



## НЕПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ БРЕМЯ БОЛЕЗНИ

Наталья Николаевна Петрова<sup>1</sup>, Михаил Михайлович Шатиль<sup>2</sup><sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,  
199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9, e-mail: petrova\_nn@mail.ru;<sup>2</sup>Психоневрологический диспансер №5,  
195176, г. Санкт-Петербург, ш. Революции, 17, e-mail: mishkajackson@icloud.com

## Реферат

Бремя депрессии растёт во всём мире, ухаживающих за пациентами людей рассматривают как психологически уязвимую группу, при этом социальное бремя непсихотической депрессии остаётся неисследованным. Целью исследования было изучение клинико-функциональных характеристик непсихотической депрессии и бремени членов семей пациентов, в наибольшей степени вовлечённых в процесс взаимодействия с больными. В задачи исследования входил анализ качества жизни и совладающего поведения родственников пациентов — как характеристик их психосоциальной адаптации.

**Методы.** Применяли клинико-шкальную оценку уровня депрессии, качества жизни, уровня субъективного дистресса и особенностей копинг-поведения.

**Результаты.** Непсихотическую депрессию выявляют приблизительно через полгода от момента появления симптомов, причём более чем в 40% случаев — не психиатры, типично самолечение. Нарушения социального функционирования у больных непсихотической депрессией в большей степени затрагивают сферы социально полезной деятельности и социальных отношений, преимущественно у неработающих пациентов. 62,96% пациентов оценили отношения с близкими как хорошие, 82,6% — поддержку со стороны родственников в связи с болезнью как адекватную. В 60,87% случаев были выявлены психотравмирующие микросоциальные факторы. Среди поддерживающих лиц преобладали супруги (45,5%), из которых 60% работали, причём ограничение трудовой деятельности в связи с болезнью родственника было нехарактерно, а материальные потери незначительны. Поддерживающие близкие чаще, чем их больные родственники, оценивали взаимоотношения с больными как хорошие (81,8%). Приблизительно в 91% случаев отношение к психическому заболеванию родственника носило адекватный характер, что превышает субъективную оценку больных непсихотической депрессией. У близких родственников больных зарегистрировано снижение качества жизни, которое опосредовано выраженностью депрессии, выше среднего уровень дистресса, связанного с психическим расстройством близкого человека (64,5±9,34 балла по визуально-аналоговой шкале). Структура копинга у поддерживающих близких в целом характеризуется преобладанием конструктивных и относительно конструктивных копинг-стратегий, наиболее проблемной является эмоциональная сфера совладающего поведения.

**Вывод.** Непсихотическая депрессия, даже лёгкой и умеренной степени, ассоциирована с наличием социального бремени болезни, охватывающего не только самих больных, но и членов их семей, что обуславливает необходимость психокоррекционной работы с поддерживающими близкими людьми.

**Ключевые слова:** непсихотическая депрессия, социальное бремя, бремя семьи, качество жизни, копинг.

## NON-PSYCHOTIC DEPRESSION AND THE SOCIAL BURDEN OF ILLNESS

Natalia N. Petrova<sup>1</sup>, Mikhail M. Shatil<sup>2</sup><sup>1</sup>Saint Petersburg State University, 199034, St. Petersburg, University embankment, 7/9, e-mail: petrova\_nn@mail.ru;<sup>2</sup>Psychoneurological clinic №5, 195176, St. Petersburg, Revolution Highway, 17, e-mail: mishkajackson@icloud.com

## Abstract

The burden of depression is increasing worldwide, caregivers are seen as a psychologically vulnerable group, and the social burden of non-psychotic depression remains unexplored.

**The aim** of the study was to examine the clinical and functional characteristics of non-psychotic depression and the burden of family members of patients most involved in the interaction with patients. **The study** objectives included analysis of quality of life and co-occurring behavior of patients' relatives as characteristics of their psychosocial adaptation.

**Methods.** We used clinical and scales assessment of depression level, quality of life, subjective distress level, and coping behavior features.

**Results.** Nonpsychotic depression was detected approximately half a year after the onset of symptoms, and in more than 40% of cases — not by psychiatrists, self-treatment was typical. Impairments in social functioning in non-psychotic depression patients affected more in the areas of socially useful activities and social relationships, predominantly in non-working patients. 62.96% of patients rated relationships with loved ones as good, and 82.6% rated support from relatives in connection with the illness as adequate. In 60.87% of cases, there were psycho-traumatic microsocial factors. Spouses (45.5%) prevailed among supportive relatives, of whom 60% were employed, and limitation of labor activity due to the relative's illness was not characteristic, and material losses were insignificant. Supportive relatives more often than their sick relatives assessed the relationship with the sick as good (81.8%). In about 91% of cases, the attitude toward the mental illness of the relative was adequate, which exceeds the subjective assessment of patients with non-psychotic depression. The close relatives of the patients had decreased quality of life, which was mediated by severity of depression, higher than average level of distress related to mental disorder of the loved one (64.5±9.34 VAS scores). The structure of coping in supportive relatives is characterized on the whole by prevalence of constructive and relatively constructive coping-strategies, the most problematic being the emotional sphere of coping behavior.

**Conclusion.** Even mild to moderate non-psychotic depression is associated with the presence of social burden of illness, covering not only the patients themselves, but also their family members, which necessitates psychologically corrective work with supportive relatives.

**Keywords:** non-psychotic depression, social burden, family burden, quality of life, coping.

Существующие исследования бремени психической болезни, разработка рекомендаций по реабилитации больных и их родственников сосредоточены главным образом на шизофрении [1]. Однако депрессия остаётся не менее значимой проблемой общественного здравоохранения.

На основании результатов исследования Global Burden of Disease, проходившего в период с 1990 по 2017 г., продемонстрировано, что количество случаев депрессии во всём мире увеличилось с 17,2 млн в 1990 г. до 25,8 млн в 2017 г., то есть на 49,86%. Распространённость депрессии возросла в регионах с высоким социально-демографическим индексом, таких как Северная Америка, с высоким уровнем доходов и значительно снизилась в Южной Азии. Пропорции населения с большим депрессивным расстройством и дистимией были стабильными как в глобальном масштабе, так и в различных странах [2].

По частоте в популяции депрессия находится на 3-м месте после таких распространённых заболеваний, как артериальная гипертензия и грипп. Признаки депрессии ежегодно обнаруживают у себя около 100 млн человек. По данным исследования Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 14 учреждениях первичного звена медицинской помощи в крупных городах мира депрессивные расстройства установлены у 24% пациентов, обратившихся за медицинской помощью.

Среди людей в возрасте от 15 до 44 лет депрессия становится ведущей причиной нетрудоспособности, которая находится приблизительно на том же уровне, как и при хронических соматических заболеваниях (таких, как артрит, ишемическая болезнь сердца). Депрессивные расстройства — третья в мире причина нетрудоспособности после сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний. ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей всё человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе — среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Актуальность проблемы

также определяется тенденцией к затяжному и хроническому течению расстройства. Таким образом, депрессия вносит значительный «вклад» в глобальное бремя болезней, и, по данным ВОЗ (2018), её бремя растёт в глобальных масштабах [3–5].

В России депрессией страдают от 5 до 15% населения, и эта цифра по прогнозам специалистов будет расти, причём ещё 50 лет назад количество заболевших было в 10 раз меньше. Экономическое бремя депрессивных расстройств в России составляет 523,5 млрд рублей, или 1,26% валового внутреннего продукта [6].

Когда описывают бремя депрессии, внимание авторов акцентируется на большом депрессивном расстройстве, которое считается хроническим и инвалидизирующим заболеванием, сопровождается нарушением ролевого функционирования и снижением качества жизни, ухудшением состояния здоровья и ростом заболеваемости и смертности, частой резистентностью к терапии, что создаёт большое финансовое бремя в расходах на здравоохранение [7].

В рамках развития биопсихосоциальной модели психических расстройств не меньшее значение, чем клинические характеристики пациентов, приобретают особенности их социального, в том числе микросоциального (семейного) функционирования [8]. Медико-социальные последствия расстройств депрессивного спектра представлены не только возрастанием бремени в экономической сфере, связанного с финансовыми затратами на диагностику и лечение, трудовыми потерями, обеспечением различных форм социальной поддержки, но и занятостью членов семьи заботами о пациенте [9]. Родственникам необходимо проводить много времени с пациентом, что существенно ограничивает их социальные возможности [10].

Бремя, которое несут родственники вследствие психического заболевания члена семьи, связано с уходом за пациентом, принятием ответственности за его будущее, утратой перспективы служебного роста, ограничением отдыха, финансовыми расходами. В исследовании с помощью клинико-шкальной оценки социально-демографических факторов, влияющих на психическое здоровье и бремя болезни для ухаживающих лиц, на примере 80 амбулаторных пациентов показано, что бремя болезни значительно выше у членов семей женского пола, людей, непосредственно обеспечивающих уход, и лиц, обеспечивающих

уход за супругом/супругой, состоящих в браке в течение последнего года, по сравнению с лицами, обеспечивающими уход, не состоящими в браке с супругой/супругой, безработными и людьми, состоящими в браке более года. Бремя болезни у лиц, осуществляющих уход, не различалось при умеренной и тяжёлой депрессии, при этом более продолжительные и терапевтические резистентные депрессивные эпизоды ложились более тяжёлым бременем на людей, осуществляющих уход. Авторы подчёркивают, что раннее психосоциальное вмешательство, особенно в уязвимых семьях, ухаживающих за больными рекуррентной депрессией, является неудовлетворённой потребностью в психиатрических услугах [11].

Исследовано психическое состояние людей, ухаживающих за больными большой депрессией, а также психосоциальные корреляты, которые включают стигму, воспринимаемую социальную поддержку, религиозную приверженность и тяжесть симптомов пациента. У 47 (28,5%) ухаживающих были обнаружены депрессивные симптомы, из них у 13 (7,9%) диагностировано большое депрессивное расстройство. Факторами, связанными с развитием депрессии у сиделок, были, в частности, тяжесть симптомов депрессии у пациентов и личная стигма ухаживающих. Исследователи подчёркивают, что, помимо оптимизации лечения депрессии у пациентов, вопрос стигмы лиц, ухаживающих за больными, также нуждается в рассмотрении в качестве потенциальной цели вмешательства [12].

Повседневная жизнь родственников людей, страдающих депрессией, характеризуется напряжением, более половины из них испытывают тревогу за своё будущее. Менее информированные о болезни родственники имеют более высокие показатели нагрузки, чем остальные [13].

**Целью исследования** было изучение клинико-функциональных характеристик непсихотической депрессии и бремени болезни для членов семей больных, в наибольшей степени вовлечённых в процесс взаимодействия с больными. В **задачи** исследования входил анализ качества жизни и совладающего поведения родственников пациентов — как характеристик их психосоциальной адаптации.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 40 больных депрессией, из них 24 женщины и 16 мужчин, и поддерживающие близкие члены их семей. Средний возраст пациентов мужского пола составил  $41,5 \pm 10,5$  года, женского

пола —  $39,75 \pm 16,67$  года. Преобладали пациенты в возрасте 31–40 лет (30% случаев). Дебют непсихотической депрессии чаще происходил в возрастном периоде 31–40 лет (30% случаев). В среднем начало депрессии приходится на возраст  $37,53 \pm 13,4$  года. Среди родственников обследованных больных (возраст  $47 \pm 8,34$  года) 53,3% составили мужчины, 46,7% — женщины.

В контрольную группу вошли 25 человек без психических расстройств, в том числе 66,7% женщин. Средний возраст женщин составил  $22,7 \pm 1,16$  года, мужчин —  $22,6 \pm 0,89$  года. В этой группе среди родственников преобладали женщины (80%; возраст  $42,9 \pm 5,2$  года).

Критерием включения больных в исследование была выраженность депрессии по шкале Гамильтона более 7 баллов. Из исследования исключали пациентов с психотической депрессией. Критерием включения в исследование родственников был выбор одного наиболее вовлечённого в процесс взаимодействия с пациентом поддерживающего близкого без психических расстройств, как актуальных, так и в прошлом.

В исследовании применяли метод клинико-шкальной оценки, включая шкалу депрессии Гамильтона, шкалу персонального и социального функционирования (PSP — от англ. Personal and Social Performance Scale), визуально-аналоговую шкалу для оценки уровня стресса, связанного с болезнью. Также использовали методику опросника качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-100) для изучения связанного со здоровьем качества жизни и тест Хейма для определения ведущих копинг-стратегий.

Анализ первичных данных проведён с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием программного обеспечения MS Excel и SPSS. При проверке статистических гипотез использовали критерий Манна–Уитни для оценки значимости межгрупповых различий по количественным признакам. Для выявления наличия связи между параметрами применяли корреляционный анализ по Пирсону. Критический уровень значимости (если не оговорено иное) принимали равным 5%, то есть нулевая гипотеза отвергалась при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования.**

*Клинико-функциональная характеристика пациентов с непсихотической депрессией.* В исследовании преобладали депрессивные расстройства непсихотического уровня в рамках расстройств адаптации [F43.2. по Междуна-

Таблица 1

**Сравнительная характеристика социального функционирования работающих и неработающих больных непсихотической депрессией**

Показатель/степень выраженности нарушений социального функционирования (PSP)		Работающие пациенты, %	Неработающие пациенты, %	Достоверность различий, p
Социально полезная деятельность, включая работу и учёбу	Отсутствует	23,81	0	<0,05
	Слабо выражено	61,90	66,67	
	Заметно выражено	14,29	33,33	
Отношения с близкими и прочие социальные отношения	Слабо выражено	80,95	66,67	<0,05
	Заметно выражено	14,29	22,22	
	Значительно выражено	—	—	
	Сильно выражено	—	—	
	Очень сильно выражено	—	—	

Таблица 2

**Характеристика копинг-поведения родственников больных депрессией**

Распределение копинг-стратегий по сферам совладающего поведения		Число копинг-стратегий, %	
		Родственники больных депрессией	Родственники контрольной группы
Когнитивная сфера	Конструктивные	20,00	13,33
	Неконструктивные	13,33	13,33
	Относительно конструктивные	66,67	73,33
Эмоциональная сфера	Конструктивные	60,00	40,00
	Неконструктивные	26,7	20,00
	Относительно конструктивные	13,33	40,00
Поведенческая сфера	Конструктивные	33,33	33,33
	Неконструктивные	20	26,67
	Относительно конструктивные	46,6	40,00

родной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10); 36,67%] и депрессивные эпизоды средней степени тяжести (F32.1. по МКБ-10; 30%). Впервые выявленная депрессия зарегистрирована в 36,67% случаев, депрессия длительностью более 1 года — у 33,33% пациентов, более 5 лет — у 20%, более 10 лет — у 10%.

В структуре депрессии доминировали астено-депрессивный (51,85%) и тревожно-депрессивный (29,63%) синдромы. Идеаторный компонент депрессии был представлен в основном идеями самообвинения (25,93%), малоценности (25,93%), бесперспективности (33,4%). Выраженность депрессии в среднем по группе обследованных не превышала лёгкой степени и составила  $12,43 \pm 2,84$  балла по шкале Гамильтона. Пациенты с лёгкой и умеренной степенью депрессии встречались приблизительно в равных соотноше-

ниях с некоторым преобладанием первых (53,33 и 46,67% соответственно).

В среднем проходило  $5,57 \pm 3,05$  мес с момента появления симптомов заболевания до обращения за врачебной помощью. В 43,3% случаев наличие депрессии было выявлено врачами непсихиатрического профиля. 26,7% пациентов принимали антидепрессанты перед обращением за психиатрической помощью в рамках самолечения.

Все пациенты получали комбинированную терапию текущего депрессивного состояния, включавшую психофармакотерапию и психотерапию. Применяли сочетание антипсихотика и антидепрессанта (33,3%), включая селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в 20% и трициклические антидепрессанты в 13,3% случаев; сочетанную терапию СИОЗС и транквилизаторами (16,67%); моноте-

Таблица 3

## Частота совладающих стратегий по сферам копинг-поведения у родственников больных депрессией

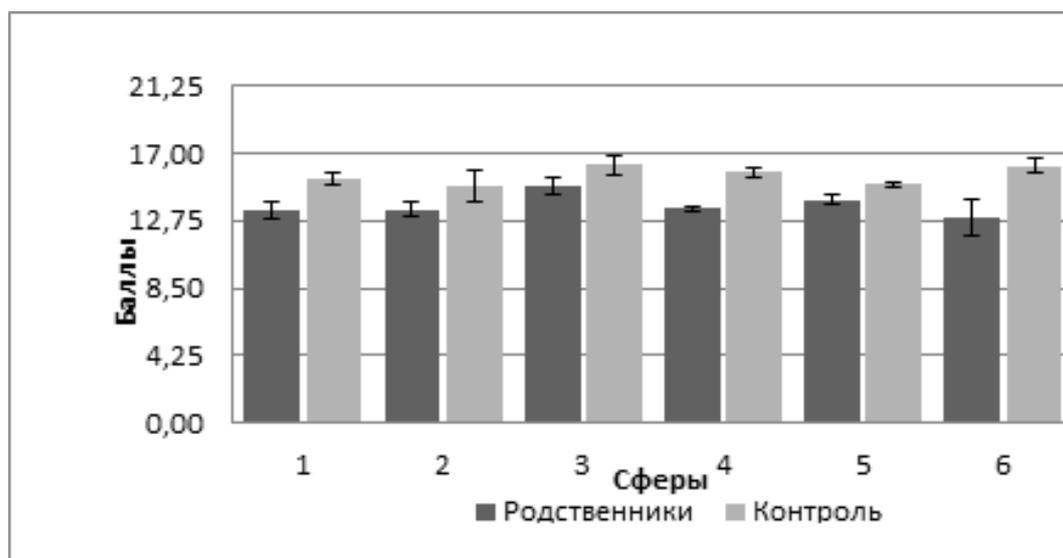
Копинг-стратегии	Доля, %
Когнитивные копинг-стратегии	
Игнорирование	0,00
Смирение	13,33
Диссимуляция	26,67
Сохранение апломба (самообладания)	40,00
Проблемный анализ	6,67
Относительность	0,00
Религиозность	6,67
Растерянность	0,00
Придача смысла	0,00
Установка собственной ценности	6,67
Эмоциональные копинг-стратегии	
Протест	6,67
Эмоциональная разрядка	0,00
Подавление эмоций	0,00
Оптимизм	66,67
Пассивная кооперация	0,00
Покорность	0,00
Самообвинение	26,67
Агрессивность	0,00
Поведенческие копинг-стратегии	
Отвлечение	26,67
Альтруизм	13,33
Активное избегание	26,67
Компенсация	0,00
Конструктивная активность	13,33
Отступление	0,00
Сотрудничество	20,00
Обращение	0,00

рапию антидепрессантами (36,6%), в том числе монотерапию СИОЗС (16,6%) и трициклическими антидепрессантами (20%).

Большинство пациентов (70%) работали. Приблизительно 50% пациентов имели высшее и одна треть — среднее специальное образование. Значительная часть пациентов проживала в отдельной квартире (77,78%) и имела хорошие бытовые условия (81,48%). 55,6% пациентов проживали в собственной семье, 44,4% — в родительской семье. Половина пациентов имели детей. В обследованном контингенте частота интеллектуального труда заметно преобладала над частотой физического труда (80,95 и 19,05%, соответственно).

Уровень социального функционирования в среднем по группе составил  $75,48 \pm 11,33$  балла по

PSP, что соответствует лёгким затруднениям функционирования. Однако уровень социального и профессионального функционирования снизился на фоне болезни у большинства обследованных (66,67%). 26,7% пациентов потеряли работу в связи с болезненным состоянием. Полностью справлялись с работой только 33,4% больных, частично — 52,3%. 14,3% утратили трудоспособность в период болезни. Нарушения социального функционирования у больных непсихотической депрессией касалось, прежде всего, социально полезной деятельности, включая работу и учёбу, сферы отношений с близкими и прочими социальными отношениями. У неработающих пациентов эти нарушения были выражены в большей степени, чем у работающих (табл. 1).



**Рис. 1. Качество жизни поддерживающих близких больных депрессией и контрольной группы:**  
 1 — физическая сфера; 2 — психологическая сфера; 3 — уровень независимости;  
 4 — социальные взаимоотношения; 5 — окружающая среда; 6 — духовная сфера

Положительное отношение к работе обнаружили 33,3% пациентов, безразличное — 47,62%, отрицательное — 19,05%. Только 19,05% пациентов оценили отношения в коллективе как хорошие. 71,43% пациентов считали отношения с сотрудниками удовлетворительными.

Больше половины пациентов оценили свои отношения с близкими как хорошие (62,96%), остальные — как удовлетворительные (37,04%). При этом 82,6% больных депрессией, согласно самооценке, имели адекватную поддержку со стороны родственников в связи с болезнью. Несмотря на преимущественно позитивную оценку пациентами своей микросоциальной ситуации, преобладающими психотравмирующими факторами были болезнь близких, утрата (потеря «значимого другого»), включая супружескую измену (60,87% случаев), конфликты в профессиональной и учебной сфере (26,09%), материально-бытовые трудности (13,04%).

*Психосоциальная характеристика поддерживающих близких.* Среди поддерживающих лиц преобладали супруги (45,5%), реже уход осуществляли родители (27,3%). Работали 60% обследованных родственников, в том числе по специальности — 40%. Ограничение в трудовой деятельности в связи с болезнью родственника отметили только 2 человека. Материальные затраты, связанные с болезнью пациента, были, согласно самооценке родственников, преимущественно низкие (72,7%) или умеренные (27,3%).

Большинство родственников (81,8%) оценивали взаимоотношения с больными как хорошие. Отношение близких к лечению пациента в 90,9% случаев было расценено как адекватное. Однако выраженность субъективного дистресса, связанного с болезнью близкого человека, оказалась высокой и достигла  $64,5 \pm 9,34$  балла по визуально-аналоговой шкале.

Структура копинга у поддерживающих близких больных непсихотической депрессией значимо не отличалась от контрольной группы, в ней преобладали конструктивные и относительно конструктивные копинг-стратегии (табл. 2).

При сравнительном анализе частоты неадаптивных копинг-стратегий у родственников больных непсихотической депрессией выявлено их заметное преобладание в эмоциональной сфере: 13,3% — в когнитивной, 26,7% — в эмоциональной, 20,0% — в поведенческой.

Представленные в табл. 3 данные отражают значительную частоту неконструктивных когнитивных копинг-стратегий «диссимуляция» и «сохранение апломба (самообладания)» у родственников больных. Эмоциональная сфера копинга отражает, с одной стороны, оптимистичные ожидания родственников в отношении исходов болезни, а с другой — склонность к принятию вины на себя за болезнь своих близких. Поведенческие копинг-стратегии поддерживающих близких больных депрессией характеризуются тенденцией к отвлечению и активному избеганию.

Сравнительный анализ качества жизни родственников больных и психически здоровых людей (по шкале ВОЗКЖ-100) представлен на рис. 1. Данные свидетельствуют о существенном снижении качества жизни поддерживающих родственников по сравнению с контрольной группой по всем параметрам, особенно в физической сфере, сфере социальных взаимоотношений и духовной сфере.

Корреляционный анализ выявил, что качество жизни (по ВОЗКЖ-100) поддерживающих родственников снижается прямо пропорционально степени выраженности депрессии у больных (по шкале Гамильтона);  $r = -0,543$ ,  $p < 0,001$ .

**Заключение.** Непсихотическая депрессия характеризуется лёгкой и умеренной степенью тяжести, чаще развивается по психогенным механизмам, проявляется преимущественно астено-депрессивным и тревожно-депрессивным синдромами, поздно диагностируется (в среднем около полугода от момента появления симптомов заболевания, приблизительно в трети случаев в этот период происходит самолечение антидепрессантами), причём более чем в 40% случаев выявляется непсихиатрами.

Для пациентов характерно ухудшение функционирования в производственной сфере и сфере социальных отношений, особенно у неработающих больных. Несмотря на преимущественно высокий уровень образования и материального обеспечения пациентов, положительную оценку своих отношений с близкими более чем в 60% случаев, наличие (согласно самооценке большинства пациентов) психологической поддержки со стороны родственников в связи с болезнью, у многих пациентов выявлены психотравмирующие микросоциальные обстоятельства.

Среди поддерживающих людей преобладали супруги (45,5%), из которых 60% работали, причём ограничение трудовой деятельности в связи с болезнью родственника было нехарактерно, а материальные потери незначительны.

Поддерживающие близкие чаще, чем их больные родственники, оценивали взаимоотношения с больными как хорошие (81,8%). Приблизительно в 91% случаев отношение к психическому заболеванию родственника носило адекватный характер, что превышает субъективную оценку больных непсихотической депрессией.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что у родственников больных непсихотической депрессией происходит снижение качества жизни как одного из показателей социального бремени семьи, что отмечено и при других аффективных расстройствах [14–16]. Значимым фактором бремени ухаживающих лиц бывает выраженность депрессии. Наиболее проблемной является эмоциональная сфера копинга, что соответствует мнению Wogowiecka-Karpiuk и соавт. [17]. Для поддерживающих людей, которые чаще бывают супругами, типичен уровень дистресса выше среднего, связанный с психическим расстройством близкого человека.

#### ВЫВОД

Непсихотическая депрессия, даже лёгкой и умеренной степени, ассоциирована с наличием социального бремени болезни, охватывающего не только самих больных, но и членов их семей, которых всё чаще признают уязвимой группой населения, подверженной негативным психологическим последствиям. Это обуславливает необходимость перейти от подхода, сфокусированного на пациенте, к комбинированному подходу, ориентированному как на пациента, так и на ухаживающего за ним человека [18, 19], включая как можно более ранние психокоррекционные мероприятия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Солохина Т.А. *Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных*. Методические рекомендации. М.: МАКС Пресс. 2012; 36. [Solokhina T.A. *Organizatsiya sotsialno-psikhologicheskoy pomoshchi rodstvennikam psikhicheski bolnykh*. Metodicheskiye rekomendatsii. M.: MAKS Press. 2012; 36. (In Russ.)]
2. Liu Q., He H., Yang J. et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J. Psychiatric Res.* 2020; 126: 134–140.
3. *World Health Organization*. www.who.int (access date: 14.12.2020).
4. *Depression*. World Health Day 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/> (access date: 11.12.2017).
5. Herrman H., Kieling C., McGorry P. Reducing the global burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *Lancet*. 2019; 393 (10189): e42–e43. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32408-5.
6. Попов В.В., Трохова М.В., Новикова И.А. *Депрессивные расстройства в общей врачебной практике*. Учебное пособие. СПб.: СпецЛит. 2017; 199 с. [Popov V.V., Trokhova M.V., Novikova I.A. *Depressivnyye rasstroystva v obshchey vrachebnoy praktike*. Uchebnoye posobiye. SPb.: SpetsLit. 2017; 199 p. (In Russ.)]
7. Culppepper L. Understanding the burden of depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (6): e19. DOI: 10.4088/JCP.10126tx1c.

8. Назим Я.О., Тараканова Е.А. Биопсихосоциальная концепция, качество жизни и реабилитация больных шизофренией. *Казанский мед. ж.* 2010; 91 (2); 264–267. [Nazim Ya.O., Tarakanova E.A. Biopsikhosotsialnaya kontseptsiya, kachestvo zhizni i reabilitatsiya bolnykh shizofreniyey. *Kazanskij meditsinskij zhurnal.* 2010; 91 (2): 264–267. (In Russ.)]
9. Мкртчян В.Р. Экономическое бремя депрессии. *Московская мед.* 2019; 2 (30): 83–84. [Mkrтчyan V.R. Ekonomicheskoye bremya depressii. *Moskovskaya meditsina.* 2019; 2 (30): 83–84. (In Russ.)]
10. Хритинин Д.Ф., Некрасов М.А. Влияние психической болезни на семейное окружение пациента. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2013; 9: 75–78. [Khritinin D.F., Nekrasov M.A. Vliyaniye psikhicheskoy bolezni na semeynoye okruzheniye patsiyenta. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova.* 2013; 9: 75–78. (In Russ.)]
11. Kumar K., Gupta M. Clinical and socio-demographic determinants of psychological health and burden in family caregivers of patients with unipolar depression. *Asian J. Psychiatr.* 2014; 9: 51–56. DOI: 10.1016/j.ajp.2014.01.002.
12. Chai Y.C., Mahadevan R., Ng C.G. et al. Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2018; 64 (6): 578–588. DOI: 10.1177/0020764018792585.
13. Kletthagen H.S. *Everyday life of relatives of persons suffering from severe depression.* Gjøvik University College Faculty of Health, Care and Nursing. 2015; 73.
14. Al-Rawashdeh S., Alshraifeen A., Alhawamdih S., Ashour A. Wellbeing and quality of life of family caregivers: influence of sleep quality. *Br. J. Community Nurs.* 2020; 25 (2): 70–75. DOI: 10.12968/bjcn.2020.25.2.70.
15. Huang L.-T., McMillan C. Mutual effects of depression on quality of life in patients and family caregivers. *Oncol. Nurs Forum.* 2019; 46 (2): 208–216. DOI: 10.1188/19.ONF.208-216.
16. Zendjidjian X., Richieri R., Adida M. et al. Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *J. Affect Disord.* 2012; 136 (3): 660–665. DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.011.
17. Borowiecka-Karpiuk J., Dudek D., Siwek M., Jaeschke R. Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48 (4): 773–787. [In Polish.]
18. Olawale K.O., Mosaku K.S., Fatoye F.O. Caregiver burden in families of patients with depression attending Obafemi Awolowo University teaching hospitals complex Ile-Ife Nigeria. *General Hospital Psychiatry.* 2014; 36: 743–747.
19. Marguerite S., Laurent B., Marine A. et al. Actor-partner interdependence analysis in depressed patient-caregiver dyads: Influence of emotional intelligence and coping strategies on anxiety and depression. *Psychiatry Res.* 2017; 258: 396–401. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.08.082.

Поступила 22.01.2021; принята в печать 15.03.2021.