

Є.Я. Пшук

ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ПРОСОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

Ключові слова: шизофренія, просоціальні мережі, донори соціальної підтримки

Метою дослідження було вивчення джерел соціальної підтримки у хворих на шизофренію за допомогою шкали MSPS, що була розроблена G.D. Zimet. Встановлено, що сім'я хворого є найбільш вагомим донором у процесі соціальної підтримки, що необхідно враховувати при розробці питань психосоціальної реабілітації.

Підвищення ефективності лікування хворих на шизофренію є нагальною проблемою сьогодення. З метою подолання проявів хвороби використовується широкий арсенал сучасних психофармакологічних препаратів, що дозволяє активно впливати як на негативні, так і на позитивні прояви захворювання [1]. Між тим, все частіше ми акцентуємо увагу на відсутності адекватного мікросоціального середовища, яке спонукало би хворих активізувати власні адаптаційні ресурси [2]. До останніх можна віднести і соціальні мережі як основне джерело комунікативної активності у формуванні соціальної підтримки, завдяки якій особистість здатна подолати власні негаразди та проблеми. Соціальні мережі відображають структуру соціальних зв'язків особистості, які забезпечують соціальну підтримку власного здоров'я, здатність особистості сформувати нові міжособистісні стосунки, що є основою формування адекватної індивідуально-психологічної адаптації. Люди, які отримують ефективну соціальну підтримку від сім'ї, друзів, важливих для особистості інших людей, відрізняються активною життєвою позицією, добрим здоров'ям, легко переносять життєві труднощі [3].

У подоланні стресових та проблемних ситуацій процес соціальної підтримки відіграє ключову роль завдяки основним складовим: соціальні мережі, копінг-стратегії «пошук соціальної підтримки», здатність особи до сприйняття соціальної підтримки [5]. Тому ми вважали за доцільне провести аналіз структури просоціальних мереж, які найбільш часто використовуються хворими на шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди було обстежено 168 хворих на параноїдну шизофренію (97 чоловіків та 71 жінка), які склали основну групу (ОГ). Основні критерії включення хворих у дослідження: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогресивним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини, чоловіка або іншого референтного родича взяти участь у дослідженні. Критерії виключення: вік хворих молодше 23 років

та старше 45 років з метою виключення вікових патологічних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або 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. Вік обстежених хворих – від 23 до 45 років (в середньому – 34,1±0,8 року). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше 1 року, в середньому – 2,7 року. З усього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4 років, у 58 – 4–8 років, у 53 – більше 8 років. Середній вік манифестації захворювання – 25,3±2,9 року. Контрольну групу (КГ) склали 55 осіб, які ніколи не зверталися за допомогою до лікарів з приводу психічного розладу. Обстежені респонденти основної та контрольної груп були репрезентативними за основними соціально-демографічними характеристиками.

Дослідження сприйняття соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G.D. Zimet [5] та адаптована до використання в Росії Н.А. Сиротою та В.М. Ялтонським [2]. Шкала оцінює суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки за 12-бальним рейтингом та визначає ефективність соціальної підтримки за трьома складовими: сім'я, друзі, інші важливі люди.

Для стандартизованої оцінки різних векторів психопатологічної симптоматики шизофренії, таких, що визначають її клінічний профіль, була використана Шкала позитивних та негативних синдромів (PANNS) [4].

Результати та їх обговорення

Аналіз динаміки розвитку хвороби показав, що в ініціальний період розвитку шизофренії у обстежених хворих виявлялися неврозоподібні порушення (46,1%), спонтанні субафективні коливання з переважанням ознак депресивного регістру (49,4%), наявність епізодів безпідставного страху чи тривоги (66,8%); психопатологічні розлади (31,3%). Ознаками психотичної манифестації були маячні синдроми та галюцинаторні розлади (34,9%), афективно-маячні стани (57,2%).

У постманіфестний період реєструвалися 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 у стані ремісії 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 (сплощений 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 притаманні 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, напругою, 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 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 завищені очікування з боку референтних родичів. Нагальним стає питання пошуку джерел соціальної підтримки як одного з чинників психосоціальної терапії. У ролі останніх виступають мережі соціальної підтримки: сім'я, друзі, важливі інші. Як показало проведене дослідження, соціальна мережа «сім'я» у хворих на шизофренію була представлена власною сім'єю у 44,1% обстежених; у батьківській сім'ї проживали 94 (55,9%) пацієнта. При цьому атмосфера в сім'ях була напруженою, що негативно позначалося на внутрішньосімейних стосунках. Звісно, чинників такої ситуації є багато, але в першу чергу – це психічний стан пацієнта та нездатність родичів віднайти раціональні шляхи подолання стресових ситуацій. Спільне проживання з пацієнтом, який страждає на шизофренію, супроводжувалося частими конфліктами, невротизацією членів родини, що сприяло посиленню порушення психологічної та психічної адаптації не лише пацієнтів, але й їх родичів, а подекуди – і супутній алкоголізації як хворих, так і їх референтних родичів. Лише 59 (35,1%)

хворих були задоволені стосунками в сім'ї. У висловах вони відмічали, що сім'я їх психологічно підтримує, намагається допомогти у лікуванні тощо. Саме завдяки сім'ї у пацієнтів формується відчуття взаємної довіри, надійності у стосунках, відданість, усвідомлення того, що незважаючи на складні обставини, підтримка все ж таки буде забезпечена.

Більшість (64,9%) хворих оцінювали внутрішньосімейні стосунки негативно і не вважали, що соціальна мережа «сім'я» є для них джерелом соціальної підтримки. Однак тут слід зважати і на наявний актуальний психічний стан пацієнта, відсутність чи наявність продуктивної симптоматики, враховувати ступінь зниження адаптивних ресурсів особистості, тривалість перебігу шизофренічного процесу. Крім того, негативне ставлення у пацієнтів до членів сім'ї формувалось і за рахунок немотивованої агресивності, дратівливості, ворожості, амбівалентності, уникнення відкритого спілкування, поверхневості та формальності суджень.

Подекуди внаслідок порушення сімейних стосунків, наростаючої психологічної дестабілізації референтні родичі посилювали контроль над пацієнтами, принижували їх гідність, не дозволяли самостійно приймати рішення з будь-якого питання, що було додатковим психогенним чинником, посилювало порушення міжособистісних стосунків в сім'ї та сприяло формуванню дезадаптивних поведінкових паттернів як з боку хворих, так і з боку їх референтних родичів. Намагання родичів тримати все «під контролем» провокувало порушення комплаєнсу пацієнтами і як наслідок – проявлялась екзацерація шизофренічного процесу.

Соціальна мережа «сім'я» у здорових осіб (КГ) була представлена або власною родиною, або родиною батьків. На відміну від сім'ї батьків, власна сім'я мала якісно інші вимоги, що були пов'язані з виконанням нової соціальної ролі, проявами активності у вихованні дітей та вирішенні сімейних, побутових та інших проблем. Наслідком такого процесу було те, що здорові особи ставали одним з основних джерел підтримки для своїх близьких. Сімейна згода була результатом наявних позитивних внутрішньосімейних контактів, позитивного досвіду отримання і надання підтримки.

Респондентам групи контролю був притаманний високий рівень сімейної підтримки. За їх висловами «...дружина, чоловік або батьки завжди допомагають у вирішенні всіляких проблем, всі негаразди обговорюємо у колі сім'ї та вирішуємо їх разом...».

Процес соціальної підтримки в сім'ях осіб контрольної групи приймався як закономірний та впливав на копінг-поведінку членів родини. Наявний сімейний «копінг-стиль» визначав внутрішньосімейні стосунки як такі, що підтримують соціальну систему і позитивно впливають на вибір та формування соціального середовища.

Соціальна мережа «друзі» у хворих на шизофренію була представлена малочисельно, причиною чого був психічний стан хворих, вираженість облігатних симптомів шизофренічного процесу, певний рівень дезінтегративної поведінки з емоційно-вольовим сплосченням. Відсутність емптичної та афіліативної особистісних рис

не спонукало наших хворих до пошуку нових друзів та формування дружнього альянсу. Лише 44 (26,2%) пацієнта вказали на те, що мають друзів, з якими проводять дозвілля. Між тим, у групі референтних родичів на наявність «друзів» вказали 89 (52,9%) респондентів, при цьому акцентуючи увагу на проблемах стигматизації психічно хворих. Звісно, наявність в сім'ї хворого на шизофренію не завжди викликає позитивне ставлення з боку оточуючих, особливо коли соціальне середовище є малочисельним та з низьким рівнем загальної суспільної культури.

Більшість пацієнтів свідомо намагались усамітнитись, мотивуючи це тим, що серед друзів є багато таких, хто їх раніше зрадив. Таке розчарування призводило до того, що фактично соціальна мережа «друзі» як структура процесу підтримки фактично була знецінена.

Соціальна мережа «друзі» у осіб КГ включала в себе найбільш близьких товаришів, переважно однієї вікової групи. Відносини ґрунтувались на взаєморозумінні, дружбі, повазі. Все це сприяло розвитку необхідних копінг-навичок, а спільне обговорення та вирішення проблем посилювало колективні форми копінг-поведінки.

Майже всі особи КГ мали добре розвинену та динамічну соціальну мережу «друзі», для якої вони були не лише реципієнтами, а й донорами соціальної підтримки.

Соціальна мережа «важливі інші» у хворих на шизофренію була представлена дружиною (48 осіб, 28,6%), матір'ю (67 осіб, 39,8%), батьком (34 особи, 20,2%), чоловіком (19, 11,3%).

Обстежені пацієнти вважали, що як особи «важливі інші» можуть виступати лише найрідніші та найближчі люди, ті, які допомагають пацієнтам задовольняти власні потреби, турбуються про них, намагаються допомогати матеріально, не відштовхують і не принижують їх. Однак часто в бесідах у хворих були вислови щодо не зовсім тактовних висловів на їхню адресу від «важливих інших». Проте було повне розуміння того, що від сторонньої допомоги «важливих інших» залежить їх власна доля в майбутньому. Інтерперсональні стосунки залежали у більшості випадків від мікросоціального (сімейного) оточення, від їх здатності знаходити компроміси у взаємодії та розуміти психічний стан пацієнта.

Між тим, референтні родичі в якості мережі «важливі інші» опирались на друзів, колег, односельців, інших родичів. За їх висловами, більшість їх проблем мають

матеріальне підґрунтя, тому і потреби, які можуть вирішити, на їх думку, «важливі інші», можуть поліпшити якість їх стосунків.

Соціальна мережа «важливі інші» у осіб КГ була представлена різноманітними особами (колеги, друзі, родичі, однокурсники тощо). Важливі люди для обстежених КГ були прототипами в професійному та особистісному зростанні. Їх думка враховувалась, а подекуди – була визначальною під час обговорення життєвих проблем.

Таким чином, отримані авторами дані щодо аналізу соціальних мереж показали: наявність психічно хворої особи в сім'ї є чинником, який зумовлює активацію просоціальної мережі щодо допомоги у формуванні стрес-долаючих механізмів як у хворих на шизофренію, так і у їх референтних родичів. Соціальна мережа «сім'я» у хворих на шизофренію у більшості випадків була представлена батьківською сім'єю. Соціальна мережа «друзі» у хворих на шизофренію була малочисельною, причиною чого був психічний стан хворих, ступінь вираженості облігатних симптомів шизофренічного процесу (аутизм, апатія, амбівалентність), певний рівень дезінтегративної поведінки з емоційно-вольовим сплосченням. У соціальній мережі «важливі інші» у хворих на шизофренію в ролі донорів соціальної підтримки визначалися дружина (28,6%), матір (39,8%), батько (20,2%), чоловік (11,3%). Встановлені особливості можуть бути використані при розробці психоосвітніх програм як для хворих на шизофренію, так і для їх референтних родичів.

Список використаної літератури

1. 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 // Обозр. психит. и мед. психол. – 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. Kay S.R. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics / S.R. Kay, L.A. Opler, J.P. Lindenmayer // Psychiat. Res. – 1988. – Vol. 23. – P. 10.
5. Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support / Zimet G.D. [et al.] // J. Personality assessment. – 1988. – Vol. 52. (1). – P. 30–41.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ПРОСОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Я. Пшук

Целью исследования было изучение источников социальной поддержки у больных шизофренией с помощью шкалы MSPS, разработанной G.D. Zimet. Установлено, что семья больного является наиболее весомым донором в процессе социальной поддержки, что необходимо учитывать при разработке вопросов психосоциальной реабилитации.

Ключевые слова: шизофрения, просоциальные сети, доноры социальной поддержки.

INVESTIGATION OF PROSOCIAL NETWORKS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Y. Pshuk

The objective of the study was to investigate the sources of social support in patients with schizophrenia by scale MSPS, prepared by G.D. Zimet. It is established that the family of the patient is the most important donor in the social support that must be considered when designing for psychosocial rehabilitation.

Key words: schizophrenia, prosocial networks, social support donors.