

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 61.89:615.851:616-07

А. О. Камінська\*, Н. Г. Пшук

## ДЕТЕРМІНАНТИ ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

**Актуальність.** Найважливішим напрямком розвитку психосоціального лікування хворих на ендогенні психічні розлади протягом останніх двох десятиліть є акцентування на позитивному впливі участі сім'ї в процесі терапії. Порухнення міжособистісного спілкування – одна з найактуальніших проблем у сім'ях, де проживає хворий з ендогенним психічним розладом (ЕПР). Налагодження ефективної та гнучкої інтерперсональної комунікації в таких сім'ях є необхідною передумовою для забезпечення ефективності психосоціальної терапії та психопрофілактики психічної дезадаптації у референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

**Мета** дослідження – визначення базових детермінант інтерперсональної комунікації референтних родичів пацієнтів з ЕПР у контексті їх сімейного функціонування.

**Матеріали та методи.** Досліджено особливості емоційного та соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами. Було обстежено 243 референтних родичів хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади – біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР). Групу контролю склали 55 психічно здорових осіб, в сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти. В якості психодіагностичного інструментарію дослідження були використані тест емоційного інтелекту «EQ» Н. Холла і методика оцінки рівня соціального інтелекту Дж. Гілфорда та М. Саллівена (в адаптації Михайлової Е. С.).

**Результати.** Отримані в ході дослідження дані свідчать про те, що респонденти РРПШ та РРАФР демонструють зниження показників емоційного та соціального інтелекту, порівняно з респондентами контрольної групи. Труднощі емоційної регуляції, керування емоційним станом, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем емоційного та соціального інтелекту референтних родичів, є факторами, що ускладнюють інтерперсональні стосунки у сім'ях хворих з ЕПР та знижують можливості психосоціальної адаптації всіх членів сім'ї.

**Висновки.** Встановлені особливості необхідно враховувати при створенні відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

**Ключові слова:** емоційний інтелект, соціальний інтелект, референтні родичі, ендогенні психічні розлади.

## ДЕТЕРМИНАНТЫ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ КОМУНИКАЦИИ У РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. А. Каминская\*, Н. Г. Пшук

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина

**Актуальность.** Важнейшим направлением развития психосоциального лечения больных эндогенными психическими расстройствами в течение последних двух десятилетий является акцентирование на положительном влиянии участия семьи в процессе терапии. Нарушение межличностного общения – одна из наиболее актуальных проблем в семьях, где проживает больной с эндогенным психическим расстройством (ЭПР). Налаживание эффективной и гибкой интерперсональной коммуникации в таких семьях является необходимым условием для обеспечения эффективности психосоциальной терапии и психопрофилактики психической дезадаптации у референтных родственников пациентов с ЭПР.

**Цель** исследования – определение базовых детерминант интерперсональной коммуникации референтных родственников пациентов с ЭПР в контексте их семейного функционирования.

**Материалы и методы.** Исследованы особенности эмоционального и социального интеллекта референтных родственников пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Было обследовано 243 референтных родственника больных параноидной шизофренией (168 человек, РРПШ) и больных аффективными расстройствами – биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство (75 человек, РРАФР). Группу контроля составили 55 психически здоровых лиц, в семьях которых не проживают психически больные пациенты. В качестве психодиагностического инструментария исследования были использованы тест эмоционального интеллекта «EQ» Н. Холла и методика оценки уровня социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена (в адаптации Михайлової Е. С.).

**Результаты.** Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что респонденты РРПШ и РРАФР демонстрируют снижение показателей эмоционального и социального интеллекта, по сравнению с респондентами контрольной группы. Трудности эмоциональной регуляции, управления эмоциональным состоянием, распознавания эмоциональных состояний других участников коммуникации, связанные с уровнем эмоционального и социального интеллекта референтных родственников, являются факторами, которые усложняют интерперсональные отношения в семьях больных с ЭПР и снижают возможности психосоциальной адаптации всех членов семьи.

**Выводы.** Установленные особенности необходимо учитывать при создании соответствующих психообразовательных и психокоррекционных программ для референтных родственников пациентов с ЭПР.

**Ключевые слова:** эмоциональный интелект, социальный интелект, референтные родственники, эндогенные психические расстройства.

## DETERMINANTS OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS

A. O. Kaminska\*, N. G. Pshuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

**Background.** The important direction in development of psychosocial treatment of patients with endogenous mental disorders over the past two decades is the emphasis on the positive impact of family participation in therapy process. Disruption of interpersonal communication is one of the most pressuring problems in families where a patient

with endogenous mental disorder (EMD) lives. Providing effective and flexible interpersonal communication in such families is a prerequisite both for ensuring effectiveness of psychosocial therapy and for psychoprophylaxis of mental disadaptation in family caregivers of patients with EMD.

**Objective.** The aim of our study was to determine the basic determinants of interpersonal communication in family caregivers of patients with EMD in context of their family functioning.

**Materials and methods.** Features of emotional and social intelligence of family caregivers of patients with EMD were studied. 243 family caregivers of patients with paranoid schizophrenia (168 persons, MGPSch) and patients with affective disorders - bipolar disorder, recurrent depressive disorder (75 persons, MGAD) were examined. The control group included 55 mentally healthy people, in whose families there is no mentally sick family member. For psychological testing, we used N. Hall's "EQ" test for measuring emotional intelligence and test of assessing the level of social intelligence by J. Guilford and M. Sullivan.

**Results.** The data obtained by the study indicate that the MGPSch and MGAD respondents demonstrate a decrease in the indicators of emotional and social intelligence in comparison with the control group respondents. Difficulties of emotional regulation, emotional management, recognition of emotional states of communication partners related to the levels of emotional and social intelligence of family caregivers are factors that complicate interpersonal relationships in families of patients with EMD and reduce ability for psychosocial adaptation of all family members.

**Conclusions.** Revealed features should be taken into consideration when creating appropriate psychoeducational and psychocorrective programs for family caregivers of patients with EMD.

**Keywords:** emotional intelligence, social intelligence, family caregivers, endogenous mental disorders.

**For citation:** Kaminska A. O., Pshuk N. G. Determinants of interpersonal communication in family caregivers of patients with endogenous mental disorders. *Arkhiv Psichiatrii*. 2019, 25(1): 34–39. (In Ukr.).

\* Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): adonidisvernalis@gmail.com

Received / Поступила: 29.01.2019

Accepted / Прийнята до друку: 15.02.2019

**Актуальність.** Інтерперсональна комунікація в сім'ях пацієнтів з ендogenous психічними розладами (ЕПР) виконує завдання обміну інформацією, узгодження зусиль, спрямованих на лікування та соціальну реадптацію, ефективний перерозподіл ролей у спільній діяльності, забезпечує встановлення та розвиток інтерперсональних стосунків у змінній сімейній ситуації, пізнання партнера і самопізнання. Передумовами ефективною міжособистісної комунікації в сім'ї, де проживає хворий з ЕПР, є як загальні принципи організації успішної сімейної комунікації, так і її специфічні норми і правила, в тому числі активність та відкритість комунікації; достатне саморозкриття в процесі спілкування, конгруентність спілкування; узгодженість сімейних цінностей, адекватність сімейної самосвідомості; точність невербальної комунікації, несуперечливість вербальних і невербальних повідомлень; сенситивність до висловлювань партнера, здатність до активного слухання зі зворотним зв'язком; неупередженість і емпатійність прийняття психічно хворого члена сім'ї як комунікативного партнера; створення атмосфери психологічної безпеки; прояви афіліації, взаємної емпатії та соціальної підтримки, поваги до партнера, що особливо важливо при виникненні стресових, фруструючих і проблемних ситуацій.

Особливістю сімейної інтерперсональної комунікації є значна емоційна насиченість та інтенсивність взаємодії [1, 2]. Сім'я психічно хворого функціонує в умовах реальності, яка змінюється залежно від динаміки його психічного стану, що вимагає постійного пристосування та комунікативної гнучкості з боку референтних родичів для підтримання сімейного гомеостазу та збереження функціональності всієї сімейної системи [2]. Водночас через відсутність належної підготовки, недостатні знання про хворобу та психологічний дистрес, обумовлений різкими змінами у психічному стані члена сім'ї, референтні родичі зазнають значного напруження та навантаження, які тепер широко відомі під назвою «сімейне навантаження» [3–5], що негативно впливає на комунікацію в сімейній системі [6].

Порушення міжособистісного спілкування – одна з найактуальніших проблем сімейного функціонування у сім'ях, де проживають хворі з ЕПР [7].

Протягом останніх двох десятиліть найважливішим напрямком розвитку психосоціального лікування хворих на ендogenous психічні розлади є акцент на позитивному впливі участі сім'ї в процесі терапії. Психосоціальні втручання впроваджуються в систему терапевтичних заходів для психічно хворих та розглядаються, поряд з психофармакологічними впливами, як такі, що суттєво впливають на кінцевий результат лікування як у стаціонарних, так і в позалікарняних умовах [8–10]. Налагодження ефективною та гнучкою інтерперсональною комунікації в сім'ях хворих на ЕПР є необхідною передумовою як для забезпечення ефективності психосоціальної терапії, так і для психопрофілактики психічної дезадаптації у референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ендogenous психічних розладів (ЕПР) та пов'язаного з ними психологічного навантаження на референтних родичів, як осіб, що постійно взаємодіють із пацієнтом, досі немає цілісного розуміння феноменології комунікативних девіацій у сім'ях, в яких проживає пацієнт з ендogenous психічним захворюванням. На сьогодні привертають увагу невелика кількість наукових досліджень у цьому напрямку та відсутність дієвих систем медико-психологічного супроводу для референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

У подоланні стресових та проблемних ситуацій та налагодженні ефективною інтерперсональною комунікації в сім'ях, в яких проживають пацієнти з ендogenous психічними розладами, властивості емоційного та соціального інтелекту відіграють вирішальну роль. Завдяки здатності усвідомлювати та розпізнавати власні емоційні стани та емоційні стани інших людей виникає підґрунтя для забезпечення ефективного і адаптивного емоційного та поведінкового реагування в умовах сімейної взаємодії.

**Мета** дослідження – визначення базових детермінант інтерперсональної комунікації референтних родичів пацієнтів з ЕПР у контексті їх сімейного функціонування.

## Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології та за умови інформованої згоди було обстежено 243 референтних родичів

(РР) хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади – біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР). Критеріями включення респондентів до участі у дослідженні були інформована згода на проведення анкетування, клініко-психологічного, психодіагностичного обстежень, відсутність попередніх звернень за допомогою до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1–2 ступінь спорідненості з хворим. До РРПШ було включено 49 дружин, 25 чоловіків, 94 – один із батьків пацієнтів з ПШ. До РРАФР було включено 20 дружин, 25 чоловіків, 30 – один із батьків пацієнтів з АФР. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 26 до 63 років (середній вік: «дружини» –  $37,5 \pm 0,8$  років, «чоловіка» –  $42,3 \pm 0,9$  та «одного з батьків» –  $60,3 \pm 3,7$  роки). Більшість родичів (64,5 %) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 55,1 %. 70,4 % респондентів РРПШ та РРАФР оцінили матеріально-побутовий стан як задовільний, а 23,1 % вказали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи в сім'ї пацієнта з психічним розладом. Аналіз сімейних стосунків показав, що наявність адекватних стосунків констатували 19,5 % РРПШ та 28,6 % РРАФР, на конфліктні та емоційно-нестійкі сімейні стосунки вказали, відповідно, 46,2 % та 26,4 % опитаних РР. Групу контролю (КГ) склали 55 психічно здорових осіб (35 осіб жіночої та 20 осіб чоловічої статі), в сім'ях яких немає психічно хворих осіб і які ніколи не зверталися за допомогою до лікаря-психіатра.

Емоційний інтелект референтних родичів визначали за допомогою психодіагностичного методу із використанням методики «EQ» Н. Холла. Опитувальник призначений для виявлення здатності розуміти міжособистісні стосунки, що репрезентуються в емоціях, та керувати емоційною сферою на основі прийняття рішень.

Тест емоційного інтелекту Холла визначає як загальний рівень емоційного інтелекту, так і його окремі детермінанти (емоційну обізнаність, здатність керувати емоціями, самомотивацію, емпатію, розпізнавання емоційних станів інших людей). Для обстеження референтних родичів (РР) хворих з ЕПР був використаний повний варіант методики. Результати оцінювали за 5 субтестами, а також враховували композитну оцінку.

Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гілфорда та М. Саллівена (російськомовна адаптація Е. С. Михайлової). Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактор психосоціальної адаптації дозволяє розуміти та прогнозувати поведінку людей у 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 у загальній картині міжособистісної взаємодії).

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики.

## Результати та їх обговорення

Однією із базових детермінант міжособистісної взаємодії є емоційний інтелект, як комплексна інтегральна

характеристика, що забезпечує розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, а також створює передумови для керування емоціями у ситуаціях інтерперсональної комунікації.

Таблиця 1. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами (середній бал,  $M \pm m$ )

Показники	Середній бал ( $M \pm m$ )		
	РРПШ	РРАФР	КГ
Емоційна обізнаність	7,9 $\pm$ 2,5**	12,5 $\pm$ 1,5**	14,5 $\pm$ 1,5
Управління емоціями	3,2 $\pm$ 1,7**	4,5 $\pm$ 1,5**	15,5 $\pm$ 1,5
Самомотивація	8,7 $\pm$ 1,9**	11,4 $\pm$ 1,9**	13,4 $\pm$ 1,9
Емпатія	5,5 $\pm$ 2,3*	10,0 $\pm$ 2,6*	12,0 $\pm$ 2,6
Розпізнавання емоцій інших людей	5,6 $\pm$ 1,2*	12,3 $\pm$ 1,5*	16,3 $\pm$ 1,5
Композитна оцінка	36,4 $\pm$ 2,9**	43,2 $\pm$ 1,7**	70,5 $\pm$ 3,7

Примітка. \* – показники є статистично достовірними,  $P < 0,05$ ; \*\* –  $P < 0,001$ .

Дослідження рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР (табл. 1) дозволило встановити деякі відмінності, порівняно з особами групи контролю. Отримані цифрові дані за шкалою емоційної обізнаності (РРПШ 7,9 $\pm$ 2,5 та РРАФР 12,5 $\pm$ 1,5; КГ 14,5 $\pm$ 1,5,  $P < 0,001$ ) дозволяють зробити висновок, що референтні родичі хворих на ЕПР не завжди здатні зрозуміти значення як негативних, так і позитивних емоцій для отримання знань про те, яке рішення краще прийняти, що відображає знижену здатність орієнтуватись на власні негативні емоції як на джерело розуміння необхідності змін у своєму житті, невміння відчувати і спостерігати за зміною власних емоційних станів, розуміти появу негативних емоцій як важливий індикатор проблем у житті. Вони часто відчують суттєві внутрішньоособистісні труднощі через знижене розуміння значення емоцій для збереження оптимального самопочуття та контролю над власним життям.

За шкалою керування власними емоціями (РРПШ 3,2 $\pm$ 1,7 та РРАФР 4,5 $\pm$ 1,5; КГ 15,5 $\pm$ 1,5,  $P < 0,001$ ) встановлені показники вказують на те, що респонденти основних груп, порівняно з КГ, мають достовірно нижчу здатність зберігати спокій та самоконтроль за умов переживання тиску з боку оточення, слідкувати за власним самопочуттям, а також обмежену здатність справлятися з власними почуттями, коли щось сильно засмучує, не зациклюватися на негативних емоціях, швидко заспокоюватися після неочікуваних прикроців, легко відключатись від переживання неприємностей. Отримані дані свідчать про знижені можливості емоційного копінгу в респондентів основних груп за умов наявності ендегенного психічного захворювання у члена сім'ї.

Показники за шкалою самомотивації (РРПШ 8,7 $\pm$ 1,9 та РРАФР 11,4 $\pm$ 1,9; КГ 13,4 $\pm$ 1,9,  $P < 0,001$ ) відображають знижену здатність РР пацієнтів з ЕПР залишатись спокійними та зосередженими за необхідності, діючи відповідно до життєвих вимог. На відміну від респондентів КГ, вони не можуть свідомо викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій – таких як позитивний настрій, радість, внутрішній підйом та гумор, творчо вирішувати актуальні завдання всупереч життєвим проблемам та перешкодам, з легкістю занурюватись у

стан спокою, готовності і зосередженості, відкидаючи негативні почуття, коли необхідно діяти.

Результати, отримані нами за шкалою емпатії (РРПШ 5,5±2,3 та РРАФР 10,0±2,6; КГ 12,0±2,6, P<0,05) показують у референтних родичів, в сім'ях яких проживає пацієнт з ЕПР, наявність зниження здатності вислуховувати проблеми інших людей та чутливості до емоційних потреб інших, обмежене розуміння емоцій співрозмовника, особливо якщо вони не висловлені прямо, погіршене розпізнавання емоцій за невербальними ознаками, низьку здатність відчувати потреби комунікативного партнера, невміння налаштуватись на емоції інших людей.

Показники за шкалою розуміння емоцій інших людей (РРПШ 5,6±1,2 та РРАФР 12,3±1,5; КГ 16,3±1,5, P<0,05) вказують на те, що у референтних родичів пацієнтів з ПШ та АФР знижується здатність заспокоювати комунікативного партнера, адекватно реагувати на настрої, наміри і бажання інших, розумітись на почуттях оточуючих, бути добрими порадиниками з питань взаємин між людьми, допомагати іншим використовувати їхні наміри для досягнення особистих цілей.

Композитне оцінювання (РРПШ 36,4±2,9 та РРАФР 43,2±1,7; КГ 70,5±3,7, P<0,001) свідчить про те, що загалом у референтних родичів пацієнтів з ЕПР спостерігається як зниження здатності до розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, так і обмежена здатність до керування власними емоціями у ситуаціях міжособистісної взаємодії.

На відміну від загального інтелекту, емоційний та соціальний інтелект є метакогнітивними здібностями, що спрямовані на інтеграцію когнітивної, міжособистісної та емоційної інформації для отримання цілісного осмислення реальності, та можуть змінюватись під впливом психосоціального досвіду. При вивченні динаміки цифрових показників емоційного інтелекту у референтних родичів пацієнтів з ЕПР було виявлено такі закономірності (табл. 2): у референтних родичів пацієнтів з ПШ спостерігається зниження показників емпатії (РРПШ1 15,5±2,0; РРПШ2 10,0±2,6; РРПШ3 (-1,0)±2,6, P<0,001), здатності до розпізнавання емоцій інших людей (РРПШ1 5,6±1,1; РРПШ2 15,3±3,5; РРПШ3 (-6,3)±1,5, P<0,001), управління емоціями (РРПШ1 5,2±1,9; РРПШ2 3,5±1,5; РРПШ3 (-8,5)±1,5, P<0,001) та композитної оцінки емоційного інтелекту (РРПШ1 49,4±2,5; РРПШ2 33,2±2,7; РРПШ3 20,5±12,8, P<0,001) зі зростанням тривалості захворюван-

**Таблиця 2. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з параноїдною шизофренією залежно від тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї (середній бал, M±m)**

Показники	Середній бал (M±m)		
	РРПШ1 (до 4 років)	РРПШ2 (5-8 років)	РРПШ3 (8-12 років)
Емоційна обізнаність	8,3±1,4**	9,5±1,5	6,5±2,5
Управління емоціями	5,2±1,9	3,5±1,5	- 8,5±1,5**
Самомотивація	16,7±2,1*	10,2±1,9	10,4±1,9
Емпатія	15,5±2,0*	10,0±2,6	- 1,0±2,6*
Розпізнавання емоцій інших людей	5,6±1,1*	15,3±3,5*	- 6,3±1,5
Композитна оцінка	49,4±2,5**	33,2±2,7**	20,5±12,8**

Примітка. \* – показники є статистично достовірними, P<0,05; \*\* – P<0,001.

ня психічно хворого члена сім'ї. Такі показники можна інтерпретувати як можливі предиктори інтерперсональних комунікативних девіацій у сім'ях пацієнтів з ЕПР, що можуть бути пояснені суперечливістю вербальної і невербальної комунікації; виникненням комунікативних бар'єрів; порушенням і спотворенням передачі емоцій; нездатністю толерувати власний негативний психоемоційний стан на фоні зниження емпатії та недостатньої емоційної компетентності.

При порівнянні показників емоційного інтелекту у референтних родичів пацієнтів з АФР (табл. 3) було виявлено вищі показники емоційної обізнаності у групі РР пацієнтів з тривалістю розладу від 8 до 12 років, порівняно з респондентами груп із меншою тривалістю захворювання у члена сім'ї (РРАФР1 2,3±3,4; РРАФР2 9,5±7,5; РРАФР3 12,3±4,5, P<0,001). Встановлено зниження здатності до управління власними емоціями при зростанні тривалості захворювання (РРАФР1 15,2±1,9; РРАФР2 12,5±1,5; РРАФР3 4,5±1,5, P<0,05), натомість рівень емпатії був найвищим у групі РР пацієнтів з тривалістю АФР від 5 до 8 років (РРАФР1 15,5±4,5; РРАФР2 20,0±2,6; РРАФР3 12,0±2,6, P<0,05), що, імовірно, вказує на компенсаторне пристосування РР до наявності афективних порушень у члена сім'ї.

**Таблиця 3. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з афективними розладами залежно від тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї (середній бал, M±m)**

Показники	Середній бал (M±m)		
	РРПШ1 (до 4 років)	РРПШ2 (5-8 років)	РРПШ3 (8-12 років)
Емоційна обізнаність	2,3±3,4**	9,5±7,5	12,3±4,5**
Управління емоціями	15,2±1,9	12,5±1,5	4,5±1,5*
Самомотивація	15,7±2,1	14,2±1,9	11,4±1,9
Емпатія	15,5±4,5	20,0±2,6*	12,0±2,6
Розпізнавання емоцій інших людей	15,6±1,1	15,3±3,5	12,3±1,5
Композитна оцінка	39,4±3,5	43,2±4,7	40,2±2,7

Примітка. \* – показники є статистично достовірними, P<0,05; \*\* – P<0,001.

Соціальний інтелект виявляється у здатності взаємодіяти з іншими людьми, вірно оцінювати психоемоційний стан та мотивацію комунікативних партнерів у ситуаціях соціальної взаємодії, узагальнювати соціальну інформацію та прогнозувати розвиток інтерперсональних інтеракцій. Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР дозволило виявити певні суттєві відмінності поведінково-комунікативних патернів (табл. 4). Для обстеження референтних родичів (РР) хворих з ЕПР був використаний повний варіант методики Гілфорда. 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.

Так, за першим субтестом «історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (РРПШ 3,22±0,5 та РРАФР 3,47±0,9; КГ 4,08±0,5 P<0,05) референтні родичі 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 почуття хворого, і на цій основі визначати ефективність комунікації.

Встановлені цифрові дані за першим субтестом дозволяють зробити висновок, що референтні родичі хворих на ЕПР не завжди можуть чітко побудувати 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» (РРПШ 2,97±1,1 та РРАФР 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, відчують 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 референтні родичі хворих на ПШ чи АФР будують власну лінію поведінки, вони частіше орієнтуються на поодинокі вислови співрозмовників, аніж на прояви їх невербальної комунікації. У їх розумінні відкритість та доброзичливість не завжди є запорукою успіху в спілкуванні, у них відзначаються 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 субтесту «вербальна експресія» (РРПШ 2,8±0,3 та РРАФР 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 афективними розладами, знижується здатність швидко та вірно оцінювати мовленнєву продукцію співрозмовника в контексті певної ситуації, правильно знаходити відповідний тон спілкування, вони не завжди вірно проявляють рольову пластичність та розуміння сенсу вербальної комунікації.

Результати, отримані за четвертим субтестом «історії з доповненням» (РРПШ 3,1±0,7 та РРАФР 3,47±0,5; КГ 4,49±0,2, P<0,001), показують знижену здатність родичів хворих на ЕПР до вміння аналізувати складні ситуації взаємодії у міжособистісному спілкуванні; вони не завжди вірно оцінюють адекватність ситуації для спілкування та не до кінця передбачають, як буде поводитись людина в подальшому, не можуть відшукати причин такої поведінки.

Композитне оцінювання (РРПШ 3,30±2,6 та РРАФР 3,66±0,2; КГ 4,43±0,6, P<0,05) свідчить про те, що у референтних родичів пацієнтів з ЕПР знижені адаптаційні ресурси особистості в міжособистісній взаємодії, вони відчують утруднення в судженнях про співрозмовника, малокоунктні, але більш тактовні та доброзичливі у комунікативній взаємодії, порівняно з респондентами контрольної групи. Вони відчують труднощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозуванні своєї поведінки та логіки подальших подій.

При вивченні динаміки соціально-практичного інтелекту у референтних родичів пацієнтів з ЕПР було виявлено такі закономірності (табл. 5): у референтних родичів пацієнтів з ПШ спостерігається зниження соціального інтелекту за всіма конструктами відповідно до збільшення тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї. Це вказує на обмежену здатність вирішувати соціальні завдання, ідентифікувати та вірно інтерпретувати ситуації соціальної взаємодії, що, ймовірно, пов'язано із досвідом неефективної інтерперсональної взаємодії в межах сімейної системи.

При дослідженні конструктів соціального інтелекту у референтних родичів пацієнтів з АФР (табл. 5) було виявлено компенсаторне підвищення показників у групах РР пацієнтів з тривалістю ЕПР до 4 років та від 5 до 8 років (композитне оцінювання РРАФР1 2,74±0,8; РРАФР2 3,12±0,2; РРАФР3 2,1±0,5, P<0,001), що вказує на намагання РР адаптуватись до соціальної ситуації завдяки інтеграції як позитивного, так і негативного соціального досвіду, уважності до контексту ситуації, прагненні оцінювати її об'єктивно.

Таблиця 4. Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендogenous психічним розладом (середній бал, M±m)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
РРПШ (n=168)	3,22±0,5*	2,97±1,1**	2,81±0,3**	3,12±0,7**	3,30±2,6**
РРАФР (n=75)	3,49±0,9*	3,14±1,6**	3,08±1,1**	3,47±0,5**	3,66±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.

Таблиця 5. Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендogenous психічним розладом залежно від тривалості захворювання (середній бал, M±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

Примітка. \* – показники є статистично достовірними, P<0,05; \*\* – P<0,001.

## Висновки

РР пацієнтів з шизофренією та афективними розладами демонструють зниження показників емоційного та соціального інтелекту за всіма конструктами, що створює суттєві перешкоди як для ефективної інтерперсональної сімейної комунікації, так і для гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий пацієнт. Труднощі емоційної регуляції, керування емоційним станом, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем емоційного та соціального інтелекту РР, є факторами, що значно ускладнюють інтерперсональні взаємини у сім'ях хворих з ЕПР та знижують можливості психосоціальної адаптації усіх членів сім'ї. Встановлені особливості необхідно враховувати при створенні відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами.

## Список використаної літератури

1. Miklowitz D. J., Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family process*. 2016. Vol. 55, issue 3. P. 483–499. DOI: 10.1111/famp.12237.
2. Miklowitz D. J. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. *Journal of Clinical Psychology*. 2012. Vol. 68, issue 5. P. 502–513. DOI: 10.1002/jclp.21855.
3. Awad A. G., Voruganti L. N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008. Vol. 26, issue 2. P. 149–162. DOI: 10.2165/00019053-200826020-00005.
4. Geriani D., Savithry K. S., Shivakumar S., Kanchan T. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2015. Vol. 9, issue 3. VC01–VC04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
5. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? / S. Ochoa, M. Vilaplana, J. M. Haro [et al.]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008. Vol. 43, issue 8. P. 612–618. DOI: 10.1007/s00127-008-0337-x.
6. Caregiver Burden and Health in Bipolar Disorder: A Cluster Analytic Approach / D. A. Perlick, R. A. Rosenheck, D. J. Miklowitz [et al.]. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008. Vol. 196, issue 6. P. 484–491. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181773927.
7. Akbari M., Alavi M., Irajpour A., Maghsoudi J. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2018. Vol. 23, issue 5. P. 329–337. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_122\_17.

8. Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *The American journal of psychiatry*. 2001. Vol. 158, issue 2. P. 163–175. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.2.163.
9. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сальникова Л. И. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медипрактика, 2002. 180 с.
10. Гусева О. В., Коцюбинский А.П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Издательство «СПЕЦЛИТ», 2013. 287 с.

## References

1. Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family process*, 55(3), 483–499. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12237>
2. Miklowitz, D. J. (2012). Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *Journal of clinical psychology*, 68(5), 502–513. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21855>
3. Awad, A., & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149–162. <http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
4. Geriani, D., Savithry, K. S., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of clinical and diagnostic research*, 9(3), VC01–VC04. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2015/11342.5654>
5. Ochoa, S., Vilaplana, M., Haro, J. M., Villalta-Gil, V., Martínez, F., Negredo, M. C., ... NEDES Group. (2008). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(8), 612–618. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0337-x>
6. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., ... STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6), 484–491. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181773927>
7. Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., & Maghsoudi, J. (2018). Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(5), 329–337. [http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_122\\_17](http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17)
8. Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *The American journal of psychiatry*, 158(2), 163–175. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.163>
9. Gurovich, I. Ya., Shmukler, A. B., & Sal'nikova, L. I. (2002). Praktikum po psihosotsial'nomu lecheniju i psihosotsial'noi reabilitacii psihicheski bol'nyh [Guide of psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders]. Moscow: Mediapraktika, 180 p. (In Russian).
10. Guseva, O. V., & Kotsyubinskiy, A. P. (2013). Integrativnaya model' psikhoterapii endogennykh psikhicheskikh rasstroystv [Integrative model of psychotherapy of endogenous mental disorders]. Izdatel'stvo «SPETSLLIT», 287 p. (In Russian).

### Відомості про авторів:

**КАМИНСЬКА Анна Олексіївна**, канд. мед. наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com ID ORCID: 0000-0003-3281-989X

**ПШУК Наталія Григорівна**, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: pshuk.natalia@gmail.com

### Сведения об авторах:

**КАМИНСКАЯ Анна Алексеевна**, канд. мед. наук, доцент каф. медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com ID ORCID: 0000-0003-3281-989X

**ПШУК Наталия Григорьевна**, д-р мед. наук, профессор, зав. каф. медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина; e-mail: pshuk.natalia@gmail.com

### About the authors:

**KAMINSKA Anna Oleksiivna**, MD, PhD, Associated professor, Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com ID ORCID: 0000-0003-3281-989X

**PSHUK Nataliia Gryhorivna**, MD, PhD, DSci, Professor, Head of Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: pshuk.natalia@gmail.com