

**СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ COVID-19: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ**

Ражабов М. Н.

Ташкентский государственный медицинский университет

Введение

Пандемия COVID-19 оказала значительное воздействие на психическое здоровье населения, затронув не только непосредственных пациентов, но и членов их семей, которые сталкивались с неопределённостью, риском утраты, высокой эмоциональной и физической нагрузкой. По данным Всемирной организации здравоохранения, ухудшение эпидемиологической обстановки сопровождалось выраженным ростом тревожных и депрессивных расстройств, что усиливалось избыточным информационным фоном и социальными ограничениями.

Introduction

Международные исследования подтверждают значительное увеличение распространённости тревожно-депрессивных реакций: в США почти половина опрошенных сообщили о серьёзной тревоге, а до 40% — об опасении смерти близких; количество назначений анксиолитиков выросло на 34,1%, антидепрессантов — на 18,6%. В КНР тревожные симптомы выявлены у 30%, депрессия — у 17%, острые стрессовые реакции — у 35% населения.

В отечественной психиатрии психическое здоровье родственников больных COVID-19 оставалось малоизученным до проведения комплексного исследования Ражабова М.Н., в котором впервые были систематизированы социальные, психологические и клиничко-психопатологические характеристики этих пациентов, а также описаны закономерности формирования у них психических расстройств и используемые копинг-стратегии.

Цель исследования: изучить социальные и психологические особенности родственников больных COVID-19, определить факторы риска и характер используемых копинг-стратегий.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, проходивших обследование и лечение в трёх крупнейших специализированных психиатрических учреждениях Республики Узбекистан: Городском психоневрологическом диспансере, Городской клинической психиатрической больнице и Республиканской психиатрической больнице города Ташкента. Выбор данных учреждений был обусловлен как их высокой доступностью для населения, так и значительным количеством обращений во время пандемии, что обеспечило репрезентативность выборки и позволило исследовать широкий спектр психических расстройств, связанных со стрессом заболевания COVID-19 у членов семьи.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от клиничко-анамнестических данных и обстоятельств возникновения психических нарушений. **Основную группу**

составили **75 пациентов**, являющихся родственниками лиц, перенёсших COVID-19 (в том числе тяжёлые и крайне тяжёлые формы заболевания). У членов данной группы, согласно клинической оценке, развились **тревожно-депрессивные состояния, адаптационные расстройства**, а также **острые и затяжные стресс-индуцированные реакции**, что позволяло рассматривать их как прямое психическое последствие переживания болезни у близкого человека. В ряде случаев нарушения формировались на фоне высокой эмоциональной вовлечённости в уход за больным, страха утраты и выраженной неопределённости прогноза, что отражало специфику психотравмирующей ситуации пандемии.

Контрольная группа включала **45 пациентов**, находившихся на лечении в тех же психиатрических учреждениях, но не имевших в анамнезе факта заболевания COVID-19 у близких родственников. У них также отмечались различные формы тревожно-депрессивных и нейротических расстройств, однако они не были связаны с переживанием болезни члена семьи. Это позволило использовать данную группу для сравнения выраженности психопатологических проявлений, особенностей копинг-поведения и личностных характеристик, исключая влияние прямого стрессора, связанного с COVID-19.

Для комплексного исследования клинических, психологических и социальных характеристик пациентов был применён широкий набор методов, включающий как традиционные психиатрические подходы, так и современные психометрические инструменты. **Клинико-психопатологический метод** позволил провести детализированную оценку структуры психических нарушений, определить ведущие синдромы, динамику симптоматики и индивидуально-типологические особенности переживания болезни родственника. **Клинико-анамнестический и катamnестический методы** обеспечили реконструкцию хронологии развития нарушений, выявление факторов риска, особенностей семейного и социального контекста, а также оценку влияния пандемии на психологическое состояние пациента.

Для анализа эмоциональной регуляции, уровня тревоги, депрессии и копинг-стратегий применялся **экспериментально-психологический метод** с использованием стандартизированных психометрических инструментов. В частности, использовалась анкета **COPE**, направленная на оценку предпочитаемых стратегий совладания со стрессом (активный, избегающе-пассивный, эмоционально-ориентированный копинг и др.), что особенно важно в условиях пандемического стрессора. Шкала **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale) применялась для количественного определения тяжести тревожных и депрессивных симптомов у пациентов. Дополнительно использовалась **шкала стрессовых реакций**, позволяющая выявить динамику острых эмоциональных реакций на пережитую ситуацию заболевания и угрозу утраты близкого.

Полученные данные были подвергнуты анализу с применением **методов математико-статистической обработки**, что обеспечило объективность интерпретации результатов, позволило выявить значимые межгрупповые различия и установить корреляции между типами копинг-поведения, социальными характеристиками и выраженностью психических нарушений.

Выбор указанных методов был обусловлен необходимостью **комплексного, многоуровневого изучения** состояния пациентов, включающего клинические проявления, социальное функционирование, особенности эмоционального реагирования и стратегии совладания со стрессом, что позволило получить целостную картину влияния заболевания COVID-19 у близких на психическое здоровье членов семьи.

Результаты. Социально-демографические особенности

Анализ социального статуса обследованных пациентов выявил выраженные различия между родственниками больных COVID-19 и представителями контрольной группы. Эти различия позволяют говорить о более высокой социальной уязвимости первой группы и о том, что пандемия существенно затронула ключевые аспекты их жизни, включая занятость, семейный статус и уровень социальной активности.

Таблица 1. Социальные характеристики обследованных пациентов

Показатель	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Высшее образование	36,0	48,8
Не работают по специальности	20,7	11,1
Эпизодические заработки	30,7	17,7
Не работают	24,0	15,5
Неполная семья	34,7	22,2
Снижение социальной активности	62,7	38,8

Полученные данные демонстрируют, что у родственников COVID-больных отмечается более низкий уровень социального и профессионального благополучия. В частности, среди них реже встречаются лица с высшим образованием (36,0% против 48,8% в контрольной группе). Это может свидетельствовать о меньшей сформированности навыков критического мышления, ограниченном доступе к достоверной информации и сниженной стрессоустойчивости, что особенно актуально в условиях пандемии, характеризующейся информационной перегрузкой и неопределённостью.

В профессиональной сфере также прослеживаются значимые различия. Родственники COVID-больных чаще работали не по специальности (20,7% против 11,1%), что может отражать нестабильность трудовой деятельности, недостаточную удовлетворённость работой или ограниченные социально-экономические возможности. Ещё более выражены различия в доле пациентов с эпизодическими заработками: 30,7% в основной группе против 17,7% в контрольной. Подобная форма занятости обычно связана с отсутствием стабильного дохода и социальной защиты, что делает человека более восприимчивым к стрессовым факторам.

Доля полностью неработающих пациентов также выше среди родственников COVID-больных (24,0% против 15,5%). Это может быть обусловлено как объективными условиями пандемии (ограничения, уход за больным родственником), так и психоэмоциональными последствиями пережитой стрессовой ситуации. Безработица, снижение дохода и неуверенность в будущем усиливают тревожность и способствуют формированию депрессивных реакций.

Значимым фактором является и семейная структура: в основной группе неполные семьи отмечены у 34,7% пациентов, тогда как в контрольной — у 22,2%. Неполная семья предполагает меньший объём доступной поддержки, перераспределение обязанностей и повышенную эмоциональную нагрузку на одного родственника. Именно в условиях кризиса роль социальной и семейной поддержки многократно возрастает, а её отсутствие становится серьёзным предиктором психической дезадаптации.

Особенно показательным является выраженное снижение социальной активности, наблюдаемое у 62,7% пациентов основной группы, что значительно превосходит аналогичные показатели в контрольной группе (38,8%). Снижение социальной активности может быть связано как с карантинными ограничениями и страхом заражения, так и с формированием депрессивно-тревожных реакций, характерных для родственников тяжело больных COVID-19. Ограничение социальных контактов, отказ от привычных форм взаимодействия и снижение участия в общественной жизни усугубляют эмоциональное напряжение и приводят к формированию замкнутого круга социальной и психологической дезадаптации.

Таким образом, родственники больных COVID-19 характеризуются снижением продуктивной занятости, выраженной социальной нестабильностью, большей долей неполных семей и значительным уровнем социальной дезадаптации. Эти факторы оказывают существенное влияние на эмоциональное состояние пациентов, повышают риск развития тревожно-депрессивных нарушений и определяют необходимость комплексного междисциплинарного подхода к сопровождению данной категории населения.

У родственников пациентов, входивших в основную группу исследования, выявлялся широкий спектр психологических нарушений и клинических проявлений, связанных с высокой эмоциональной нагрузкой и стрессовой ситуацией, обусловленной болезнью близкого человека. Наиболее часто наблюдались повышенный уровень тревожности и депрессивные переживания, которые сопровождались выраженной эмоциональной истощаемостью. Пациенты отмечали значительные нарушения сна, включая трудности с засыпанием, частые пробуждения и чувство недостаточного отдыха.

Помимо этого, у обследованных имелись соматизированные проявления тревоги, когда эмоциональное напряжение выражалось через физические симптомы, такие как сердцебиение, боли в области груди, мышечное напряжение и головные боли. Также отмечались обсессивно-фобические мысли, выразившиеся в навязчивых страхах за здоровье близкого, чрезмерной сосредоточенности на медицинских симптомах и постоянной необходимости контроля ситуации. Часто имели место стресс-индуцированные реакции, включая раздражительность, плаксивость, чувство беспомощности и снижение способности к адекватной социальной и профессиональной активности.

К факторам риска развития психических расстройств относились как индивидуальные, так и социально-демографические характеристики. Среди них особенно выделялись женский пол и высокая эмоциональная вовлечённость в уход за больным. Важным стрессовым фактором являлось переживание угрозы жизни родственника, что

значительно усиливало эмоциональное напряжение. Недостаток социальной поддержки со стороны семьи, друзей или профессиональных служб усугублял выраженность психопатологических проявлений. Среди личностных особенностей риска можно отметить тревожно-мнительную и эмоционально неустойчивую акцентуацию характера, а также наличие в анамнезе эпизодов депрессий или невротических расстройств, что повышало вероятность развития новых психических нарушений в условиях острого стресса.

Таким образом, у пациентов основной группы наблюдалась сложная клиническая картина, сочетающая эмоциональные, соматические и когнитивные проявления психического стресса, обусловленные как непосредственными обстоятельствами болезни близкого человека, так и индивидуальными особенностями личности.

Частота основных психических реакций. Анализ частоты психических реакций у родственников пациентов выявил преобладание тревожных и депрессивных состояний, а также стресс-индуцированных реакций и нарушений сна. Наиболее распространённой реакцией является тревога, выявленная у 78% обследованных. Повышенный уровень тревожности, как правило, обусловлен переживанием угрозы жизни больного, высокой эмоциональной вовлечённостью в уход и личностными особенностями, такими как тревожно-мнительная или эмоционально неустойчивая акцентуация. Тревожные состояния у таких пациентов часто сопровождаются соматизированными проявлениями — сердцебиением, мышечным напряжением, головными болями, что отражает функциональную связь психоэмоционального стресса с физическим состоянием организма.

Депрессивные переживания отмечены у 64% респондентов. Их возникновение связано с ощущением беспомощности, постоянной эмоциональной нагрузкой и недостаточной социальной поддержкой. Депрессивные симптомы проявляются снижением настроения, апатией, утратой интереса к повседневной деятельности, а также эмоциональной истощаемостью.

Нарушения сна выявлены у 60% участников, что коррелирует с высоким уровнем тревоги и депрессии. Типичные проявления включают трудности с засыпанием, частые ночные пробуждения и ощущение хронической усталости. Эти нарушения усиливают утомляемость, снижают стрессоустойчивость и могут способствовать развитию соматических жалоб.

Стресс-индуцированные реакции регистрировались у 52% респондентов. Они выражаются в раздражительности, эмоциональной лабильности, плаксивости, а также снижении когнитивной и социальной активности. Эти реакции свидетельствуют о неспецифической стрессовой перегрузке организма, вызванной длительным переживанием ситуации болезни близкого.

Обсессивно-фобические мысли встречались у 34% обследованных. Они проявляются навязчивой фиксацией на состоянии пациента, страхами возможного ухудшения здоровья и постоянной необходимостью контроля за медицинскими показателями. Данный симптомокомплекс отражает сочетание тревожно-мнительной акцентуации характера с воздействием сильного стрессора.

ПТСР-подобные проявления были зафиксированы лишь у 6,7% участников. Полная клиническая картина посттравматического стрессового расстройства встречалась редко, что значительно ниже мировых показателей (30–35%). Вероятной причиной низкой частоты ПТСР является относительно небольшой процент летальных исходов среди родственников обследованных пациентов, что уменьшает интенсивность травматического воздействия. Тем не менее, у небольшой группы пациентов наблюдались типичные ПТСР-симптомы: повторяющиеся тревожные воспоминания, эмоциональная гиперреактивность и избегание стрессовых ситуаций.

Таким образом, данные диаграммы демонстрируют, что основная группа родственников пациентов характеризуется преобладанием тревожно-депрессивных и стрессовых состояний, нарушений сна и обсессивно-фобических симптомов, тогда как выраженные посттравматические реакции встречаются относительно редко. Эти особенности подчеркивают необходимость ранней психопрофилактики, психоэдукации и поддерживающих вмешательств для снижения риска хронизации психических расстройств.

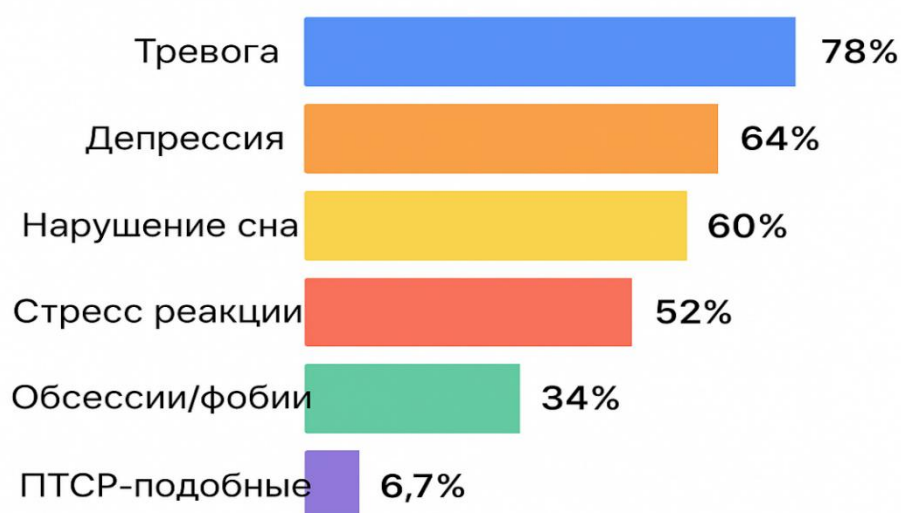


Диаграмма 1. Частота основных психических реакций (аски-графика)

Примечание: ПТСР в полном виде диагностирован лишь у 6,7% пациентов — значительно ниже мировых показателей (30–35%), что вероятно связано с меньшим количеством летальных исходов среди обследованных родственников.

Копинг-поведение родственников. Исследование копинг-стратегий родственников пациентов показало выраженное различие между адаптивными и неадаптивными формами реагирования на стресс.

Среди адаптивных стратегий наиболее распространёнными были проблемно-ориентированный копинг и поиск социальной поддержки. Так, 64% респондентов активно искали лекарства, консультации и информацию о состоянии больного, а 53%

обращались к родственникам, друзьям и соседям за эмоциональной поддержкой. Данные стратегии способствовали снижению тревожности, повышению уверенности в своих действиях и улучшению эмоциональной регуляции.

Неадаптивные формы копинга включали отрицание, избегание, эмоциональную изоляцию, катастрофизацию и алкоголизацию. Эти реакции наблюдались чаще в основной группе, чем в контрольной, и были связаны с повышенным риском психических расстройств.

Таблица 2. Частота использования копинг-стратегий по COPE

Стратегия	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Активный копинг	64	42
Поиск информации	70	45
Поиск эмоциональной поддержки	53	38
Отрицание	40	22
Избегание	36	29
Позитивная переоценка	28	41
Юмор	12	27
Алкоголизация	10	7

Анализ взаимосвязи копинга и психических расстройств показал, что отрицание и избегание увеличивали риск депрессии до 70%, тогда как активный копинг снижал его почти вдвое. Поиск социальной поддержки уменьшал уровень тревожности на 30–35%, а эмоциональная изоляция была связана с тяжёлой депрессией в 55% случаев.

Таким образом, адаптивные стратегии копинга, особенно активный поиск информации и социальная поддержка, оказывают выраженное профилактическое влияние на психическое состояние родственников пациентов, тогда как дезадаптивные формы усиливают эмоциональную нагрузку и риск психических нарушений.

Обсуждение. Результаты исследования подтвердили, что родственники пациентов с COVID-19 представляют собой психологически уязвимую группу, испытывающую выраженный стресс и эмоциональное напряжение. Основными факторами, определяющими такую уязвимость, являются сочетание угрозы для жизни близкого человека, высокой степени неопределённости, социальной изоляции, дефицита достоверной информации о состоянии больного, необходимости постоянного ухода и контроля за его здоровьем, а также нарушения социального функционирования. Подобные условия создают хронический эмоциональный и когнитивный стресс, что проявляется в тревожно-депрессивных реакциях, нарушениях сна, соматизированной тревоге и обсессивно-фобических мыслях.

Сравнение полученных данных с мировыми исследованиями показывает сходство в структуре психопатологических проявлений, однако выявляются и особенности, обусловленные культурно-социальным контекстом Узбекистана. В частности, формальные клинические проявления ПТСР наблюдались значительно реже — всего у 6,7% обследованных, что значительно ниже международных показателей (30–35%). Это

может быть связано с меньшим числом летальных исходов в выборке и с особенностями культурного реагирования на стресс, включая высокую вовлечённость семьи в уход за больным. Кроме того, родственники преимущественно используют совместно-ориентированные копинг-стратегии, направленные на поддержку друг друга и решение проблем в коллективе, тогда как профессиональная психологическая помощь остаётся недостаточной.

Особое значение для психического состояния родственников имели применяемые стратегии копинга. Эффективные адаптивные формы, такие как активный поиск информации, участие в уходе и обращение за социальной поддержкой, способствовали снижению выраженности тревоги и депрессии, улучшению эмоциональной регуляции и повышению устойчивости к стрессу. Наоборот, неадаптивные стратегии — отрицание, избегание, эмоциональная изоляция и катастрофизация — усиливали психопатологические проявления, увеличивали риск депрессии и тяжёлой тревоги. Таким образом, копинг-поведение выступает ключевым фактором, определяющим тяжесть психических расстройств и эффективность адаптации к стрессовой ситуации.

Заключение. Результаты исследования подтверждают, что родственники пациентов с COVID-19 представляют собой психологически уязвимую группу, испытывающую значительный эмоциональный и социальный стресс. У 78% респондентов отмечалась тревога, у 64% — депрессивные переживания, у 60% — нарушения сна, а у 52% — стресс-индуцированные реакции. Основными факторами риска психических нарушений выступали женский пол, высокая эмоциональная вовлечённость в уход, низкая социальная поддержка и наличие предшествующих психических расстройств. Полная клиническая картина ПТСР регистрировалась лишь у 6,7% участников, что связано с особенностями выборки и культурными характеристиками реагирования на стресс.

Ключевым модификатором тяжести психических расстройств оказались стратегии копинга. Адаптивные формы, такие как активный поиск информации, участие в уходе и обращение за социальной поддержкой, снижали выраженность тревоги и депрессии, повышая устойчивость к стрессу. В то же время неадаптивные стратегии — отрицание, избегание, эмоциональная изоляция и катастрофизация — усиливали психопатологические проявления и повышали риск тяжёлой депрессии и тревоги.

Полученные данные подчёркивают необходимость разработки комплексных программ психологической поддержки для родственников COVID-пациентов, включая психоэдукацию, консультирование, поддержку социальной сети и формирование эффективных стратегий копинга. Реализация таких мер позволит снизить эмоциональную нагрузку, предотвратить хронизацию психических нарушений и улучшить качество жизни семей.

Список литературы

1. Vindegaard N, Benros ME. **Psychiatric symptoms and mental health disorders during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis.** Brain Behav Immun. 2020; 89:531–542. doi:10.1016/j.bbi.2020.05.059

2. Jafari-Oori M, et al. **Psychiatric distress in family caregivers of patients with COVID-19.** Arch Psychiatr Nurs. 2022; 36(4):347–353. doi:10.1016/j.apnu.2022.02.005
3. Mirhosseini S, et al. **Psychological distress as a predictor of the burden of care in family caregivers of COVID-19 patients.** BMC Psychiatry. 2022; 22:469. doi:10.1186/s12888-022-04139-1
4. Rostami M, et al. **Stress, anxiety and depression among family caregivers of COVID-19 patients.** J Multidiscip Healthc. 2022; 15:1263–1274. doi:10.2147/JMDH.S359409
5. Sayadi L, Masoumi Fard F. **Relationships between burden of care and mental health of family members of hospitalized patients with COVID-19.** Nurs Midwifery J. 2022; 20(3):1–12. Available from: <https://nmj.goums.ac.ir>
6. Dellafiore F, et al. **The impact of the COVID-19 pandemic on family caregivers of older adults.** Front Public Health. 2022; 10:883402. doi:10.3389/fpubh.2022.883402
7. Williams N, et al. **Family caregivers' symptoms of anxiety, depression, and stress during the COVID-19 pandemic: associations with health behaviors and family environment.** Health Soc Care Community. 2023; 31(2):e408–e419. doi:10.1111/hsc.13852
8. Lovik A, et al. **Elevated symptoms of depression and anxiety among family members of COVID-19 patients: a systematic review.** Lancet Reg Health Eur. 2023; 24:100560. doi:10.1016/j.lanepe.2023.100560
9. Sun HL, et al. **Depression and anxiety among caregivers of psychiatric inpatients during the late stage of the COVID-19 pandemic: A network analysis.** Front Psychiatry. 2024; 15:1411500. doi:10.3389/fpsyt.2024.1411500
10. Gopalan RTK, et al. **Psychological impact of COVID-19 on patients and their family members.** MAMC J Med Sci. 2021; 7(2):55–61. doi:10.4103/mjms.mjms_87_21
11. Thakur MR, et al. **Depression, stress, anxiety, and family burden in caregivers of patients with severe mental illness during the Omicron wave.** Int J Soc Psychiatry. 2024; 70(2):450–462. doi:10.1177/00207640241100012
12. Mirhosseini S, et al. **Association between accompanying duration and anxiety/depression among family caregivers during COVID-19 pandemic.** Front Psychiatry. 2024; 15:1411501. doi:10.3389/fpsyt.2024.1411501
13. Sayadi L, Masoumi Fard F. **Impact of stress on care burden and mental health among family caregivers of hospitalized COVID-19 patients.** Nurs Midwifery J. 2022; 20(4):23–34. Available from: <https://nmj.goums.ac.ir>
14. Scopelliti M, et al. **Mental health impact by COVID-19 in hospitalized patients and their relatives.** Psicothema. 2022; 34(3):450–457. doi:10.7334/psicothema2022.150
15. Vindegaard N, et al. **Mental health during the COVID-19 pandemic: general population, patients, and caregivers.** Curr Opin Psychiatry. 2021; 34(4):301–309.