

УДК616.895.4-0.85

Д-р мед. наук, проф. Н. Г. ПШУК, А. О. КАМІНСЬКА

## ЗДАТНІСТЬ ДО АКЦЕПЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Вивчено особливості здатності до акцепції соціальної підтримки у хворих на шизофренію та афективні розлади залежно від динаміки розвитку захворювання. Визначено донорів соціальної підтримки: сім'я, друзі та важливі інші. Встановлено, що така здатність у хворих на шизофренію знижується з подовженням тривалості захворювання, тоді як у пацієнтів із афективними розладами сприйняття соціальної підтримки мало змінюється.**

*Ключові слова: параноїдна шизофренія, афективні розлади, соціальна підтримка, донори соціальної підтримки.*

Останніми роками особливого значення набуває вивчення системи соціальної підтримки та здатності до її акцепції пацієнтами з психічними розладами у контексті їх соціального функціонування та соціальної адаптації [1]. Соціальна підтримка — це специфічна форма допомоги для подолання впливу стресових чинників середовища та надмірних суб'єктивних вимог, які висуває соціальне оточення індивідууму.

Існують три основні характеристики соціальної підтримки: 1) тип підтримки, включаючи її кількість і задоволеність нею; 2) джерела підтримки — фахівці, сім'я, друзі, організації; 3) функції підтримки — емоційна та інструментальна [2]. Крім того, підтримка може бути безпосередньою, що спрямована на самого пацієнта чи його референтного родича, або ж опосередкованою — через

активізацію соціальних мереж пацієнта та його найближчого оточення [3].

Здатність до акцепції соціальної підтримки є інтегрованим показником і свідчить про уміння особи визначати найбільш пріоритетні стосунки з представниками соціуму (сім'я, друзі, важливі інші) [4].

Провідна роль у наданні соціальної підтримки пацієнтам із шизофренією та афективними розладами безперечно належить сім'ї та референтним родичам. Протягом останніх трьох десятиліть збільшилася кількість досліджень ролі соціальної підтримки сім'ї у перебігу шизофренії. Важливе значення має сімейне середовище як фактор, що сприяє рецидиву або ж реабілітації пацієнта [5]. Високофункціональні сім'ї допомагають своєму хворому члену підтримувати належний рівень

комунікації, емоційного та поведінкового контролю, а також сприяють вирішенню проблем та ефективній копінг-поведінці [6].

Окрім сім'ї, система соціальної підтримки пацієнта може походити з інших джерел, включаючи друзів, людей, що здійснюють догляд, соціальних працівників, сусідів по палаті, членів групи із взаємопідтримки пацієнтів, інтернет-форуми тощо. Розуміння джерел надходження соціальної підтримки та оцінка здатності пацієнтів до її акцепції можуть забезпечити підвищення ефективності соціальної підтримки, заохочення та лікування [7]. Виявлено, що соціальна підтримка загалом сильно корелює з функціонуванням сімей психічно хворих пацієнтів. Соціальна підтримка родичів пов'язана з усіма аспектами функціонування сім'ї [8, 9].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей здатності сприймати соціальну підтримку у хворих на параноїдну шизофренію та афективні розлади.

За умов інформованої згоди нами було обстежено 168 хворих на параноїдну шизофренію (основна група — ПШ), з них — 97 чоловіків і 71 жінка, та 75 пацієнтів з афективними розладами — біполярним афективним та рекурентним депресивним розладами (ОГАФР), із них — 45 чоловіків та 30 жінок. Основним критерієм включення хворих до участі у дослідженні була наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0 за МКХ-10) та афективного розладу (F30-39), іншими критеріями — епізодичні прояви психозу з прогресивним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами у хворих на шизофренію; динаміка розладів афективної сфери; стан ремісії; власна або ж батьківська сім'я; згода дружини, чоловіка або іншого референтного родича взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення визначено: вік пацієнтів молодше 23 та старше 45 років через вікові патопластичні впливи на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; гостра продуктивна симптоматика або ж гострий маніакальний чи депресивний стан; ознаки шизофренічного дефекту.

Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (у середньому  $34,1 \pm 0,8$  року). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше року (у середньому 2,7 року). Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до чотирьох років (ОГПШ-1), у 58 — чотири — вісім років (ОГПШ-2) та у 53 — понад вісім (ОГПШ-3). Середній вік манифестації захворювання становив  $25,3 \pm 2,9$  року. У групі хворих із афективними розладами тривалість хвороби у 34 пацієнтів була до чотирьох років

(ОГАФР-1), у 22 — чотири — вісім (ОГАФР-2) та у 19 — понад вісім років (ОГАФР-3). Контрольну групу (КГ) становили 55 осіб, які ніколи не звертались по допомогу до лікарів із приводу психічного розладу. Обстежені респонденти основних та контрольної груп були репрезентативними за основними соціально-демографічними характеристиками. Дослідження акцепції соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPSS, запропонованої Зіметом [10].

У подоланні стресових та проблемних ситуацій процес соціальної підтримки відіграє ключову роль. Завдяки здатності сприймати чи не сприймати соціальну підтримку формується соціальна й комунікативна активність особистості, визначаються особливості її емоційного та поведінкового реагування. Просоціальні мережі можуть формувати почуття взаємної довіри, надійності у стосунках, відданість, усвідомлення того, що, незважаючи на обставини, хворій людині буде забезпечена підтримка, що набуває особливого значення для пацієнтів, які перебувають поза межами психіатричного стаціонару.

Обстежені нами хворі як в цілому, так і за окремими сферами мали значно нижчий суб'єктивний рівень акцепції соціальної підтримки порівняно зі здоровими особами (таблиця).

#### Результати дослідження здатності до акцепції соціальної підтримки в обстежених хворих ( $M \pm m$ )

Субшкали	Групи		
	ОГПШ, $n = 168$	ОГАФР, $n = 75$	КГ, $n = 55$
Сім'я	$2,6 \pm 0,7$	$3,2 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,2$
Друзі	$1,3 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,7$	$3,5 \pm 0,5$
Важливі інші	$2,0 \pm 0,1$	$2,8 \pm 0,5$	$3,2 \pm 0,8$
Сумарна оцінка	$5,9 \pm 2,0$	$8,3 \pm 1,5$	$10,5 \pm 1,1$

Примітка.  $p < 0,01$ .

Показники загальної оцінки здатності до акцепції соціальної підтримки виявились нижчими у пацієнтів основних груп порівняно з результатами у КГ:  $5,9 \pm 2,0$  бала; або 49,2% за максимальним ступенем вираженості в ОГПШ;  $8,3 \pm 1,5$  (69,2%) — в ОГАФР;  $10,5 \pm 1,1$  (87,5%) — в КГ. За субшкалою «Сім'я» пацієнти ОГПШ отримали нижчий показник, ніж обстежені ОГАФР та КГ:  $2,6 \pm 0,7$  (65,0%),  $3,2 \pm 0,8$  (80,0%) та  $3,8 \pm 0,2$  бала (87,5%) відповідно. Знижені показники отримано і за субшкалами «Друзі» ( $1,3 \pm 0,2$  бала (32,5%) — в ОГПШ;  $2,3 \pm 0,7$  бала (57,5%) — в ОГАФР;  $3,5 \pm 0,5$  бала (87,5%) — в КГ) та «Важливі інші» ( $2,0 \pm 0,1$  (50,0%);  $2,8 \pm 0,5$  (70,0%) і  $3,2 \pm 0,8$  бала (87,5%) відповідно). В основній групі пацієнтів

із шизофренією за субшкалою «Сім'я» тільки 47 (27,9%) хворих показали 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 54 (32,1%) — 75%-ову; 29 (17,3%) — 50%-ову та 10 (5,9%) — 25%-ову. Натомість в основній групі пацієнтів з афективними розладами розподіл мав такий вигляд: 22 (29,3%) хворих показали 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 20 (26,7%) — 75%-ову; 12 (16,0%) — 50%-ову та 14 (18,7%) — 25%-ову. За субшкалою «Друзі» лише 33 (19,6%) хворих ОГПШ виявили 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 49 (29,1%) — 75%-ову; 35 (20,8%) — 50%-ову та 51 (30,4%) — 25%-ову. У ОГАФР розподіл був таким: 9 (12,0%) хворих показали 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 18 (24,0%) — 75%-ову; 25 (33,3%) — 50,0% та 27 (36,0%) — 25%-ову. За субшкалою «Важливі інші» 37 (22,0%) пацієнтів із шизофренією показали 100%-ову акцепцію соціальної підтримки; 66 (39,3%) — 75%-ову; 42 (25,0%) — 50%-ову та 23 (13,7%) — 25%-ову. В основній групі пацієнтів з афективними розладами розподіл за цієї шкалою такий: 11 (14,7%) хворих показали 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 16 (21,3%) — 75%-ову; 19 (25,3%) — 50%-ову та 24 (32,0%) — 25%-ову.

Результати за субшкалами «Сім'я», «Друзі», «Важливі інші» у респондентів КГ були розподілені рівномірно. За субшкалою «Сім'я» 22 (40,0%) особи виявили 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 17 (30,9%) — 75%-ову; 12 (21,8%) — 50%-ову та 4 (7,2%) — 25%-ову. За субшкалою «Друзі» 25 (45,4%) респондентів показали 100%-ову вираженість акцепції соціальної підтримки; 15 (27,2%) — 75%-ову; 9 (16,3%) — 50%-ову та 6 (10,9%) — 25%-ову. За субшкалою «Важливі інші» у 19 (34,5%) здорових чоловіків КГ була 100%-ова акцепція соціальної підтримки; у 24 (43,6%) — 75%-ова; 7 (12,7%) — 50%-ова та у 5 (9,0%) — 25%-ова.

Знижений рівень акцепції соціальної підтримки є однією з найважливіших характеристик соціально-підтримуючого процесу у хворих на шизофренію та афективні розлади. Порушені інтерперсональні стосунки в родині пригнічують бажання її членів надавати підтримку хворим, стиль життя яких призводить до дезінтеграції та розриву сімейних стосунків. Протидія з боку членів сім'ї щодо змін поведінки, негативне емоційне реагування на будь-яку подію викликало у пацієнтів із шизофренією та афективними розладами негативні й агресивні прояви, посилювало емоційну нестійкість, агресивність, дратівливість. Соціальна підтримка сім'ї не відповідала запитам хворого та не збігалася з його намірами, бажаннями, потребами. Як наслідок, пацієнти відмовлялись від

підтримки членів родини, ставали некомплаєнтними, а стосунки були ще більш негативно емоційно забарвленими.

Що ж стосується соціальної мережі «Друзі», то дослідження її в динаміці (анамнестично) переконливо показує, що для хворих на шизофренію вона нівелюється та згодом перестає існувати. Наростання явищ емоційно-вольового сплюснення, аутизму сприяє формуванню неадекватної соціальної мережі, де партнерами та друзями пацієнтів стають випадкові знайомі, тоді як хворі з АФР надають перевагу дружній підтримці у складних ситуаціях.

Мережа «Важливі інші» була для усіх обстежених хворих джерелом матеріальних надбань, завдяки яким пацієнти могли задовольнити власні потреби. Вимушений характер спілкування з її членами вимагав хворих здійснювати незалежно від власних бажань дії, які відповідали інтересам соціальної мережі. Обмежений досвід самостійного вирішення проблем, руйнування соціальних мереж, відсутність ефективної соціальної підтримки та хибні її акцепції сприяли розвитку неконструктивних поведінкових патернів (уникання).

Суб'єктивна оцінка акцепції соціальної підтримки осіб КГ свідчила про наявність позитивних міжособистісних стосунків із членами соціальних мереж та ефективне функціонування двобічно орієнтованого процесу соціальної підтримки. Для цих респондентів сім'я була постійним джерелом соціальної підтримки. Активна участь у сімейному житті підвищувала їх самооцінку, сприяла усвідомленню відповідальності та власної значущості. Соціальні мережі «Друзі» та «Важливі інші» були для осіб тими важливими компонентами життя, яким вони надавали надзвичайне значення. Проведення множинних інтеракцій із представниками соціальних мереж давало пацієнтам змогу отримати додаткову інформацію щодо питань, які їх найбільше хвилювали і були для них актуально значущими, визначити можливі шляхи вирішення проблемних ситуацій, зняти емоційну напругу та покращити самопочуття.

Таким чином, наявність психічнохворої особи у сім'ї є чинником, який зумовлює активацію просоціальної мережі щодо допомоги у формуванні стрес-долаючих механізмів у хворих на шизофренію та афективні розлади. Як донори соціальної підтримки для хворих на шизофренію та афективні розлади виступають сім'я, друзі та важливі інші. Соціальна мережа «Сім'я» у хворих на шизофренію в більшості випадків представлена батьківською родиною, у хворих на афективні розлади — власною нуклеарною. Соціальна мережа «Друзі» у хворих на шизофренію та афективні розлади є малочисельною, причиною цього є психічний стан хворих, ступінь вираженості облігатних симптомів шизо-

френічного процесу (аутизм, апатія, амбівалентність), певний рівень дезінтегративної поведінки з емоційно-вольовим сплосненням або афективними психопатологічними проявами. Визначені особливості можуть бути використані при розробці психоосвітніх програм для сімей, в яких проживають хворі на шизофренію та афективні розлади.

#### Список літератури

1. *Гурович И. Я.* Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия.— 2007.— Т. 17, № 4.— С. 78–85.
2. *Сирота Н. А.* Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обзорение психиатрической и медицинской психологии.— 1994.— № 1.— С. 63–74.
3. *Jukel G.* The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / G. Jukel, P. L. Morosini // Curr. Opin. Psychiatry.— 2008.— Vol. 6.— P. 630–639.
4. *Schwarzer R.* Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource / R. Schwarzer // Diagnostica.— 2004.— Vol. 40, № 2.— P. 105–123.
5. *Goldman H.* Mental illness and family burden: A public health perspective / H. Goldman // Hosp. Community Psychiatry.— 2002.— № 33.— P. 557–60.
6. *Terry D. I.* Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior / D. I. Terry // Pers. Individ. Diff.— 2008.— Vol. 12 (10)— P. 1031–1047.
7. *Schizophrenia: A network crisis* / F. R. Lipton, C. I. Cohen, E. Fischer, S. E. Katz // Schizophr. Bull.— 2011.— № 7.— P. 144–151.
8. *Sawant N. S.* Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India [Електронний ресурс] / N. S. Sawant, K. S. Jethwani // Indian J. of Psychiatry.— 2010.— № 52 (2)— P. 145–149.— Режим доступу: <http://doi.org/10.4103/0019-5545.64593>
9. *Vaughn C.* The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness / C. Vaughn, P. Leff // Br. J. Psychiatry.— 1976.— № 129.— P. 125–137.
10. *Zimet G. D.* The multidimensional scale of perceived social support / G. D. Zimet // J. Personality assessment.— 1988.— Vol. 52 (1)— P. 30–41.

### СПОСОБНОСТЬ К АКЦЕПЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. Г. ПШУК, А. А. КАМИНСКАЯ

**Изучены особенности способности к акцепции социальной поддержки больных шизофренией и аффективными расстройствами в зависимости от динамики развития заболевания. Определены доноры социальной поддержки: семья, друзья и значимые другие. Установлено, что такая способность у больных шизофренией снижается с продолжительностью заболевания, тогда как у пациентов с аффективными расстройствами восприятие социальной поддержки мало изменяется.**

*Ключевые слова:* параноидная шизофрения, аффективные расстройства, социальная поддержка, доноры социальной поддержки.

### ABILITY TO ACCEPT SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND AFFECTIVE DISORDERS

N. H. PSHUK, A. O. KAMINSKA

**The peculiarities of the ability to accept social support was studied in patients with schizophrenia and affective disorders depending on the dynamics of the disease development. Main social support donors were defined: family, friends and other important people. It was found that this ability in patients with schizophrenia decreased with the duration of the disease, whereas in patients with affective disorders ability to receive social support does not change significantly.**

*Key words:* paranoid schizophrenia, affective disorders, social support, social support donors.

Надійшла 17.08.2017