

УДК 616.895.4+616.891+616.892:616.89-02-058

SPECIFIC OF SOCIAL SUPPORT AND GUILT, ANXIETY AND STRESS IN FAMILY RELATIONS IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS OF DIFFERENT GENESIS AND PSYCHOSOCIAL MALADAPTATION**Skrypnikov A.,***DM, Professor**Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava, Ukraine)***Isakov R.***MD, PhD**Associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava, Ukraine)***СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПРОВИНИ, ТРИВОГИ І НАПРУЖЕНОСТІ В СІМЕЙНИХ СТОСУНКАХ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ Й ВИРАЖЕНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ****Скрипніков А.М.,***д.мед.н., професор**завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава, Україна)***Ісаков Р. І.***к.мед.н., доцент**доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава, Україна)***Abstract**

To study the specifics of social support and guilt, anxiety and stress in family relationship in women with depressive disorders of various genesis and severity of psychosocial maladaptation, 252 women who were diagnosed with depressive disorder were examined for further identification of targets of differentiated psychosocial rehabilitation of this contingent of patients. The study included 94 people with depressive disorder of psychogenic genesis (prolonged depressive response due to adaptive disorder), 83 women with endogenous depression (depressive episode, recurrent depressive disorder, bipolar affective disorder, current episode of depression) and 75 patients with depressive disorder of organic genesis (organic affective disorders). The study was conducted using clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods.

As a result of the study, it has been established that under the condition of signs of psychosocial maladaptation, women have a significantly lower level of social family support, support of friends and other significant people, as well as a significantly higher level of integral family anxiety and its components by comparison with patients without maladaptive manifestations, independently from the genesis of a depressive disorder. This indicates the decisive role of the factor of maladaptation in the formation of violations of family functioning and lack of social support, while the etiology of depression in this case has a minor significance. However, the presence of psychosocial maladaptation can be a predictor of the deterioration of the state of these indicators, as well as its consequence. In any case, the disintegrating role of psychosocial maladaptation as a factor in the destruction of adaptive psychosocial resourcing in patients is beyond doubt. These patterns should be taken into account in the development of medical rehabilitation and preventive measures for patients with depression.

Анотація

Для вивчення специфіки соціальної підтримки та провини, тривоги і напруженості в сімейних стосунках у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу й вираженості психосоціальної дезадаптації, для визначення, в подальшому, таргетних мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів, було обстежено 252 жінки, яким було встановлено діагноз депресивного розладу. У дослідження були включені 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод; рекурентно депресивний розлад; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії) і 75 пацієнток з депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади). Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів.

В результаті дослідження встановлено, що за умови наявності ознак психосоціальної дезадаптації, у жінок встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших, а також значуще вищий рівень інтегральної сімейної тривоги та її компонентів, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів, незалежно від генезу депресивного розладу.

Це свідчить про визначальну роль фактору дезадаптації у формуванні порушень сімейного функціонування та браку соціальної підтримки, тоді як етіологія депресії при цьому має другорядне значення. Однак, наявність психосоціальної дезадаптації може виступати як предиктором погіршення стану даних

показників, так і її наслідком. У будь-якому випадку, дезінтегруюча роль психосоціальної дезадаптації як фактору руйнації адаптивних психосоціальних ресурсних джерел у пацієнток, не викликає сумніву. Ці закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих на депресію.

Keywords: psychosocial maladaptation, depressive disorders, psychogenic depression, organic depression, endogenous depression, social support, family anxiety.

Ключові слова: психосоціальна дезадаптація, депресивні розлади, психогенна депресія, органічна депресія, ендогенна депресія, соціальна підтримка, сімейна тривога.

Депресивні розлади в структурі патології психіки на сьогоднішній день переконливо утримують провідне становище [1]. За даними ВООЗ, депресією упродовж життя хворіють від 5 до 12% чоловіків і від 12 до 20% жінок. Однак лише 50% хворих, що страждають на депресію, бажують або мають можливість отримати медичну допомогу, а активно лікуються менш ніж 10% з них [2-5]. В зв'язку із цим, депресивні розлади поєднуються із значними негативними соціально-економічними наслідками як для суспільства в цілому, так і для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя та рівень соціального функціонування [6]. Серед великої кількості наукових досліджень щодо особливостей виникнення, перебігу та лікування депресивних розладів, в останні роки збільшилась кількість публікацій, що засвідчують поєднання частоти депресії із родинними детермінантами, а також з відсутністю соціальної підтримки [7, 8].

Отже, метою даної роботи було дослідження специфіки соціальної підтримки та провини, тривоги і напруженості в сімейних стосунках у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу й вираженості психосоціальної дезадаптації, для визначення, в подальшому, цільової мішені диференційованої психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Контингент і методи дослідження. На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева було обстежено 252 жінки, яким був встановлений діагноз депресивного розладу відповідно до чинних нормативних документів. Згідно дизайну роботи, в дослідження були включені 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-10 F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F31.5) та 75 пацієнток з депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3).

Для ідентифікації та виміру вираженості психосоціальної дезадаптації нами була розроблена оригінальна шкала для комплексної оцінки ступеню психосоціальної дезадаптації у різних сферах [9].

Особливості соціальної підтримки пацієнтів вимірювали за допомогою багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки – MSPSS Д. Зімета адаптація В.М. Ялтонського, Н.А. Сироти [10],

специфіку сімейної провини, сімейної тривоги та сімейної напруженості – за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдміллера, В. Юстіккіса [11].

Обстежені жінки за результатами оцінки ступеню психосоціальної дезадаптації з використанням розробленої нами шкали були розділені на дві групи. До першої групи, чисельністю 48 осіб, були віднесені жінки, у яких за жодною зі сфер психосоціального функціонування показник не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи, чисельністю 204 особи, були віднесені жінки, у яких принаймні за одною зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20-29 балів розцінювався як ознаки психосоціальної дезадаптації легкого ступеню, показник у межах 30-39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеню, показник у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеню.

Таким чином, зважаючи на критерії: а) генез депресивного розладу; б) наявність/відсутність ознак психосоціальної дезадаптації, в дослідженні порівнювались дані 6 груп. Жінки, у яких депресивний розлад мав психогенний характер (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), були розподілені на групи чисельністю, відповідно, 19 (без ознак психосоціальної дезадаптації, ПА) та 75 (з ознаками психосоціальної дезадаптації, ПД) осіб; хворі, у яких депресивний розлад у яких мав ендогенну природу (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-10 F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F31.5), були розділені на групи чисельністю, відповідно, 15 (без ознак психосоціальної дезадаптації, ЕА) та 68 (з ознаками психосоціальної дезадаптації, ЕД) осіб; жінки, депресивний розлад у яких мав органічний генез (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3), були розділені на групи чисельністю, відповідно, 14 (без ознак психосоціальної дезадаптації, ОА) та 61 (з ознаками психосоціальної дезадаптації, ОД) особи.

Результати дослідження та їх обговорення.

Результати аналізу соціальної підтримки у різних сферах у хворих жінок свідчили, що найвищий рівень соціальної підтримки сім'ї притаманний пацієнтам без ознак дезадаптації, причому кількісні значення показника у них суттєво вищі у порівнянні з пацієнтами з ознаками дезадаптації, незалежно від етіології депресії (табл. 1).

Таблиця 1

Основні кількісні характеристики соціальної підтримки (у балах)

Показник	Генез депресії				Рівень статистичної значущості розбіжності з ознаками дезадаптації									
	Психогенний		Ендогенний		Органічний		без ознак дезадаптації							
	без ознак дезадаптації (ПА)	з ознаками дезадаптації (ПД)	без ознак дезадаптації (ЕА)	з ознаками дезадаптації (ЕД)	без ознак дезадаптації (ОА)	з ознаками дезадаптації (ОД)	ПА vs ЕА	ПА vs ОА						
СП	3,84±0,37	2,29±1,17	3,53±0,52	0,97±0,83	2,43±0,94	0,66±0,70	<0,01	<0,01	ПА vs ЕА	ПА vs ОА	ЕА vs ОА	ПД vs ЕД	ПД vs ОД	ЕД vs ОД
СП друпів	3,05±0,62	2,53±1,02	2,80±0,56	1,59±1,00	2,50±1,51	1,74±0,89	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
СП інших	3,37±0,60	2,41±1,25	3,20±0,68	1,60±1,29	2,50±1,16	1,21±1,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01	>0,05

Примітка. СП – соціальна підтримка.

Найвищий рівень соціальної підтримки сім'ї було виявлено у пацієток групи ПА ($3,84 \pm 0,37$ балів), незначуще менший – у групі ЕА ($3,53 \pm 0,52$ балів), менший – у групі ОА ($2,43 \pm 0,94$ балів). Натомість, середні показники сімейної підтримки у хворих з ознаками дезадаптації виявились нижчими: у групі ПД показник склав $2,29 \pm 1,17$ балів, а у групах ЕД і ОД не перевищував 1,0 балів: $0,97 \pm 0,83$ балів і $0,66 \pm 0,70$ балів, відповідно (рис. 1).

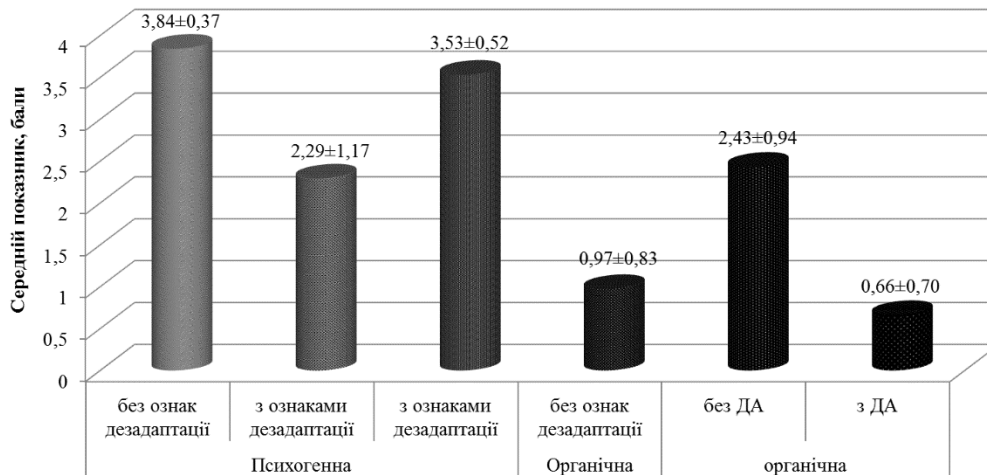


Рис. 1. Середні значення показників соціальної підтримки сім'ї у досліджених пацієток

Для показника соціальної підтримки друзів виявились характерними більш складні закономірності (рис. 2). Найбільший показник його також виявлений у групі ПА ($3,37 \pm 0,60$ балів), незначуще менший – у групі ЕА ($2,80 \pm 0,56$ балів). Далі йдуть показники груп ПД ($2,53 \pm 1,02$ балів) і ОА ($2,50 \pm 1,51$ балів), ОД ($1,74 \pm 0,89$ балів), і найменший показник виявлений у групі ЕД ($1,59 \pm 1,00$ балів). Ці дані свідчили про меншу залежність рівня соціальної підтримки друзів від наявності дезадаптації, порівняно з соціальною підтримкою сім'ї, хоча, в цілому, тенденція до послаблення соціальної підтримки друзів у пацієток з більш важкими формами депресії, зберігалася.

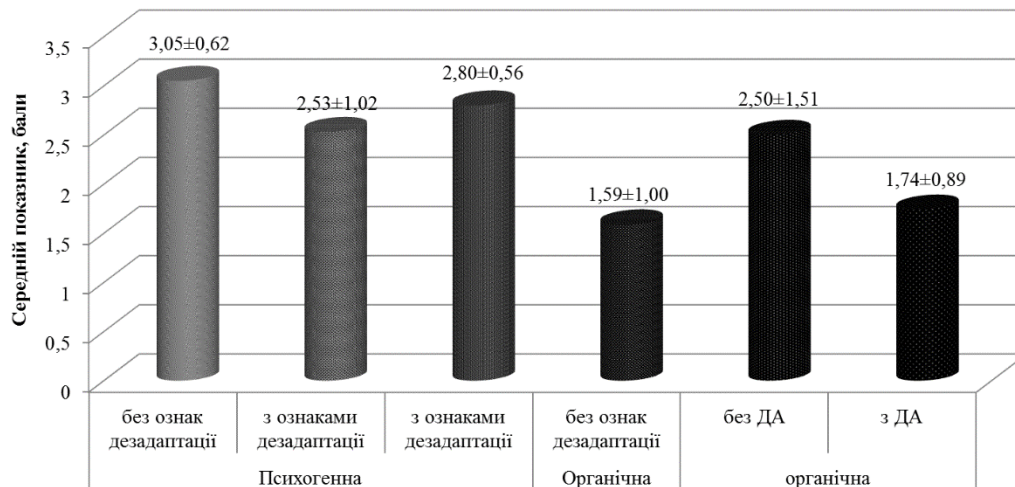


Рис. 2. Середні значення показників соціальної підтримки друзів у досліджених пацієток

Тенденції щодо соціальної підтримки значущих інших були більш схожі з тими, що притаманні соціальної підтримці сім'ї, хоча рівень значущості розбіжностей при порівнянні пацієнтів з різною етіологією в межах однієї групи адаптації виявився меншим (рис. 3). Так, середній показник соціальної підтримки значущих інших у групі ПА склав $3,37 \pm 0,60$ балів, у групі ЕА $3,20 \pm 0,68$ балів, у групі ОА $2,50 \pm 1,16$ балів, у групі ПД $2,41 \pm 1,25$ балів, у групі ЕД $1,60 \pm 1,29$ балів, у групі ОД $1,21 \pm 1,05$ балів.

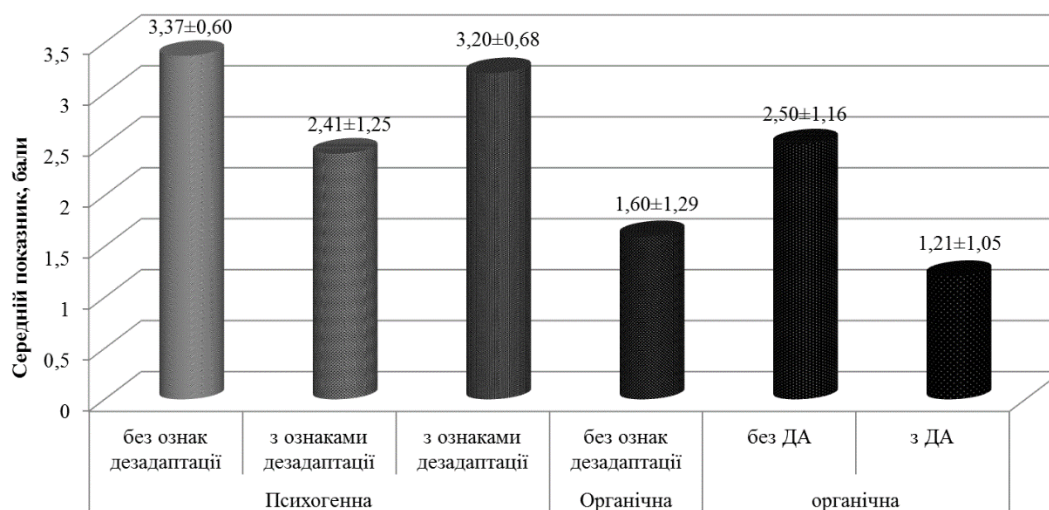


Рис. 3. Середні значення показників соціальної підтримки значущих інших у досліджених пацієнток

Таким чином, вивчення стану соціальної підтримки пацієнток з депресією виявило її асоційованість з наявністю ознак дезадаптації: незалежно від етіології депресії, у жінок з психосоціальною дезадаптацією було встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших. Етіологія депресії певною мірою також впливала на стан соціальної підтримки пацієнтів, але цей вплив був менш значущим, ніж вплив фактору дезадаптації.

Дослідження сімейної тривоги здійснювалось, виходячи із розуміння того, що даний феномен являє собою стан тривоги у одного або кількох членів сім'ї, якій тяжко усвідомлювався й важко локалізу-

вався. Характерною ознакою такої тривоги були наявність сумнівів, страхів, побоювань, що стосуються, перш за все здоров'я жінки, а також сутічок і конфліктів, пов'язаних з його погіршенням. Тривога ця звичайно не поширювалася на в несімейні сфери – виробничу діяльність, родинні, сусідські відносини і т. п. В основі «сімейної тривоги», як правило, полягали погано усвідомлювана невпевненість в якомусь дуже важливому аспекті сімейного життя (наприклад, невпевненість у почуттях іншого чоловіка, в собі та ін.).

Результати аналізу стану загальної сімейної тривоги (за її інтегральним показником) та її структурних компонентів (провини, сімейної тривоги і сімейної напруженості) наведено в табл. 2.

Як видно з табл. 2, загальна тенденція полягала у погіршенні сімейної адаптації та збільшенні сімейної тривоги по мірі наростання важкості депресії. Так, середній показник сімейної провини у групі ПА склав $3,58 \pm 2,52$ балів, у групі ЕА – $3,73 \pm 2,76$ балів, у групі ПД – $4,41 \pm 2,47$ балів, у групі ЕД – $5,87 \pm 1,63$ балів, у групі ОД –

$6,54 \pm 0,53$ балів (рис. 4). При цьому розбіжності між групами пацієнток з різним генезом депресії і без ознак дезадаптації були статистично не значущими, а з ознаками дезадаптації – статистично значущими. Також значущі розбіжності виявлено при порівнянні пацієнток з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації в межах кожної етіологічної групи.

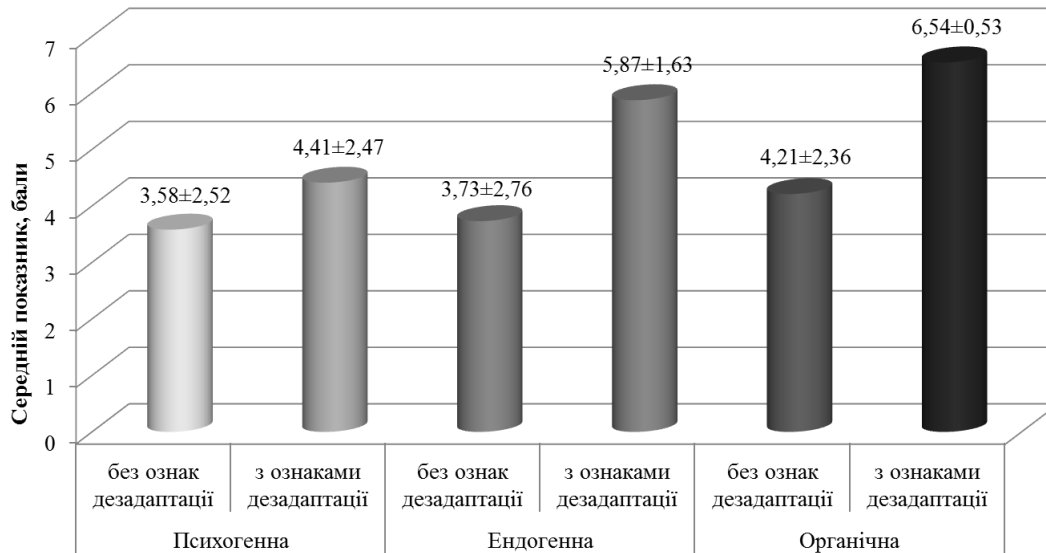


Рис. 4. Середні значення показників сімейної провини у обстежених пацієнток

Аналогічні закономірності були виявлені для тривоги як компонента загальної сімейної тривоги (рис. 5). Так, показник у групі ПА склав $3,26 \pm 2,58$ балів, у групі ЕА – $3,67 \pm 2,72$ балів, у групі ОА – $3,93 \pm 3,12$ балів, у групі ПД – $4,08 \pm 2,90$ балів, у групі ЕД – $4,63 \pm 2,77$ балів, у групі ОД – $5,56 \pm 2,57$

балів. Розбіжності були значущими при порівнянні груп пацієнток з наявністю та відсутністю ознак дезадаптації незалежно від етіології депресії, а також при порівнянні пацієнток з ознаками дезадаптації психогенного і органічного, а також ендогенного і органічного характеру.

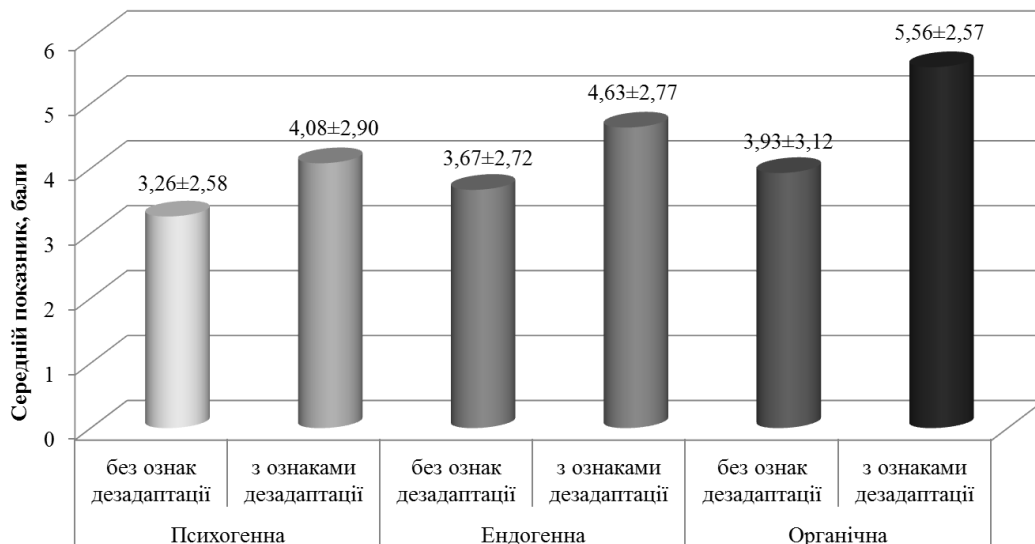


Рис. 5. Середні значення показників тривоги як компонента сімейної тривоги у обстежених пацієнток

Ті самі ж тенденції виявились притаманні сімейній напруженості (рис. 6): її рівень у групі ПА склав $0,84 \pm 2,01$ балів, у групі ЕА – $1,33 \pm 2,29$ балів, у групі ОА – $1,64 \pm 2,73$ балів, у групі ПД – $2,88 \pm 2,89$

балів, у групі ЕД – $3,09 \pm 3,17$ балів, у групі ОД – $3,56 \pm 2,75$ балів. Розбіжності були статистично значущі лише при порівнянні пацієнток з ознаками дезадаптації та без них у всіх етіологічних групах.

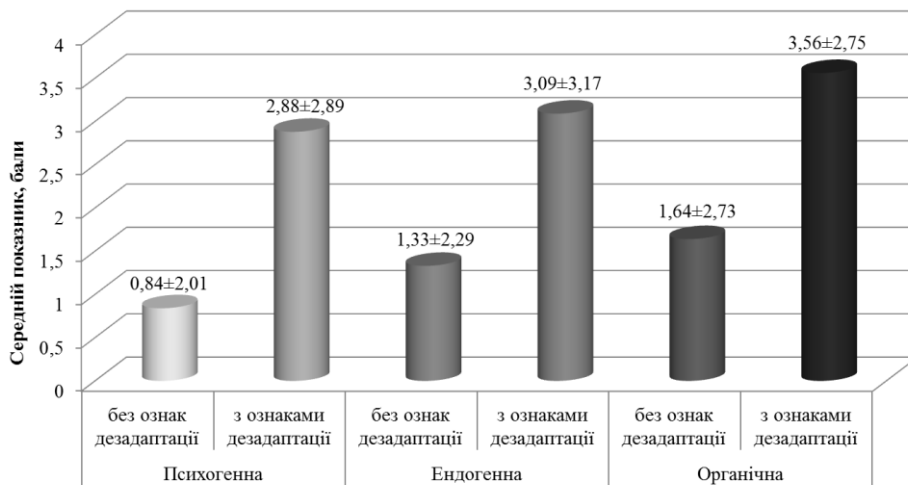


Рис. 6. Середні значення показників сімейної напруженості у обстежених пацієнток

Аналіз особливостей інтегрального показника сімейної тривоги також виявив його зростання паралельно зі збільшенням важкості депресії: найнижчий показник загального рівня сімейної тривоги виявлений у групі ПА (12,26±2,26 балів), дещо вищий – у групі ЕА (13,07±2,63 балів), ще вищий – у групі ОА (13,43±3,32 балів), ще вищий – у групі ПД

(14,95±2,75 балів), ще вищий – у групі ЕД (16,12±3,08 балів), і найвищий – у групі ОД (17,62±1,92 балів) (рис. 7). Розбіжності були статистично значущими при порівнянні пацієнток з ознаками дезадаптації та без них у всіх етіологічних групах, а також при порівнянні пацієнток з різними етіологіями депресії з ознаками дезадаптації.

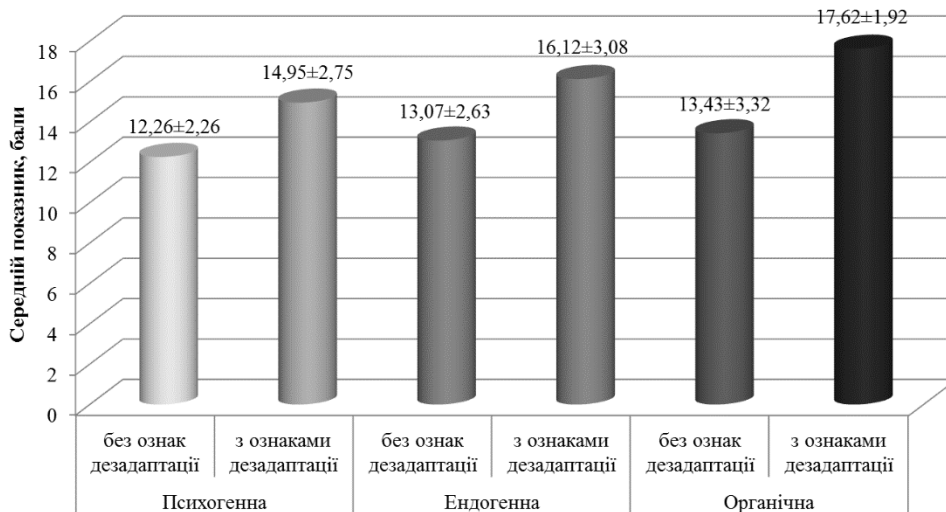


Рис. 7. Середні значення загального рівня сімейної тривоги у обстежених пацієнтів

Таким чином, дослідження дозволило встановити наявність значущих розбіжностей у показниках сімейної дезадаптації (сімейна провина, сімейна тривога і сімейна напруженість та інтегральна загальна сімейна тривога) між пацієнтками з ознаками і без ознак дезадаптації, незалежно від етіології депресії. Натомість, розбіжності між пацієнтками з різною етіологією депресії в межах груп з наявністю або відсутністю ознак дезадаптації були виражені суттєво менше.

Висновки.

Показники стану соціальної підтримки, як і показники благополуччя сімейного функціонування, у жінок з депресивними розладами різного генезу, виявили очевидну асоціацію не з етіологічним фактором хвороби, а з наявністю у хворих психосоці-

альної дезадаптації. За умови наявності ознак психосоціальної дезадаптації, у жінок встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших, а також значуще вищий рівень інтегральної сімейної тривоги та її компонентів, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів.

З одного боку, це свідчить про визначальну роль фактору дезадаптації у формуванні порушень сімейного функціонування та браку соціальної підтримки, тоді як етіологія депресії при цьому має другорядне значення.

З іншого боку, наявність психосоціальної дезадаптації може виступати як предиктором погіршення стану даних показників, так і її наслідком. У будь-якому випадку, дезінтегруюча роль психосо-

ціальної дезадаптації як фактору руйнації адаптивних психосоціальних ресурсних джерел у пацієнток, не викликає сумніву.

Ці закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих на депресію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Волошин П.В., Марута Н.О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10-18.
2. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1(82). С. 5 – 11.
3. Михайлов Б. В. Фармакодинамічні механізми терапевтичної дії і побічних ефектів антидепресантів // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 22, вип. 2(79). С. 103-106.
4. Нециркулярні депресії (монографія) / за ред. О. К. Напрєєнка. К.: Софія-А, 2013. 624 с.
5. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диа-

гностических невидимок» – на арену общемедицинской практики // Medix. AntiAging. 2009. № 5 (11). С. 18 – 22.

6. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии // Нейронews. 2013. № 8 (53). С. 16 – 20.

7. Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади: метод. рекомендації / Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко [та ін.] – Х.: М-во охорони здоров'я України; АМН України, 2011. 17 с.

8. Рахман Л. В. Клінічний профіль та моделі родинної взаємодії при терапевтично резистентних депресіях // Медична психологія. 2015. Т. 10, № 3. С. 52 – 56.

9. Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2018. № 9. С. 82 – 92.

10. Zimet G. D. The multidimensional scale of perceived social support // J. Personality assessment. 1988. Vol. 52 (1). P. 30–41.

11. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. Москва – Харьков – Минск: «Питер», 2002. С. 83 – 95.

УДК616.8-009:616.89-052

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISORDERS AND CHRONIC ITCHING

Yaremkevych R.

Medical Center "Asclepius" (Uzhhorod, Ukraine)

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕРМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО СВЕРБЕЖУ

Яремкевич Р.Р.

лікар-дерматолог Медичного центру «Асклепій» (м. Ужгород, Україна)

Abstract

Quality of life is an indicator that reflects the impact of a stressful event on a personality and the ability to adapt to negative circumstances.

Materials and methods. At medical center "Asclepius" during 2016-2018 years, observed 134 patients with dermatological disorders with chronic itching. In research we used "Electronic calculator of chronic itching" and questionnaire quality of life by Mezzich.

Results. Dermatological diseases, accompanied with a syndrome of chronic itching, negatively influenced on quality of life according to the such criteria as physical and psychological well-being, autonomy, work capacity, interpersonal interaction, socioemotional and public support. The most significant influence of chronic itching were changes related to physical and mental health, disability and the perception of external support. The increasing level of chronic itching syndrome correlated with the increasing degree of changes in the quality of life.

Conclusions. Decreasing quality of life in patients with chronic itching syndrome indicates the need to develop measures of psychological help for this category of patients.

Анотація

Якість життя є показником, що відображає вплив стресової події на особистість та здатність її пристосовуватися до несприятливих обставин.

Матеріали та методи дослідження. На базі медичного центру «Асклепій» протягом 2016 – 2018 років було обстежено 134 дерматологічні пацієнти з синдромом хронічного свербєжу. У дослідженні застосовано комп'ютерний додаток «Електронний калькулятор хронічного свербєжу» та опитувальник якості життя Mezzich.

Результати. На фоні перебігу дерматологічної патології, що супроводжується синдромом хронічного свербєжу, спостерігалось зниження якості життя за критеріями фізичного та психологічного благопо-