

## ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПРЕДИКТОРИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**Розглянуто особливості психоемоційної і поведінкової сфери референтних родичів пацієнтів із шизофренією та афективними розладами. Результати дослідження свідчать про те, що у процесі розвитку ендogenous психічного розладу у близького члена сім'ї емоційні, індивідуально-психологічні та комунікативні ресурси референтних родичів поступово виснажуються, що в кінцевому підсумку призводить до дистанціювання й уникання в ситуаціях внутрішньосімейної взаємодії.**

*Ключові слова:* предиктори психічної дезадаптації, соціальний інтелект, копінг, референтні родичі, ендogenous психічні розлади.

Ендogenous психічні розлади (ЕПР) суттєво погіршують психічне та соціальне функціонування пацієнтів та їх мікросоціального оточення [1]. За даними існуючих досліджень, велика частина референтних родичів (РР) таких пацієнтів зазнають широкого спектра несприятливих наслідків, включаючи погіршення психічного та фізичного здоров'я, порушення у соціальних відносинах та можливе негативне ставлення з боку реципієнта сімейного догляду [2, 3].

Через відсутність належної підготовки, недостатні знання про психічні розлади та психологічний дистрес, зумовлений різкими змінами психічного стану члена сім'ї, РР відчувають тиск, широко відомий під назвою «сімейне навантаження» [4–6]. Об'єктивні негативні наслідки проживання та взаємодії з психічно хворим членом сім'ї включають погіршення здоров'я РР (порушення сну, тривожність, головний біль), порушення сімейних стосунків, збільшення матеріальних витрат, тоді як суб'єктивні ефекти включають почуття ізоляції, пригніченість, сором, провину, фрустрацію [7]. Разом це спричиняє негативні наслідки для фізичного, психологічного, економічного та емоційного благополуччя РР [8].

За принципом зворотного зв'язку сімейне навантаження, пов'язане з контактом або проживанням із хворими на шизофренію та афективні розлади, негативно позначається і на стані самого пацієнта [9].

Відомо, що певні сфери сімейного навантаження, а саме — напруженість і стрес пов'язані з дезадаптивними копінг-механізмами і підвищеним ризиком психологічної дезадаптації серед РР пацієнтів з ЕПР [9, 10]. Проте концепт сімейного навантаження є складною конструкцією, яка визначається комплексним впливом на РР і часто

критикується за те, що зосереджується лише на негативних аспектах взаємодії з психічно хворим членом сім'ї [11]. За даними J. Martin et al. [11], інші наслідки сімейної взаємодії, такі, як почуття значущості і задоволення, отримані від надання підтримки і догляду, виявилися негативно пов'язаними із суб'єктивним тягарем і позитивно — з якістю життя РР пацієнтів із шизофренією, що вказує на наявність деяких позитивних наслідків. Корисними здобутками від взаємодії із психічно хворим членом сім'ї можуть бути чутливість до людей з обмеженими можливостями, ясність у життєвих пріоритетах і більше почуття внутрішньої сили. Крім того, деякі РР пацієнтів з ЕПР можуть здобувати позитивний особистий досвід у відносинах із пацієнтами. У свою чергу, позитивні аспекти такої взаємодії корелюють із вищим рівнем якості життя серед РР [11].

На стани психічної та сімейної дезадаптації у РР впливають інтраперсональні та інтерперсональні фактори, серед яких — позитивні та негативні симптоми пацієнтів, структура копінг-поведінки, психоемоційний стан членів сімейної системи, соціальна та комунікативна компетентність.

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ЕПР та пов'язаного з ними психологічного навантаження на РР як осіб, що постійно взаємодіють з пацієнтом, досі немає цілісного розуміння причин психоемоційної дезадаптації у сім'ях, де проживає такий хворий. На теперішній час звертає на себе увагу як невелика кількість наукових досліджень у цьому напрямку в Україні, так і відсутність відповідних психоемоційних програм та системи психокорекційних заходів для РР пацієнтів з ЕПР.

Метою нашого дослідження було визначення ключових психоемоційних та поведінкових

предикторів психічної дезадаптації у РР пацієнтів з ЕПР.

Із дотриманням принципів біоетики й медичної деонтології було обстежено 243 РР хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та афективні розлади — біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР). Критеріями включення респондентів до дослідження були: інформована згода на проведення анкетування, клініко-психологічного, психодіагностичного обстеження, відсутність попередніх звернень по допомогу до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1–2-й ступінь спорідненості із хворим. До РРПШ було включено 49 дружин, 25 чоловіків, 94 — одного з батьків пацієнтів із ПШ. Групу з РРАФР було сформовано з 20 дружин, 25 чоловіків, 30 — одного з батьків пацієнтів з АФР. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 26 до 63 років (середній вік дружин —  $37,5 \pm 0,8$  року, чоловіків —  $42,3 \pm 0,9$  та категорії «один з батьків» —  $60,3 \pm 3,7$  року). Більшість родичів (64,5%) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу — 55,1%. Свій матеріально-побутовий стан 70,4% респондентів РРПШ та РРАФР оцінили як задовільний, а 23,1% указали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи в ній пацієнта із психічним розладом. Аналіз сімейних даних показав, що адекватні стосунки констатували 19,5% РРПШ та 28,6% РРАФР, у той час як на конфліктні та емоційно нестійкі сімейні відносини вказали відповідно 46,2 та 26,4% опитаних РР. Групу контролю (КГ) становили 55 психічно здорових осіб (35 жінок та 20 чоловіків), у сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти і які жодного разу не зверталися по допомогу до лікаря-психіатра.

Методи дослідження: анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психологічний, психодіагностичний, статистичний. Для дослідження психоемоційного стану РР було використано тест Спілбергера — Ханіна та опитувальник Цунга в адаптації Т. І. Балашової. Домінуючі копінг-стратегії РР пацієнтів із ЕПР визначали за допомогою тесту Е. Нейм. Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гілфорда та М. Саллівена (в адаптації Е. С. Михайлової) [12].

При вивченні стану психоемоційної сфери РР пацієнтів з ЕПР із використанням опитувальника Цунга виявлено, що із загальної кількості обстежених ознаки депресивного реагування були у 68,4% респондентів (61,7% — з вираженістю на рівні легкого; 6,7% — помірного депресивного стану), зокрема, серед РРПШ — 70,7% (65,9% — легкий, 4,8% — помірний депресивний стан), РРАФР — 66,1% (57,5% — легкий, 8,6% — помірний

депресивний стан). У КГ у переважній більшості обстежених (80,8%) проявів депресії не виявлено, депресивне реагування було характерним для 19,2% осіб КГ переважно за рахунок вираженості показників на рівні легкого, ситуаційно зумовленого депресивного стану — 17,1% (рисунок).

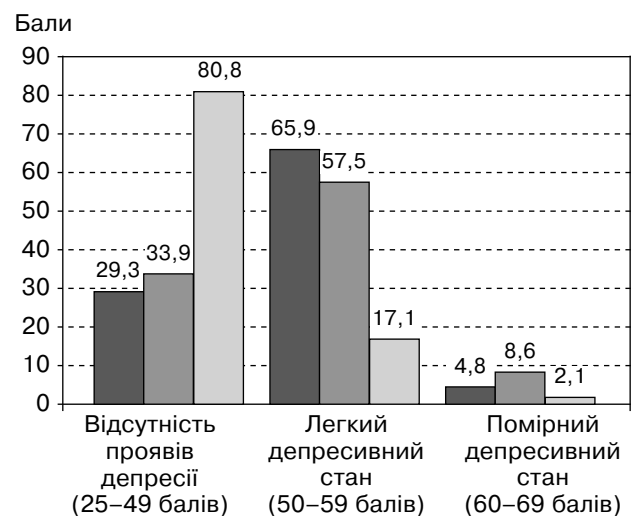
Значущі результати було отримано нами при аналізі наявності і вираженості депресивної симптоматики серед РРПШ та РРАФР залежно від тривалості захворювання члена сім'ї.

Так, серед РРПШ (тривалість захворювання члена родини до чотирьох років) у 46,5% осіб діагностовано депресивні прояви (у 36% — з вираженістю на рівні легкого депресивного стану, у 10,5% — помірного). Серед РРАФР (тривалість хвороби така сама) депресивні симптоми визначено у 56,3%, причому легкий депресивний стан діагностовано у 45,1%, помірний — у 11,2% обстежених.

В обстежених РРПШ та РРАФР значущими у структурі депресивного реагування визнано знижений настрій, пригніченість, втрату активності, почуття провини, порушення сну, зниження працездатності й активності, втрату інтересу до діяльності, а також загальносоматичні симптоми — важкість у кінцівках, голові, спині, м'язовий біль, почуття знесилення.

У респондентів КГ зафіксовано окремі прояви зниженого настрою та ускладнене засинання.

Ознаки наявності вираженої ситуативної та особистісної тривожності за тестом Спілбергера — Ханіна спостерігалися у 57,1% РРПШ, 48,9% — РРАФР, 9,9% — КГ, проте в останніх рівень вираженості тривоги не досягав тривожного реагування.



Рівень вираженості депресивної симптоматики в обстежених респондентів: ■ — РРПШ, ■ — РРАФР, □ — КГ

Вивчення вираженості тривожних проявів залежно від тривалості захворювання у члена сім'ї в основних групах продемонструвало виявлену у попередньому дослідженні [13] тенденцію до поступового нівелювання психопатологічної симптоматики зі зростанням терміну хвороби. Прояви патологічної тривоги на рівні тривожного стану було діагностовано у 41,5% РРПШ та 36,7% РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї до чотирьох років; відповідно 38,7% та 31,3% — з тривалістю захворювання 5–8 років; 29,2 та 27,8% — з тривалістю захворювання понад 8 років.

Таким чином, виявлено тенденцію до порушення психоемоційного стану у РР пацієнтів з ЕПР порівняно із респондентами КГ, причому поширеність і вираженість тривожних та депресивних проявів кількісно і якісно переважають у РРПШ порівняно з РРАФР та є максимально значущими серед респондентів, що проживають із психічно хворим членом сім'ї до чотирьох років.

За результатами нашого дослідження у структурі копінг-поведінки РР пацієнтів з ЕПР порівняно з особами КГ переважають неадаптивні та відносно адаптивні варіанти копінг-стратегій, що створює значні перешкоди як для успішної соціальної та психологічної адаптації окремих членів сім'ї, так і для гармонійного функціонування сім'ї у цілому. Дослідження показало, що РРПШ та РРАФР порівняно з КГ, як правило, у структурі когнітивних копінг-стратегій частіше використовують відносно адаптивні (РРПШ — 26,1%; РРАФР — 25,4%; КГ — 16,4%) та неадаптивні варіанти (РРПШ — 28,0%; РРАФР — 17,5%; КГ — 14,5%), зокрема ігнорування (РРПШ — 5,6%; РРАФР — 7,6%; КГ — 1,8%), розгубленість (РРПШ — 5,6%; РРАФР — 3,6%; КГ — 1,8%), відносність (РРПШ — 9,5%; РРАФР — 8,9%; КГ — 3,6%). Водночас частина РРПШ та РРАФР зберігають здатність до адаптивного когнітивного копіngu (РРПШ — 45,9%; РРАФР — 57,1%; КГ — 69,1%), що є сприятливим підґрунтям для впровадження психоосвітніх та психокорекційних заходів.

У структурі емоційного копіngu переважають адаптивна стратегія протесту (РРПШ — 16,1%; РРАФР — 14,1%; КГ — 20,0%) та відносно адаптивні стратегії — покірності (РРПШ — 14,9%; РРАФР — 10,7%; КГ — 1,8%), пригнічення емоцій (РРПШ — 12,5%; РРАФР — 9,3%; КГ — 5,5%) та самозвинувачення (РРПШ — 11,3%; РРАФР — 9,3%; КГ — 5,5%).

У сфері поведінкового копіngu у РРПШ та РРАФР переважали відносно адаптивні та неадаптивні копінг-стратегії, зокрема, у РРПШ — компенсація (РРПШ — 20,8%; РРАФР — 12,0%; КГ — 18,2%) та конструктивна активність (РРПШ — 14,3%; РРАФР — 10,7%; КГ — 9,1%);

а у РРАФР — активне уникання (РРПШ — 7,1%; РРАФР — 14,7%; КГ — 0%) та відступ (РРПШ — 5,4%; РРАФР — 13,3%; КГ — 0%). Знижена здатність сприймати соціальну підтримку у РРПШ виявлялась у неохильності використовувати копінг-стратегію звернення по допомогу (РРПШ — 13,7%; РРАФР — 18,7%; КГ — 18,2%). Натомість у РРАФР виявлено більш виражену здатність сприймати допомогу та емоційну підтримку від значущих інших, що виявляється у використанні копінг-стратегій звернення та пасивної кооперації (РРПШ — 12,5%; РРАФР — 14,7%; КГ — 12,7%). Таким чином, у результаті дослідження встановлено певні співвідношення копінг-стратегій, притаманні РРПШ та РРАФР.

На відміну від загального, соціальний інтелект належить до метакогнітивних здібностей, спрямованих на інтеграцію когнітивної, міжособистісної та емоційної інформації для отримання цілісного осмислення реальності, та може змінюватися під впливом психосоціального досвіду.

Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактор психосоціальної адаптації дає змогу зрозуміти та прогнозувати поведінку людей у різних життєвих ситуаціях, розпізнавати наміри, почуття та емоційні стани співрозмовника за вербальними та невербальними ознаками. За методикою Дж. Гілфорда і М. Саллівена визначається як загальний рівень соціального інтелекту, так і розвиток його окремих компонентів — антиципаційної здатності, розуміння вербальних та невербальних сигналів, орієнтації у загальній картині міжособистісної взаємодії, узагальнення соціальної інформації. Результати оцінюються за чотирма субтестами (СТ) (СТ1 «Історії з завершенням», СТ2 «Групи експресії», СТ3 «Невербальна експресія», СТ4 «Історії з доповненням»), а також ураховується композитна оцінка (КО).

Дослідження рівня соціального інтелекту РР пацієнтів з ЕПР виявило певні суттєві відмінності поведінково-комунікативних патернів (табл. 1). Так, за СТ1 «Історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (РРПШ —  $3,22 \pm 0,5$ , РРАФР —  $3,47 \pm 0,9$ ; КГ —  $4,08 \pm 0,5$ ,  $p < 0,05$ ) РР мали посередні здібності щодо пізнання поведінки пацієнта, який хворіє на ПШ чи АФР, в умовах сімейного функціонування. Вони могли лише частково передбачати подальші дії пацієнта на основі аналізу реальних ситуацій сімейного та дружнього спілкування, розуміти його почуття і на цій основі визначати ефективність комунікації.

За отриманими даними СТ1 можна дійти висновку про те, що РР хворих на ЕПР не завжди можуть чітко побудувати стратегію власної поведінки з метою досягнення певних цілей у лікуванні

Рівень соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами (середній бал,  $M \pm m$ )

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
РРПШ, $n = 168$	$3,22 \pm 0,5^*$	$2,97 \pm 1,1^{**}$	$2,81 \pm 0,3^{**}$	$3,12 \pm 0,7^{**}$	$3,30 \pm 2,6^{**}$
РРАФР, $n = 75$	$3,49 \pm 0,9^*$	$3,14 \pm 1,6^{**}$	$3,08 \pm 1,1^{**}$	$3,47 \pm 0,5^{**}$	$3,66 \pm 0,2^{**}$
КГ, $n = 55$	$4,08 \pm 0,5$	$4,18 \pm 0,1$	$4,13 \pm 0,7$	$4,49 \pm 0,2$	$4,43 \pm 0,6$

\*  $p < 0,05$  показники є статистично достовірними; \*\*  $p < 0,001$ ; КО — композитне оцінювання. Те саме в табл. 2.

хворих. Їх поведінка може виходити за межі загальноприйнятих норм, вони неправильно уявляють результати власних дій та вчинків інших.

За СТ2 «Групи експресії» показники (РРПШ —  $2,97 \pm 1,1$  та РРАФР —  $3,14 \pm 1,6$ ; КГ —  $4,18 \pm 0,1$ ;  $p < 0,001$ ) дають змогу думати про те, що РР на відміну від респондентів КГ мають труднощі в оцінці станів та почуттів за їх невербальними ознаками в процесі міжособистісної комунікації. Чутливість до невербальної експресії суттєво посилює здатність розуміти інших. Здатність зчитувати невербальні сигнали іншої людини, усвідомлювати їх та порівнювати з вербальними є основою інтуїції. Коли РР хворих на ПШ чи АФР будують власну лінію поведінки, вони частіше орієнтуються на поодинокі вислови співрозмовників, аніж на прояви їх невербальної комунікації. В їх розумінні відкритість та доброзичливість не завжди є запорукою успіху у спілкуванні, у них відзначається знижена чутливість до емоційних станів інших людей і неповне розуміння власного емоційного стану в умовах міжособистісної взаємодії, що, безперечно, є прямими чинниками, які зумовлюють дисфункціональність інтерперсональної комунікації.

Показники СТ3 «Вербальна експресія» (РРПШ —  $2,8 \pm 0,3$  та РРАФР —  $3,08 \pm 1,1$ ; КГ —  $4,13 \pm 0,7$ ;  $p < 0,001$ ) вказують на те, що у РР, в сім'ях яких проживає пацієнт з АФР, знижується здатність швидко та правильно оцінювати мовленнєву продукцію співрозмовника у контексті певної ситуації, правильно знаходити відповідний тон спілкування, вони не завжди адекватно виявляють рольову пластичність та розуміння сенсу вербальної комунікації.

Результати, отримані за СТ4 «Історії з доповненням» (РРПШ —  $3,1 \pm 0,7$ ; РРАФР —  $3,47 \pm 0,5$ ; КГ —  $4,49 \pm 0,2$ ;  $p < 0,001$ ), показують знижену здатність родичів хворих на ЕПР до вміння аналізувати складні ситуації взаємодії у міжособистісному спілкуванні; вони не завжди правильно оцінюють адекватність ситуації для спілкування та не до кінця передбачають, як буде поводитися людина в подальшому, не можуть відшукати причин такої поведінки.

КО (РРПШ —  $3,30 \pm 2,6$ ; РРАФР —  $3,66 \pm 0,2$ ; КГ —  $4,43 \pm 0,6$ ;  $p < 0,05$ ) свідчить про те, що у РР пацієнтів з ЕПР знижені адаптаційні ресурси особистості у міжособистісній взаємодії, вони відчувають утруднення в судженнях про співрозмовника, малоконтактні, але більш тактовні та доброзичливі у комунікативній взаємодії порівняно з респондентами КГ. Вони відчувають труднощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозуванні своєї поведінки та логіки подальших подій.

При вивченні динаміки соціально-практичного інтелекту у РР пацієнтів з ЕПР було виявлено такі закономірності (табл. 2): у РРПШ спостерігається зниження соціального інтелекту за всіма конструктами відповідно до збільшення тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї (РРПШ1 — до 4 років; РРПШ2 — від 5 до 8 років; РРПШ3 — понад 8 років). Це вказує на обмежену здатність вирішувати соціальні завдання, ідентифікувати та правильно інтерпретувати ситуації соціальної взаємодії, що, ймовірно, пов'язано з досвідом неефективної інтерперсональної взаємодії у межах сімейної системи.

Натомість при дослідженні конструктів соціального інтелекту у РРАФР (табл. 2) було виявлено компенсаторне підвищення показників у групах РР пацієнтів із тривалістю ЕПР до 4 років, від 5 до 8 років та понад 8 років (КО: РРАФР1 —  $2,74 \pm 0,8$ ; РРАФР2 —  $3,12 \pm 0,2$ ; РРАФР3 —  $2,1 \pm 0,5$ ;  $p < 0,001$ ), що вказує на намагання РР адаптуватися до соціальної ситуації завдяки інтеграції як позитивного, так і негативного соціального досвіду, уважність до контексту ситуації, прагнення оцінювати її об'єктивно.

Таким чином, при вивченні психоемоційної сфери РР пацієнтів з ЕПР виявлено тенденцію до поступового зниження тривожно-депресивної психопатологічної симптоматики зі зростанням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї. Встановлені особливості свідчать про те, що у процесі розвитку у члена сім'ї ЕПР у референтних родичів поступово виснажуються емоційні, індивідуально-психологічні та комунікативні ресурси, що зрештою призводить до дистанціювання та уникання в ситуаціях внутрішньосімейної

Таблиця 2

Рівень соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендogenousними психічними розладами залежно від тривалості захворювання (середній бал,  $M \pm m$ )

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
РРПШ1, $n = 57$	3,12±0,8*	3,1±1,1*	2,9±0,8*	3,45±0,9*	3,30±2,6**
РРПШ2, $n = 58$	2,72±0,5	2,7±1,5	2,41±1,3	3,12±0,5	2,40±1,3
РРПШ3, $n = 53$	2,6±0,6	2,2±1,0	2,11±0,5	2,82±0,7*	2,44±1,1
РРАФР1, $n = 34$	3,41±0,9	3,12±1,6*	2,5±1,3**	2,87±0,5	2,74±0,8
РРАФР2, $n = 22$	3,05±0,6	2,35±1,2	3,08±1,1**	3,37±0,6**	3,12±0,2**
РРАФР3, $n = 19$	2,15±1,0*	2,09±1,0	2,1±1,5**	2,12±0,5	2,1±0,5*
КГ, $n = 55$	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

взаємодії. РРПШ та РРАФР демонструють зниження показників соціального інтелекту за всіма конструктами, що створює суттєві перешкоди для ефективної інтерперсональної сімейної комунікації. Труднощі психоемоційної регуляції, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем соціального інтелекту РР у поєднанні з неадаптивними емоційними та поведінковими копінг-стратегіями, є факторами, що значно ускладнюють інтерперсональні відносини у сім'ях хворих з ЕПР та створюють преципозитію для психічної дезадаптації референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Прийняття хвороби сім'єю та усвідомлення її окремих проявів у поєднанні з готовністю брати участь у забезпеченні психосоціальної реабілітації та реадaptaції психічно хворого члена сім'ї — важливий фактор у лікуванні ЕПР. У сім'ях хворих на ЕПР практично повсякчас існують проблеми усвідомлення та прийняття особистісних та поведінкових змін члена сім'ї, які є наслідком проявів хвороби [13]. Така ситуація призводить до зростання конфліктності та дисфункціональності сімейної системи у цілому, появи комунікативних бар'єрів, наслідком чого може бути як екзацербация психічного розладу у пацієнта з ЕПР, так і загальне зниження якості життя усіх членів сім'ї.

У подоланні стресових та проблемних ситуацій та налагодженні міжособистісної комунікації у сім'ях, де проживають пацієнти ЕПР, стан психоемоційної сфери відіграє важливу роль. Завдяки збалансованому та адекватному психоемоційному стану виникає підґрунтя для забезпечення ефективного емоційного та поведінкового копіngu, що визначає здатність особистості РР до адаптивного емоційного та поведінкового реагування в умовах наявності психічного розладу у близького члена сім'ї. Перспективою для подальших досліджень є врахування виявлених особливостей при розробці та впровадженні відповідної системи медико-психологічного супроводу для РР пацієнтів з ЕПР.

## Список літератури

1. Pshuk N. G. Deyaki aspekty patomorfozu tsyrkulyarnykh depresyvnykh rozladiv na suchasnomu etapi [Some aspects of pathomorphosis of circular depressive disorders at the modern stage] / N. G. Pshuk, I. S. Pototska, O. O. Belov // Zaporozhye Med. J. — 2017.— Vol. 19 (3).— P. 323–327.
2. Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine / R. Schulz, J. Eden, ed. // Families Caring for an Aging America.— Washington (DC): National Academies Press (US), 2016.— Nov 8. Family Caregiving Roles and Impacts.— URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>
3. The impact of caregivers' characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis / C. Roick, D. Heider, M. Toumi, M. C. Angermeyer // Acta Psychiatr. Scand.— 2006.— Vol. 114.— P. 363–374.— doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00797.x
4. Assessing Health Status in Informal Schizophrenia Caregivers Compared with Health Status in Non-Caregivers and Caregivers of Other Conditions / S. Gupta, G. Isherwood, K. Jones [et al.] // BMC Psychiatry.— 2015.— № 15.— doi: 10.1186/s12888-015-0547-1
5. Miklowitz D. J. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence / D. J. Miklowitz // J. of Clin. Psychology.— 2012.— № 68 (5)— P. 502–513.
6. Caregiver Burden and Health in Bipolar Disorder: A Cluster Analytic Approach / D. A. Perlick, R. A. Rosenheck, D. J. Miklowitz [et al.] // The J. of nervous and mental disease.— 2008.— Vol. 196 (6).— P. 484–491.
7. Vitaliano P. P. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis / P. P. Vitaliano, J. Zhang, J. M. Scanlan // Psychological Bulletin.— 2003.— № 129 (6).— P. 946–972.
8. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping / D. Geriani, K. S. Savithry, S. Shivakumar [et al.] // J. of clinical

- and diagnostic research.— 2015.— № 9 (3).— VC01–VC04.— doi: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654
9. Бугорский А. В. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / А. В. Бугорский // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии; под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина.— СПб.: Таро, 2017.— Вып. IV.— С. 49–56.
  10. Гурович И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Л. И. Сальникова.— М.: Медиапрактика, 2002.— 180 с.
  11. Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia / J. Martin, A. Padierna, B. van Wijngaarden [et al.] // BMC psychiatry.— 2015.— Vol. 15.— P. 124.— doi: 10.1186/s12888-015-0507-9
  12. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Самара: БАХРАХ-М, 2008.— 672 с.
  13. Pshuk N. Introducing system of psychotherapeutic interventions for family caregivers of patients with endogenous mental disorders / N. Pshuk, L. Stukan, A. Kaminska // Wiad Lek.— 2018.— № 71 (5).— P. 980–985.

---

### ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. А. КАМИНСКАЯ

**Рассмотрены особенности психоэмоциональной и поведенческой сфер референтных родственников пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами. Результаты исследования свидетельствуют о том, что в процессе развития эндогенного психического расстройства у близкого члена семьи эмоциональные, индивидуально-психологические и коммуникативные ресурсы референтных родственников постепенно истощаются, что в конечном итоге приводит к дистанцированию и избеганию в ситуациях внутрисемейного взаимодействия.**

*Ключевые слова:* предикторы психической дезадаптации, социальный интеллект, копинг, референтные родственники, эндогенные психические расстройства.

---

### PSYCHOEMOTIONAL AND BEHAVIORAL PREDICTORS OF PSYCHIC DISADAPTATION IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS

A. O. KAMINSKA

**Features of psychoemotional and behavioral sphere of family caregivers of the patients with schizophrenia and affective disorders have been considered. The results of the study indicate that in developing endogenous mental disorders in a close family member, the emotional, individual-psychological and communicative resources of the family caregivers are gradually depleted, that ultimately leads to distancing and avoidance in family interaction.**

*Key words:* predictors of mental disadaptation, social intelligence, coping, family caregivers, endogenous mental disorders.

---

Надійшла 18.03.2019