

Е. Я. Пшук

**ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ
З ШИЗОФРЕНІЄЮ В АСПЕКТІ ЇХ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ**

Е. Я. Пшук

**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ
ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В АСПЕКТЕ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

Ye. Ya. Pshuk

**STUDY OF THE LEVEL OF THE SOCIAL INTELLECT OF THE REFERENTIAL RELATIVES
OF THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN TERMS OF THEIR SOCIAL FUNCTIONING**

Обстеження включало пацієнтів з параноїдною шизофренією та їхніх референтних родичів з метою вивчення рівня їх соціального інтелекту як одного з факторів, який визначає рівень соціального функціонування особистості. Вивчення клінічного психопатологічного профілю захворювання дозволило виокремити переважаючі комплекси симптомів початкового періоду (невротичні розлади, субафективні розлади, психопатичні розлади), а також ознаки психотичного прояву (галюцинаторні розлади, афективно-деліріозні стани). Були встановлені три категорії соціального функціонування референтних родичів пацієнтів з шизофренією: дуже низькі, низькі і задовільні. Були вивчені особливості соціального інтелекту як персональної комунікативної ознаки у хворих на параноїдну шизофренію й у їхніх референтних родичів. Був встановлений середній рівень соціального інтелекту у референтних родичів хворих на шизофренію, який знижує їхню здатність до міжособистісного пізнання, виключає можливість адекватного розуміння поведінки хворих з шизофренією в конкретній ситуації і створює передумови для деформації соціального пізнання.

Ключові слова: референтні родичі, соціальний інтелект, соціальне функціонування, параноїдальна шизофренія

Обследование включало пациентов с параноидной шизофренией и их референтных родственников с целью изучения уровня их социального интеллекта как одного из факторов, определяющих уровень социального функционирования личности. Изучение клинического психопатологического профиля заболевания позволило выделить преобладающие комплексы симптомов начального периода (невротические расстройства, субаффективные расстройства, психопатические расстройства), а также признаки психотического проявления (галлюцинаторные расстройства, аффективно-делириозные состояния). Были установлены три категории социального функционирования референтных родственников пациентов с шизофренией: очень низкие, низкие и удовлетворительные. Были изучены особенности социального интеллекта как персонального коммуникативного признака у больных с параноидной шизофренией и у их референтных родственников. Был установлен средний уровень социального интеллекта у референтных родственников больных с шизофренией, который снижает их способность к межличностному познанию, исключает возможность адекватного понимания поведения больных с шизофренией в конкретной ситуации и создаёт предпосылки для деформации социального познания.

Ключевые слова: референтный родственник, социальный интеллект, социальное функционирование, параноидная шизофрения

The examination included patients with paranoid schizophrenia and their referential relatives with the aim to examine the level of their social intelligence as one of the factors that determines the level of social functioning of the individual. The study of the clinical psychopathological profile of the disease has permitted to distinguish the prevalent complexes of symptoms of the initial period (neurotic disorders, subaffective variations, psychopathic disorders), as well as the signs of the psychotic manifestation (hallucinatory disorders, affective-delirious states). There were established three ranks of the social functioning of the referential relatives of the patients with schizophrenia: very low, low, and satisfactory. They were studied the features of the social intelligence as a personal communicative trait in patients with paranoid schizophrenia and in their referential relatives. It was established the average level of the social intelligence in referential relatives of the patients with schizophrenia, that lower their capacity for interpersonal knowledge, eliminates the possibility of an adequate understanding of the behavior of patients with schizophrenia in a concrete situation and creates preconditions for the deformation of the social cognition as well identified patients as in their referential relatives.

Key words: referential relative, social intellect, social functioning, paranoid schizophrenia

Наявність в сім'ї хворого на шизофренію є важким випробуванням для сім'ї, в якій проживає пацієнт, зважаючи на значну руйнівну силу соціальних наслідків наявної 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 з одного боку, а з іншого — наявність в сім'ї психічно хворого є стресовим фактором для всього сімейного оточення.

Як свідчать дослідження деяких авторів [2, 4], референтні родичі, які проживають з хворим, є негативно налаштованими щодо спілкування та надання допомоги пацієнтам. Однак, рівень труднощів для сім'ї, які виникли як наслідок хвороби близької людини, залежить

на 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 як найбільш раннє комплексне втручання лікаря так і підтримка соціуму (сім'я, друзі та важливі інші) дозволяють пацієнтам підтримувати власний ре-адаптаційний потенціал та певний рівень соціального функціонування та якості життя [5].

Загальновідомо, що шизофренічний процес, який починається у підлітковому та юнацькому віці, значно погіршує мікроклімат у сім'ї, негативно впливає на її функціонування загалом у соціумі [4, 5]. Були виокремлені два основних чинника, які характеризують відносини 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 [2]. В дійсний час ця проблема функціонування сім'ї психічно хворого розглядається у відносно новому аспекті — з питанням якості життя не лише хворих на шизофренію, але й найближчого оточення пацієнта. Якість життя хворих на шизофренію розглядається як широка модальність їх життєдіяльності, яка залежить від ступеня психологічної адаптації, від впливу екзогенних та психогенних чинників, від соціально-рольового функціонування та міжособистісних стосунків, від сімейного мікросоціального середовища [7]. Найважливішим інтегративним чинником, що впливає на якість життя хворого на шизофренію, є особливості його соціального функціонування, які визначають загальний рівень його життєдіяльності [8]. Для загальної оцінки життєдіяльності хворого необхідно враховувати не лише психічний, соціальний, трудовий статус пацієнта, але і його найближчого оточення, тих людей, які найчастіше та найближче контактують з пацієнтом (дружина, батько, мати, чоловік), в контексті загального клініко-психопатологічного профілю хвороби. Сім'я, як соціально-терапевтичне середовище, може надавати як адаптивний, так і дезадаптивний вплив. Саме сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль щодо профілактики повторних госпіталізацій хворих на шизофренію [3, 11].

В останнє десятиріччя наукові дослідження з приводу шизофренії переходять від суто клініко-психопатологічних досліджень до вивчення причинно-наслідкових взаємозв'язків в аспекті соціальних когніцій. Тут чільне місце відведене вивченню соціального інтелекту хворих на шизофренію, завдяки якому, як елементу соціального пізнання, пацієнти можуть або ж розвивати комунікативну активність, або ж навпаки формувати соціальну ізоляцію. З втратою здатності розуміти наміри інших людей, їх ставлення до себе, формуються неадекватні судження з непродуктивними та продуктивними порушеннями мислення [1, 6].

Метою нашого дослідження було визначення рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією в контексті їх соціального функціонування.

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 у дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F 20.0); 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 молодше 23 років та старше 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ-10 у 77 пацієнтів діагностовано епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 — безперервний. Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (в середньому $34,1 \pm 0,8$ роки). Тривалість спостере-

ження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше одного року, в середньому 2,7 роки. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років, у 58 — 4—8 років та у 53 хворих — більше 8 років. Середній вік маніфестації захворювання — $25,3 \pm 2,9$ роки. 74 пацієнти мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток), 94 хворих проживали з батьками (обстежені були один з батьків). Таким чином, групу референтних родичів (РР) склали дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток та один з батьків обстежених хворих — основна група (ОГ). 29,7 % сімей охарактеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1 % сімей констатували порушення міжособистісних стосунків в сім'ї, що виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу (КГ) склали 55 сімей, де не проживають психічно хворі.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психометричний, статистичний. Верифікація діагнозу за критеріями МКХ-10 включала в себе збирання анамнезу та визначення психічного статусу пацієнтів. Для стандартизованої оцінки різних векторів психопатологічної симптоматики шизофренії, таких, що визначають її клінічний профіль, була використана Шкала позитивних та негативних синдромів [12]; з метою оцінки якості життя використовували російськомовну версію опитувальника MOS SF-36 [9, 10]. Опитувальник охоплює 8 категорій якості життя, оцінює фізичний та психічний компоненти здоров'я: фізичне функціонування, рольове функціонування, фізичний біль, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я. Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гилфорда та М. Саллівена (російськомовна адаптація Михайлової Е. С. [1]). Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактора психосоціальної адаптації дозволяє розуміти та прогнозувати поведінку людей в різних життєвих ситуаціях, розпізнавати наміри, почуття та емоційні стани людини за вербальною та невербальною експресією. Методика визначає як загальний рівень соціального інтелекту, так і окремі його складові (здатність передбачати наслідки поведінки, розуміти вербальну та невербальну поведінку, розбиратися в загальній картині міжособистісної взаємодії). Для обстеження референтних родичів (РР) хворих з шизофренією 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 враховувалась композитна оцінка (КО).

Вивчення клініко-психопатологічного профілю хвороби у обстежених нами хворих в динамічному аспекті показало, що в ініціальному періоді розвитку шизофренії у пацієнтів виявлялись неврозоподібні порушення (46,1 %), спонтанні субафективні коливання з переважанням ознак депресивного регістру (49,4 %), наявність епізодів безпідставного страху чи тривоги (66,8 %); психопатоподібні розлади (31,3 %).

Ознаки психотичної маніфестації були маячні синдроми та галюцинаторні розлади (34,9 %), афективно-маячні стани (57,2 %). У постманіфестний період реєструвались параноїдні стани з несистематизованим

маяченням (42,1 %), афективно-маячні стани (53,8 %), синдром Кандинського — Клерамбо (39,3 %), онейроїдний синдром (2,5 %).

Дослідження вираженості симптомів шизофренічного реєстру у пацієнтів, які проживали у власній чи батьківській сім'ї, дозволило виявити наявність як позитивних, так і негативних та загальнопсихопатологічних ознак за шкалою PANSS. Ступінь вираженості позитивних розладів, до яких були віднесені маячення, галюцинації, збудження, ідеї величі, підозра, ворожість, становила 18 ± 2 бали. Для таких хворих було характерним переважання розладів мислення, що пов'язано з ригідністю особистісної позиції, недовіра, підозра, ворожість до оточуючих, паралогічність мислення, маячні ідеї відношення, переслідування, особливої значущості. Підозра та недовіра до оточуючих зазвичай мали тенденцію підсилювати ворожість та сприяли розриву міжособистісних стосунків. Вираженість негативних розладів (сплоснений афект, емоційна відмежованість, труднощі у спілкуванні, соціальна пасивно-апатична відгородженість, порушення абстрактного мислення, порушення спонтанності та плавності мови, стереотипне мислення) становила 29 ± 6 балів. Для таких пацієнтів були притаманними втрата гнучкості у стосунках з іншими, ригідність особистісних позицій, дефіцит активності, складнощі у розумінні ситуацій та абстрактних понять, звуження кола інтересів, емоційна в'ялість, бездіяльність, формувалась тенденція до соціальної ізоляції. Загальнопсихопатологічні симптоми були представлені тривогою, відчуттям провини, напруженням, манірністю, депресією, моторною загальмованістю, порушенням уваги, зниженням критики до свого стану, порушенням вольових процесів, зниженням самоконтролю, активною соціальною відмежованістю. Ступінь вираженості цих проявів становила 46 ± 8 балів.

Повсякденна клінічна практика переконливо доводить, що шизофренічний процес значно погіршує сімейний мікроклімат, негативно відображається на функціонуванні пацієнта у власній чи батьківській сім'ї. З'являються нові форми стосунків — соціальне дистанціювання сім'ї або ж завищені очікування з боку референтних родичів.

Таблиця 1

Оцінка якості життя референтних родичів хворих пацієнтів з шизофренією ($n = 168$)

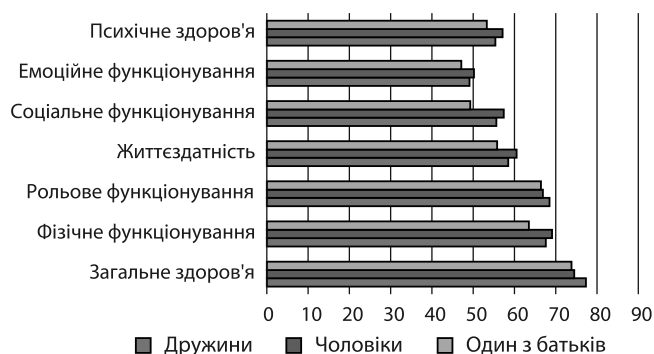
Показники	Середній бал ($M \pm m$)	
	Референтний родич	Контрольна група
Загальний стан здоров'я (GH)	$74,9 \pm 1,3$	$86,2 \pm 0,3$
Фізичне функціонування (PF)	$63,1 \pm 0,4$	$71,5 \pm 1,9$
Рольове функціонування (RP)	$65,2 \pm 0,1$	$72,4 \pm 0,5$
Фізичний біль (P)	$68,9 \pm 1,6$	$71,0 \pm 0,7$
Життєва активність (VT)	$63,6 \pm 1,4$	$71,3 \pm 0,5$
Соціальне функціонування (SF)	$52,6 \pm 0,5$	$59,2 \pm 0,3$
Рольове емоційне функціонування (RE)	$51,5 \pm 0,4$	$59,7 \pm 1,1$
Психічне здоров'я (MH)	$54,9 \pm 1,1$	$66,6 \pm 1,2$

Примітка: показники є статистично достовірними ($P < 0,001$)

Як свідчать отримані нами дані (табл. 1, рис.), за всіма конструктами соціального функціонування референтні

родичі, які надають соціальну підтримку пацієнтам з шизофренією, виявляють його достовірне зниження. Особливо це стосується показників емоційного, соціального функціонування та психічного здоров'я. Звісно, наявність психічно хворої особи в сім'ї повністю змінює динамічний стереотип її функціонування. З'являються нові мотиваційні компоненти, видозмінюються форми міжособистісної комунікації у членів сім'ї, все частіше постають питання, пов'язані з індивідуально-психологічною адаптацією не лише пацієнта, а й членів сім'ї. Розподіл сумарних балів за опитувальником SF-36 та їх кластерний аналіз дозволив виділити 3 рівні (ранги) адаптації референтних родичів пацієнтів з шизофренією: I ранг адаптації — надто знижений (41 особа, 24,4 %); II ранг — знижений (68 осіб, 38,8 %) та III — задовільний (59 осіб, 36,8 %).

Ступінь соціального функціонування сім'ї будь-якої категоріальної приналежності залежить від рівня міжособистісної взаємодії, відображенням якої є функція соціального пізнання через певний ступінь соціального інтелекту. Соціальний інтелект — це інтегральна характеристика, яка забезпечує розуміння вчинків інших та їх дій, невербальної комунікації, тих чи інших та не зовсім звичних особливостей поведінки.



Середні показники соціального функціонування та якості життя референтних родичів сімей, де проживає хворий на шизофренію

Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією (табл. 2) дозволило виявити деякі відмінності у порівнянні з особами групи контролю (ОГ — $3,47 \pm 0,9$; КГ — $4,08 \pm 0,5$, $P < 0,05$). Так, за першим субтестом «Історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (РР — $3,47 \pm 0,9$; КГ — $4,08 \pm 0,5$, $P < 0,05$) референтні родичі мали посередні здібності щодо пізнання поведінки пацієнта, який хворіє на шизофренію, в умовах сім'ї. Вони могли частково передбачати подальші дії пацієнта, аналізуючи реальні ситуації сімейного та дружнього спілкування, розуміти почуття хворого на шизофренію і на цій основі визначати ефективність спілкування. Встановлені цифрові дані за першим субтестом дозволяють дати висновок про те, що референтні родичі хворих на шизофренію не завжди можуть чітко будувати стратегію власної поведінки з метою досягнення певних цілей у лікуванні хворих. Їхня поведінка може виходити за межі загальноприйнятих норм, вони невірно уявляють результати власних дій та

вчинків інших. За другим субтестом «групи експресії» (ОГ — $3,14 \pm 1,6$; КГ — $4,18 \pm 0,1$, $P < 0,001$) встановлені показники дозволяють думати про те, що референтні родичі, на відміну від респондентів контрольної групи, мають утруднення в оцінці 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 співбесідника, чим на прояви їх невербальної комунікації. В їхньому розумінні відкритість та дружелюбність не завжди є запорукою успіху у спілкуванні, у них знижена чутливість до емоційних станів інших людей і не завжди правильно вони оцінюють власний емоційний статус у спілкуванні, що безперечно є прямим чинником, яким зумовлює дисфункціональність в комунікації.

Таблиця 2

Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією (середній бал, $M \pm m$)

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

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

Чутливість до невербальної експресії суттєво посилює здатність розуміти інших. Здатність читати невербальні сигнали іншої людини, усвідомлювати їх та порівнювати з вербальними є основою інтуїції. Показники субтесту «вербальна експресія» (ОГ — $3,08 \pm 1,1$; КГ — $4,13 \pm 0,7$, $P < 0,001$) вказують на те, що у референтних родичів, в сім'ях яких проживає пацієнт з шизофренією, знижується здатність вірно та швидко оцінювати мовну продукцію співбесідника в контексті певної ситуації, вірно знаходити відповідний тон спілкування, не завжди вірно проявляють рольову пластичність та розуміють сенс вербальної комунікації.

Результати, які ми отримали за четвертим субтестом «історії з доповненням» (ОГ — $3,44 \pm 0,5$; КГ, відповідно, $4,49 \pm 0,2$, $P < 0,001$), 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 відчують складнощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозувати їх поведінку та логіку подальших подій. Композитне оцінювання (ОГ — $3,26 \pm 0,2$; КГ — $4,43 \pm 0,6$, $P < 0,05$) свідчить про те, що у референтних родичів пацієнтів з шизофренією знижені адаптаційні ресурси особистості в міжособистісній взаємодії, вони відчують утруднення в судженнях про співбесідника, мало-контактні, тактичні та доброзичливі в комунікативній взаємодії у порівнянні 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 уяву про особливості соціального інтелекту хворих на шизофренію.

Таблиця 3

Показники рівня соціального інтелекту у обстежених різних груп (середній бал, $M \pm m$)

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

Примітка: показники є статистично достовірними: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,001$

Хотілось би зазначити, що як в групі PP, так і в групі хворих на шизофренію, було різне ставлення щодо виконання завдань. У референтних родичів участь у тестовій роботі викликала деяке непорозуміння з їх боку, а інколи навіть настороженість та підозрілість. Для хворих на шизофренію виконання тестового навантаження було дещо утрудненим, особливо з тривалістю шизофренічного процесу 6 років та більше, тому зі 168 хворих було обстежено 112 осіб. Між тим, більшість хворих були зацікавлені в ситуації психологічного обстеження.

Хворі на шизофренію, як свідчить середня бальна оцінка (див. табл. 3) не мають здатності прораховувати логіку розвитку ситуації, розуміти сенс вчинків та дій

персонажів міжособистісної взаємодії, передбачити розвиток подальших подій. Безперечно, такі складнощі не дозволяють хворим на шизофренію адекватно оцінити вчинки оточуючих, вони безглуздо їх інтерпретують, що у кожному коректному випадку комунікації надає додатковий негативний вплив на формування міжособистісної взаємодії.

Хворі на шизофренію, у порівнянні як з референтними родичами, так і з респондентами групи контролю, дуже погано розуміють елементи невербальної комунікації, тому їх умовиводи йдуть у розріз 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 вираженої негативної симптоматики у хворих оцінювання ситуативної інформації може бути хибним. Такі пацієнти відчувають певні труднощі в інтерпретації слів та умовиводів іншої людини та можуть невірно оцінити реальну ситуацію взаємодії та неадекватності суб'єкта по спілкуванню.

Відсутність логічного ракурсу в різних ситуаційних контекстах не дозволяє хворим на шизофренію розвивати здатність до видозміни поведінки. Причиною цього, на наш погляд, є наростаюче емоційно-вольове сплоснення у хворих, що відбувається по мірі розвитку хвороби.

Загальний рівень соціального інтелекту у хворих на шизофренію можна оцінити як низький $1,67 \pm 0,1$ (в групі контролю — $4,43 \pm 0,6$, $P < 0,001$; в порівнянні з групою РР — $3,26 \pm 0,2$, $P < 0,05$). Вони є нездатними до культивування взаємної симпатії, підтримки близьких, усвідомлення власних проблем, не мають змоги ділитися власними переживаннями, у них не має позитивного підкріплення щодо настанови на досягнення життєвих цілей.

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

Таким чином, у референтних родичів пацієнтів з шизофренією реєструються три ранги соціального функціонування: надто знижений, знижений та задовільний, а також середній рівень соціального інтелекту, що знижує їхню 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 в референтних родичів, що безумовно призводить до зниження соціального функціонування сім'ї, погіршення якості життя її членів та потребує розроблення програм оптимізації системи соціальної підтримки хворих на шизофренію.

Список літератури

1. Михайлова Е. С. Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика / Е. С. Михайлова. — СПб.: СПбГУ, 2007. — 266 с.
2. Вишневская О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / Вишневская О. А., Гвоздецкий А. Н., Петрова Н. Н. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т. 22. — № 4. — С. 30—35.
3. Гурович И. Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции / И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова // Там же. — 2007. — Т. 17. — № 4. — С. 78—85.
4. Кирьянова Е. М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных — важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е. М. Кирьянова, Л. И. Сальникова // Там же. — 2010. — Т. 20. — № 3. — С. 73—74.
5. Прибытков А. А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // Там же. — 2012. — Т. 22. — № 4. — С. 27—29.
6. Ушаков Д. В. Интеллект: структурно-динамическая теория / Д. В. Ушаков. — М.: ИП РАН, 2003. — С. 291—300.
7. Шевченко В. А. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной профессиональной психиатрической помощи / Шевченко В. А., Шмуклер А. Б., Гаврилова Е. К. // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 5. — С. 70—74.
8. Brissos S. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia / Brissos S., Molodynski A., Dias V. V // Ann. Gen. Psychiatry. — 2011. — Vol. 10. — P. 18—19.
9. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies / T. Burns, D. Patrick // Acta Psychiatr. Scand. — 2007. — Vol. 6. — P. 403—418.
10. Figueira M. L. Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients / M. L. Figueira, S. D. Brissos // Curr. Opin. Psychiatry. — 2011. — Vol. 2. — P. 91—99.
11. Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / G. Jukel, P. L. Morosini // Ibid. — 2008. — Vol. 6. — P. 630—639.
12. Kay S. R. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics / Kay S. R., Opler L. A., Lindenmayer J. P. // Psychiatr. Res. — 1988. — Vol. 23. — P. 10.

Надійшла до редакції 11.12.2013 р.

ПШУК Євген Ярославович, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії та медичної психології з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: yevhen.pshuk@gmail.com

PSHUK Yevhen Yaroslavovych, D, PhD, Assistant of Professor of Department of Psychiatry and medical Psychology with a course of Postgraduate Education of Vinnytsya National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsya; e-mail: yevhen.pshuk@gmail.com