтримки пацієнтів з депресивними розладами, на нашу думку, можуть розглядатися як один з проявів стигматизації, притаманної сучасно-

му суспільству; причинами цього явища є насамперед недостатня обізнаність населення щодо поширеності, причин, наслідків психічних розладів взагалі й афективної патології зокрема, викривлене уявлення щодо адекватності та соціальної небезпеки пацієнтів з психічними розладами, а також вкрай низький показник звернень за психіатричною допомогою і недостатня поінформованість про сучасні можливості лікування афективних розладів.

Загалом, найбільш високими серед соціального оточення пацієнтів виявилися оцінки соціальної підтримки з боку друзів, дещо меншими - з боку сім'ї, і найменшими - з боку значущих інших осіб (за винятком чоловіків середньої вікової групи, де найнижчою виявилася підтримка з боку друзів). Такі закономірності, на наш погляд, можуть бути пояснені тим, що коло друзів пацієнтів з депресивними розладами є вельми обмеженим, і, як правило, складається з осіб, які вже пристосувалися до психологічних особливостей пацієнта, прийняли його захворювання і виробили певний патерн поведінки, який влаштовує і їх і пацієнта. Дещо нижчі показники соціальної підтримки з боку родичів можуть бути пояснені тим, що родичі, на відміну від друзів, змушені постійно перебувати у тісному контакті з пацієнтом. Наявність у сім'ї пацієнта з психічними розладами є потужним психоемоційним стресом; доведено, що родичі таких пацієнтів мають серйозні психологічні проблеми і розлади адаптації [18], тож закономірно, що ці проблеми відбиваються на відносинах з пацієнтом і на оцінці ним рівня соціальної підтримки з боку сім'ї. Щодо найнижчих оцінок соціальної підтримки з боку значущих інших, то тут, на нашу думку, вирішальну роль відіграють прояви стигматизації та соціального остракізму по відношенню до осіб з психічними розладами; упереджене ставлення з боку оточуючих не залишається не поміченим пацієнтами, і впливає на їх оцінку рівня соціальної підтримки. Очевидно, що до розв'язання проблеми стигматизації осіб з психічними розладами та формування в суспільстві адекватного ставлення до них стан соціальної підтримки пацієнтів залишатиметься недостатнім.

Щодо гендерних відмінностей у показниках соціальної

підтримки, то гірші показники у чоловіків можуть бути пояснені як статеворольовими соціальними моделями, які передбачають загалом більшу соціалізацію жінок, притаманні їм більш широке коло соціальних зв'язків та більшу потребу в них, так і безпосереднім впливом захворювання.

Тенденція до погіршення рівня соціальної підтримки з віком також узгоджується з виявленою у інших дослідженнях тенденцією до посилення депресивних проявів (а також більшості інших психопатологічних феноменів) з віком [2, 4, 11]; крім того, на неї також впливає загальне зменшення соціальної активності і кола соціальних контактів з віком.

Виявлені закономірності можуть бути враховані при розробці лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів при депресивних розладах.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Пацієнтам з депресивними розладами притаманний невисокий рівень соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших осіб.

2. Рівень соціальної підтримки зменшується з віком, особливо суттєво у віці понад 45 років, що може бути пов'язане із прогресивністю депресивного процесу.

3. У чоловіків рівень соціальної підтримки як в цілому, так і з боку різних мікросоціальних груп - сім'ї, друзів та значущих інших - є нижчим у порівнянні з жінками, що може бути результатом як впливу гендерних психосоціальних моделей, так і наслідком більш важкого перебігу депресивних розладів у чоловіків.

4. Рівень соціальної підтримки пацієнтів з депресією зворотно корелює з важкістю психопатологічної симптоматики, і прямо - з рівнем психосоціальної адаптації, життєстійкості та якості життя пацієнтів; кореляційний зв'язок переважно помірної сили.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із розробкою комплексної моделі психосоціальної реабілітації та реадaptaції пацієнтів з депресивними розладами, а також профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та рецидивування депресій.

Список посилань - References

- [1] Bains, N., & Abdijadid, S. (2020). *Major Depressive Disorder*. In StatPearls. Treasure Island (FL). P. StatPearls Publishing.
- [2] Bruin, M. C., Comijs, H. C., Kok, R. M., Van der Mast, R. C., & Van den Berg, J. F. (2018). Lifestyle factors and the course of depression in older adults: A NESDO study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(7), 1000-1008. DOI: 10.1002 / gps.4889
- [3] Christensen, M. C., Wong, M. J., & Baune, B. T. (2020). Symptoms of Major Depressive Disorder and Their Impact on Psychosocial Functioning in the Different Phases of the Disease: Do the Perspectives of Patients and Healthcare Providers Differ? *Front Psychiatry*, 11, 280. doi: 10.3389/fpsy.2020.00280
- [4] Dao, A. T. M., Nguyen, V. T., Nguyen, H. V., & Nguyen, L. T. K. (2018). Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. *Biomed Res Int*, 18, 237. DOI: 10.1155 / 2018/2370284
- [5] Fekadu, N., Shibeshi, W., & Engidawork, E. (2017). Major depressive disorder: pathophysiology and clinical management. *Journal of Depression and Anxiety*, 6(1), 255-257.
- [6] Global Burden of Disease Study C Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. (2015). *Lancet*, 386, 743-800.
- [7] Hammer-Helmich, L., Haro, J. M., Jonsson, B., Tanguy Melac, A., Di Nicola, S., Chollet, J., ... & Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14, 239-249. doi: 10.2147/NDT.S146098
- [8] Isakov, R. I. (2018). Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різної генези: особливості діагностики, вираженості і структури [Psychosocial

- maladjustment in women with depressive disorders of the developmental genes: special features of diagnostics, fluctuations and structures]. *Психіатрія, неврологія, медична психологія - Psychiatry, neurology, medical psychology*, 1(9), 82-92. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-12>
- [9] Karvasarsky, B. D. (2014). *Клиническая психология [Clinical psychology]*. Москва: АСТ - Moscow: ACT.
- [10] Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C. A., & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational Psychiatry*, 9(1), 127. doi: 10.1038/s41398-019-0460-3
- [11] Laird K.T., Krause B., Funes C., & Lavretsky H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry*, 9, 88. DOI: 10.1038 / s41398-019-0424-7
- [12] Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet*, 392(10161), 2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2
- [13] McLachlan, G. (2018). Treatment resistant depression: what are the options? *BMJ*, 363, k5354. DOI: 10.1136/bmj.k5354
- [14] Misula Yu. I. (2020). Деякі особливості якості життя при первинному епізоді біполярного афективного розладу [Deyaki features of the quality of life in the primary episode of bipolar affective breakdown]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України - Bulletin of Social Health and Organization of Health Protection of Ukraine*, 1(83), 24-30.
- [15] Murray, C. J. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392, 1789-1858.
- [16] Ogbo, F. A., Mathsyaraja, S., Koti, R. K., & Perz, J. (2018). The burden of depressive disorders in South Asia, 1990-2016: findings from the global burden of disease study. *BMC Psychiatry*, 18, 333. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1918-1>
- [17] Park, L. T., & Zarate, C. A. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med.*, 380(6), 559-568. doi: 10.1056/NEJMc1712493
- [18] Pshuk, N. G., Stukan, L. V., & Kaminska, A. O. (2018). Introducing system of psychotherapeutic intervention for family caregivers of patients with endogenous mental disorders. *Wiadomosci Lekarskie*, 71(5), 980-985.
- [19] Rezunencko, O., Kozhyna, H., & Markova, M. (2017). Contents and efficiency measures of psychoeducation in rehabilitation system of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Education, Health and Sport Sciences*, 7(3), 711-715. DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.830020>
- [20] Saragoussi, D., Christensen, M. C., Hammer-Helmich, L., Rive, B., Touya, M., & Haro, J. M. (2018). Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: a 2-year European cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 14, 1339-1350. doi: 10.2147/NDT.S159276

SOME CHARACTERISTICS OF SOCIAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Belov O. O., Pshuk N. G.

Annotation. In order to study the features of social support, a survey of 245 patients with depressive disorders was conducted using a multidimensional scale of perception of social support (MSPSS) D. Zimet as modified by V.M. Yaltonsky and N.A. Sirota. Statistical analysis of the data was carried out using the licensed software package Statistica 13 (StatSoft Inc., USA). The Shapiro-Wilk test, the Mann-Whitney test, the nonparametric method of Spearman's rank correlations was used at $p < 0.05$. Low levels of social support for patients with depression in general, and from family, friends and significant others, with the highest level of social support patients associate with friends, slightly lower - with family, and the lowest - with significant others. There is a decrease in the level of social support with increasing age of patients, most pronounced in the age group of 45 years and older. Sex-related differences were found: lower levels of social support for men than for women, and greater importance for women from family support, and for men from friends and significant others. The presence of inverse correlations of mostly moderate strength between the level of social support and the severity of psychopathological symptoms, with the closest correlations for hostility ($r_s = -0.551$), depression ($r_s = -0.541$) and reactive anxiety ($r_s = -0.478$), and a direct correlation of mostly moderate strength between the level of social support and the state of psychosocial adaptation ($r_s = 0.441$), emotional comfort ($r_s = 0.406$), internality ($r_s = 0.378$), self-acceptance ($r_s = 0.354$), acceptance of others ($r_s = 0.343$), indicators of quality of life in areas of subjective wellbeing / satisfaction ($r_s = 0.413$), fulfillment of social roles ($r_s = 0.405$), external living conditions ($r_s = 0.401$) and integral indicator of quality of life ($r_s = 0.443$), indicators of hardiness ($r_s = 0.516$), including commitment ($r_s = 0.515$), control ($r_s = 0.444$) and challenge ($r_s = 0.332$). The identified patterns should be taken into account in the development of treatment, rehabilitation and prevention measures for patients with depressive disorders.

Keywords: depressive disorders, social support, family, friends, significant others.