

критерии, но и на показатели качества жизни, полученные с помощью адекватных методов исследования.

Список использованной литературы

1. Бесплодие в супружестве / под ред. И. Ф. Юнды. – К.: Здоровье, 1990. – 463 с.
2. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.

3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.
4. Сгибов В. Н. Роль психотерапии и психокоррекции в комплексном подходе к решению проблемы бесплодного брака / В. Н. Сгибов, С. Н. Рогова, П. Н. Кочерганов // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. – Сборник научных трудов. Выпуск 5. – Пенза, 2002. – 72 с.
5. Сексология и андрология / под ред. И. И. Горпинченко. – К.: Ин-т урологии АМН Украины, 2002. – 291 с.
6. Стать матерью во что бы то ни стало: муки бесплодия // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – Вып. 88, № 12, 12.2010.2
7. World Health Organization. Basic Documents / 26 ed. Geneva WHO. – 1976. – Vol 1.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК З БЕСПЛІДДЯМ Г.В. Ревунець

Наведені результати вивчення якості життя жінок з безпліддям. Для дослідження був використаний опитувальник RAND Short Form-36 (SF-36). Було обстежено 97 жінок з безпліддям у віці від 23 до 40 років. Показано, що якість життя, як інтегральна характеристика фізичного, психологічного, соціального та емоційного станів пацієнта, значно погіршується при такому захворюванні, як безпліддя. Зазначена необхідність враховувати цей показник при проведенні діагностики та лікування, а також при психологічному супроводі жінок у безплідному шлюбі.

Ключові слова: безплідні жінки, якість життя, рольове функціонування.

QUALITY OF LIFE RESEARCH IN INFERTILE WOMEN G. Revunets

Level of quality of life infertile women was examined using questionnaire RAND Short Form-36 (SF-36). 97 infertile women aged 23 – 40 were included in the study. Reduced quality of life as an integral characteristic of the physical, psychological, social and emotional status of the patient was revealed. This indicator should be considered for diagnostics, treatment, psychological support of infertile women as well as for development of rehabilitation programs.

Key words: infertile women, quality of life, role functioning.

УДК 616.895.8-085.851:364.04.622

Є.Я. Пшук, Н.Г. Пшук ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА ТИПУ СТАВЛЕННЯ ДО ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Ключові слова: соціальний інтелект, референтний родич, шизофренія, підтримувальна терапія.

Досліджені складові соціального інтелекту (історії з завершенням, групи експресії, невербальна експресія, історії з доповненням) референтних родичів пацієнтів з шизофренією як фактора психосоціальної адаптації в контексті типології ставлення референтних родичів до підтримувальної терапії.

Наявність хворого на шизофренію є тяжким випробуванням для його сім'ї, зважаючи на значну руйнівну силу соціальних наслідків цієї хвороби як для самих пацієнтів, так і для їх найближчого оточення – референтних родичів, в якості яких можуть бути один з подружжя (дружина, чоловік) та один з батьків. Наявність психічно хворого є потужним стресовим фактором для всього сімейного оточення.

Як свідчать дослідження деяких авторів [1, 3], референтні родичі, які проживають з хворим, негативно налаштовані щодо спілкування та надання допомоги пацієнтам. Однак рівень труднощів для сім'ї, які виникли як наслідок хвороби близької людини, залежить не стільки від клінічних проявів шизофренії, скільки від тривалості хвороби, ступеня та вчасності надання психіатричної допомоги, а також від рівня функціонування всіх суб'єктів соціально-терапевтичного процесу. Лише якнайраніше комплексне втручання лікаря та підтримка соціуму (сім'я, друзі та близькі) дозволяють пацієнтам підтримувати власний реадaptaційний потенціал та певний рівень соціального функціонування і якості життя [3].

Загальновідомо, що шизофренічний процес, який починається у підлітковому та юнацькому віці, значно погіршує мікроклімат у сім'ї, негативно впливає на її функціонування у соціумі загалом [3, 6]. Виокремлено два основні чинники, які характеризують стосунки в сім'ї, де проживає хворий на шизофренію – соціальне дистанціювання сім'ї та надто високі очікування з боку референтного родича, з яким проживає хворий на шизофренію [1].

Сім'я, як соціально-терапевтичне середовище, може чинити як адаптивний, так і дезадаптивний вплив. Саме сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль у профілактиці повторних госпіталізацій хворих на шизофренію [2, 6].

Процес формування лікувальних взаємовідносин сім'ї та лікаря, як правило, є тривалим та складним, що зумовлено низкою чинників. Насамперед це різниця в уявленнях сім'ї та лікаря щодо сутності хвороби, її перебігу, можливостей терапії та прогнозу. Не маючи реальних знань про захворювання та його розвиток, сім'я формує хибне уявлення як про саме захворювання, так

і про методи та підходи до його лікування, при цьому можливе і переоцінювання значення медикаментозної терапії, і його нівелювання.

Метою нашого дослідження було визначення рівня взаємозв'язку між соціальним інтелектом та типом відношення до підтримувальної терапії референтних родичів пацієнтів з шизофренією.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди було обстежено 168 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію, та, відповідно, 168 хворих (97 чоловіків та 71 жінка). Основними критеріями включення хворих в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії

Таблиця 1. Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією (середній бал, M±m)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
PP (n=112)	3,47±0,9*	3,14±1,6**	3,08±1,1**	3,44±0,5**	3,26±0,2**
КГ (n=55)	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

Примітка: * показники є статистично достовірними (P<0,05); ** (P<0,001).

(F20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогредієнтним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї, власної або ж батьківської; згода дружини, чоловіка або ж іншого референтного родича взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих менше 23 та понад 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності поведінки; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ-10 у 77 пацієнтів діагностували епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 – безперервний. Обстежені хворі були у віці від 23 до 45 років (в середньому (34,1±0,8) років). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалом обстежених у 57 пацієнтів тривалість хвороби була до 4 років, у 58 – 4–8 років та у 53 хворих – понад 8 років. Середній вік манифестації захворювання – (25,3±2,9) років.

74 пацієнти мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів (Д), чоловіки пацієнток (Ч)), 94 хворих проживали з батьками (обстежений був один з батьків). Таким чином, групу референтних родичів (PP) склали дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток та один з батьків обстежених хворих (ОГ). 29,7% сімей характеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1% сімей констатували порушення міжособистісних стосунків в сім'ї, які виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу склали 55 сімей, у яких немає психічно хворих (КГ).

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний, статистичний. Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гілфорда та М. Салівена (російськомовна адаптація Е.С. Михайлової) [5]. Методика дозволяє визначити як загальний рівень соціального

інтелекту, так і окремі його складові (здатність передбачати наслідки поведінки, розуміти вербальну та невербальну поведінку, орієнтуватися в загальній картині міжособистісної взаємодії). Для обстеження референтних родичів (PP) хворих на шизофренію був використаний повний варіант методики. Результати оцінювали за 4 субтестами (СТ, СТ1 історії з завершенням», СТ2 «групи експресії», СТ3 «невербальна експресія», СТ4 «історії з доповненням»), а також враховували композитну оцінку; дослідження типу ставлення PP до підтримувальної терапії проводили за рекомендаціями Н.Б. Лутова [4].

Результати та їх обговорення

Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактора психосоціальної адаптації дозволяє розуміти та прогнозувати поведінку людей у різних життєвих ситуаціях, розпізнавати наміри, почуття та емоційні стани людини за вербальною та невербальною експресією.

Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів, хворих на шизофренію (табл. 2), дозволило виявити деякі відмінності, порівняно з особами групи контролю (ОГ (3,47±0,9); КГ (4,08±0,5), p<0,05). Так, за першим субтестом «Історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (PP (3,47±0,9), КГ (4,08±0,5) P<0,05), референтні родичі мали посередні здібності щодо пізнання поведінки пацієнта, який хворіє на шизофренію, в умовах сім'ї. Вони могли частково передбачати подальші дії пацієнта на основі аналізу реальних ситуацій сімейного та дружнього спілкування, розуміти почуття хворого на шизофренію і на цій підставі визначати ефективність спілкування. Встановлені цифрові дані по першому субтесту дозволяють зробити висновок, що референтні родичі хворих на шизофренію не завжди можуть чітко вибудовувати стратегію власної поведінки з метою досягнення певних цілей у лікуванні хворих. Їх поведінка може виходити за межі загальноприйнятих норм, вони невірно уявляють результати власних дій та вчинків інших. За другим субтестом «Групи експресії» (ОГ (3,14±1,6); КГ (4,18±0,1), P<0,001) встановлені показники дозволяють думати про те, що референтні родичі, на відміну від респондентів контрольної групи, мають труднощі з оцінюванням станів та почуттів за їх невербальними ознаками в процесі міжособистісної комунікації. Коли референтні родичі хворих на шизофренію будують власну лінію поведінки, вони частіше орієнтуються на поодинокі вислови співрозмовника, ніж на прояви їх невербальної комунікації. У їх розумінні відкритість та дружність не завжди є запорукою успіху у спілкуванні, у них знижена чутливість до емоційних станів інших людей, вони не завжди правильно оцінюють власний

Таблиця 2. Показники рівня соціального інтелекту в обстежених різних групах (середній бал, M±m)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
Хворі (n=112)	2,05±1,3**	2,16±0,7**	2,21±0,8**	2,05±1,4**	1,67±0,1**
PP (n=168)	3,47±0,9*	3,14±1,6*	3,08±1,1*	3,44±0,5*	3,26±0,2**
КГ (n=55)	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

Примітка: * показники статистично достовірні (P<0,05); ** (P<0,001).

емоційний статус у спілкуванні, що, безперечно, є прямим чинником, що зумовлює дисфункціональність в комунікації. Чутливість до невербальної експресії суттєво посилює здатність розуміти інших. Спроможність читати невербальні сигнали іншої людини, усвідомлювати їх та порівнювати з вербальними, є основою інтуїції. Показники субтесту «Вербальна експресія» (ОГ (3,08±1,1) КГ (4,13±0,7), P<0,001) вказують на те, що у референтних родичів, у сім'ях яких проживає пацієнт з шизофренією, знижується здатність вірно та швидко оцінювати мовну продукцію співбесідника в контексті певної ситуації, правильно знаходити відповідний тон спілкування, вони не завжди вірно проявляють рольову пластичність та розуміють сенс вербальної комунікації. Результати, які ми отримали за четвертим субтестом «Історії з доповненням» (ОГ (3,44±0,5), КГ, відповідно, (4,49±0,2), P<0,001), показують знижену здатність родичів хворих на шизофренію до вміння аналізувати складні ситуації взаємодії в міжособистісному спілкуванні; вони не завжди вірно можуть оцінити адекватність ситуації для спілкування та передбачити, як буде поводитись людина в подальшому, відшукати причини такої поведінки. Вони відчувають труднощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозуванні поведінки та розумінні логіки подальших подій. Композитне оцінювання (ОГ (3,26±0,2), КГ (4,43±0,6), P<0,05) свідчить про те, що у референтних родичів пацієнтів з шизофренією знижені адаптаційні ресурси особистості в міжособистісній взаємодії, вони відчувають утруднення в судженнях про співрозмовника, малоконтактні, тактовні та доброзичливі в комунікативній взаємодії, порівняно з респондентами контрольної групи.

Порівняння показників оцінки соціального інтелекту за субтестами між групами хворих на шизофренію, референтними родичами та респондентами контрольної групи (табл. 3) дає уявлення про особливості соціального інтелекту хворих на шизофренію.

Хотілося б зазначити, що як у групі РР, так і в групі хворих на шизофренію було різне ставлення до виконання завдань. У референтних родичів участь у тестовій роботі викликала деяке непорозуміння, а інколи навіть настороження та підозрливість. Для хворих на шизофренію, особливо з тривалістю шизофренічного процесу 6 років та більше, виконання тестового навантаження було дещо утрудненим, тому зі 168 хворих було обстежено 112. Більшість хворих були зацікавлені в ситуації психологічного обстеження.

Хворі на шизофренію, як свідчить середня бальна оцінка (табл. 2), не мають здатності прораховувати логіку розвитку ситуації, розуміти сенс вчинків та дій персонажів міжособистісної взаємодії, передбачати розвиток подальших подій. Безперечно, такі труднощі не дозволяють хворим на шизофренію адекватно оцінювати вчинки оточуючих, призводять до їх безглуздої інтерпретації, що у кожному коректному випадку комунікації чинить додатковий негативний вплив на формування міжособистісної взаємодії.

Хворі на шизофренію, порівняно як з референтними родичами, так і з респондентами групи контролю, дуже погано розуміють елементи невербальної комунікації, тому їх умовиводи не збігаються із загальноприйнятими

оцінками, що утруднює орієнтування у спілкуванні. Також нездатність розуміти невербальні сигнали та почуття не дозволяє пацієнтам з шизофренією встановлювати більш близькі та довірливі стосунки, вони обмежені у спілкуванні. За умов наявності у хворих вираженої негативної симптоматики оцінювання ситуативної інформації може бути хибним. Такі пацієнти відчувають певні труднощі при інтерпретації слів та умовиводів іншої людини та можуть невірно оцінити реальну ситуацію взаємодії.

Відсутність логічного ракурсу в різних ситуаційних контекстах не дозволяє хворим на шизофренію розвинути здатність до видозміни поведінки.

Причиною такого явища, на наш погляд, є наростаюче емоційно-вольове сплоснення у хворих, яке відбувається по мірі розвитку хвороби.

Загальний рівень соціального інтелекту у хворих на шизофренію можна оцінити як низький (1,67±0,1) (в групі контролю КГ (4,43±0,6), P<0,001; в групі РР (3,26±0,2), P<0,05). Вони нездатні до культивування взаємної симпатії, підтримки близьких, усвідомлення власних проблем, не мають змоги ділитися власними переживаннями, у них немає позитивного підкріплення щодо установки у досягненні життєвих цілей.

Респонденти з КГ з успіхом розуміли мову невербального спілкування, могли аналізувати інформацію про інших людей, виказували достатньо точні судження про людей, могли прогнозувати поведінкові реакції комунікаторів в конкретних ситуаціях.

Проведений аналіз типів ставлення сім'ї до підтримувальної терапії показав, що РР реагують на проведення лікування по-різному, що залежало від тривалості перебігу захворювання та психопатологічного профілю хвороби. При тривалості шизофренії до 4 років (табл. 3) у РР пацієнтів переважає підтримувальний тип ставлення до терапії (50,8%). Це означає, що на маніфестно-поведінковому рівні можна констатувати наявність позитивного ставлення РР до підтримувальної терапії як необхідної умови редукції психопатологічної симптоматики, є розуміння необхідності вживання медикаментів та надання підтримки у їх купівлі, а також делікатний контроль за їх вживанням, зацікавленість в збереженні та підтримці контактів з лікарем-психіатром, готовність співпрацювати з лікарем заради вирішення проблем хворого. Подібна поведінка РР інтегрується в загальну стратегію лікарської поведінки. За своєю суттю це усвідомлене розуміння власної ролі та прийняття відповідальності за благополуччя хворого. При загальній тривалості шизофренічного процесу від 4 до 8 років, у переважній більшості референтних родичів виявили підтримувальний та маніпулятивний типи реакції на хворобу (відповідно 31,0% та 27,6%). Так, за наявності маніпулятивного ставлення РР до лікування психотропними препаратами хворого

Таблиця 3. Тип реакції сім'ї на проведення підтримувальної терапії

Тип ставлення	1ОГ (n=57)		2ОГ (n=58)		3ОГ (n=53)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Ворожий	9	15,8	12	20,7	16	30,2
Відсторонений	11	19,3	12	20,7	15	28,4
Маніпулятивний	8	14,0	16	27,6	11	20,7
Підтримувальний	29	50,8	18	31,0	11	20,7

на шизофренію, референтні родичі відмежувалися від відповідальності, покладаючись на ефективну терапію, надто розширюючи межі можливостей дії ліків та намагаючись за їх допомогою нівелювати будь-які суперечності та складні ситуації, що виникають між родичами та пацієнтом, при цьому будь-які психологічні проблеми вони розцінюють як маніфестацію (симптоми) проявів хвороби. Чому виникає така поведінка, однозначної відповіді дати неможливо. Однак, на нашу думку, у РР родичів пацієнтів з шизофренією, яка триває більше 4 років, все ще зберігається відчуття розпачу та власної провини, що пов'язано з наявною хворобою та відчуттям певної відповідальності та причетності до хворого. Психологічним захисним механізмом є перекладання відповідальності за пацієнта з родичів на лікаря. При тривалості хвороби більше 8 років переважають ворожий та відсторонений типи реакції РР на підтримувальну терапію хворого на шизофренію (відповідно 30,2% та 28,4%). Поведінкові реакції за ворожого типу реакції проявляються у тому, що при лікуванні пацієнта з шизофренією РР перекладають відповідальність за будь-які небажані явища та події (неадекватна поведінка хворого, психопатологічні прояви хвороби, психологічні проблеми) на лікарські призначення та якість психотропних препаратів, які використовуються для підтримувальної терапії. Родичі знецінюють важливість лікування, перешкоджають або ж сприяють тому, щоб пацієнт не був суб'єктом терапії. На наш погляд, у РР з ворожим типом ставлення до підтримувального лікування на підсвідомому рівні довгий час залишаються неусвідомлене відчуття провини «за передачу поганої генетики» та прихований страх власної стигматизації. При відстороненому типі реакції маніфестно-поведінкові реакції РР спрямовані на відсторонення від проблем, що пов'язані з медикаментозним лікуванням пацієнта з шизофренією. Родичі не оцінюють дії ліків ні позитивно, ні негативно. У цьому випадку вся відповідальність (контакти з лікарем, купівля ліків, регулярність їх прийому) лягає на самого хворого або ж його лікаря. Мабуть подібна поведінка

зумовлена відходом від відповідальності та різного роду ситуацій, пов'язаних з утриманням хворого, його особистісними проблемами.

Проведений аналіз кореляцій показав наявність позитивного кореляційного зв'язку між ворожим типом ставлення РР до підтримувальної терапії та СТ3 ($r=0,492$), маніпулятивним типом та СТ1 та СТ4 (відповідно $r=0,693$ та $r=0,502$), підтримувальним типом ставлення та СТ1 ($r=0,735$), СТ4 ($r=0,628$).

Висновки

У референтних родичів пацієнтів з шизофренією реєструється середній рівень соціального інтелекту, що знижує їх здатність до міжособистісного пізнання, адекватності у розумінні поведінки пацієнта в кожній конкретній ситуації та створює передумови для деформації соціального сприйняття як у хворих на шизофренію, так і у референтних родичів, що, безумовно, призводить до зниження соціального функціонування сім'ї, погіршення якості життя її членів та формує певний тип ставлення до підтримувальної терапії як чинника оптимізації лікувального процесу.

Список використаної літератури

1. Вишнева О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишнева, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 30–35.
2. Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрени: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 78–85.
3. Кирьянова Е. М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 73–74.
4. Луттов Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами: метод. рекомендации / Н. Б. Луттов, О. В. Макаревич. – СПб.: НИПНИ, 2011. – 19 с.
5. Михайлова Е. С. Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика / Е. С. Михайлова – СПб.: СПбГУ, 2007. – 266 с.
6. 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.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ТИПА ОТНОШЕНИЯ К ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Я. Пшук, Н.Г. Пшук

Исследованы составляющие социального интеллекта (истории с завершением, группы экспрессии, невербальная экспрессия, истории с дополнением) референтных родственников пациентов с шизофренией как фактора психосоциальной адаптации в контексте типологии отношения референтных родственников к поддерживающей терапии.

Ключевые слова: социальный интеллект, референтный родственник, шизофрения, поддерживающая терапия.

CORRELATION OF THE LEVEL OF SOCIAL INTELLIGENCE AND TYPE RELATION TO MAINTENANCE THERAPY REFERENCE RELATIVES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Y. Pshuk, N. Pshuk

Examined components of social intelligence (history of completion, group expression, nonverbal expression, history's complement) reference relatives of patients with schizophrenia as a factor in psychosocial adaptation in the context of the relevant typology of reference relative to maintenance therapy.

Key words: social, intelligence, a relative reference, schizophrenia supportive therapy.