

Є. Л. Сеславська

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНТЕРПСИХІЧНИХ І ІНТРАПСИХІЧНИХ РЕСУРСІВ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ЇХ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ

Ye. L. Seslavska

COMPARATIVE ANALYSIS OF INTERPSYCHIC AND INTRAPSYCHIC RESOURCES OF PATIENTS WITH DEMENTIA DEPENDING ON THE STATE OF THEIR MENTAL ADAPTATION

Ключові слова: психічна дезадаптація, розлад адаптації, родичі, деменція, тривога, депресія, копінг-стратегії, сімейна підтримка

Keywords: mental maladaptation, adaptation disorders, relatives, dementia, anxiety, depression, coping, social support

Мета роботи — визначити специфіку копіngu та соціальної підтримки як базових інтер- і інтрапсихічних джерел адаптації у родичів, що здійснюють догляд за пацієнтами з деменцією, для визначення необхідності розробки таргетно-орієнтованої системи заходів терапії і реабілітації для цього контингенту осіб.

З дотриманням вимог біомедичної етики обстежено 153 родичи (діти), які спільно проживали та/або доглядали за пацієнтами з деменцією. Комплексне обстеження включало проведення клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень.

Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією прямо залежить від стану їх психічної адаптації.

Родичам хворих на деменцію притаманні певні особливості копінг-репертуару залежно від стану їх психічної сфери. У родичів без ознак психічних порушень переважали конструктивні копінг-стратегії, спрямовані на подолання актуальної стресової ситуації через планування розв'язання проблеми, пошук соціальної підтримки, самоконтроль і активну діяльність з протидії проблемі. Родичам з порушеннями психічної сфери рівня розладу адаптації була притаманна більша виразність неконструктивних копінг-стратегій, а копінг-репертуар родичів з групи ризику, відрізнявся як від родичів без ознак психічних порушень, так і від родичів з ознаками порушень адаптації, і характеризувався поєднанням конструктивних, умовно конструктивних і неконструктивних копінг-стратегій.

Родичам хворих на деменцію були притаманні невисокі оцінки рівня соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших. Найвищі показники соціальної підтримки були у родичів без ознак психічних порушень, суттєво нижчі — у родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, і найнижчі — у родичів, у яких виявлено ознаки розладу адаптації.

Чим більшою є вираженість копінг-стратегії планування розв'язання проблеми, та високим — рівень соціальної підтримки, тим меншу вираженість мають показники депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики та сімейної тривожності, і тим більшу — показники резиліентності у родичів хворих на деменцію.

Виявлені закономірності слід брати до уваги під час планування лікувальних та реабілітаційних заходів для родичів хворих на деменцію з різними варіантами порушень адаптації.

The purpose of the work is to determine the specifics of coping and social support as basic inter- and intrapsychic resources of adaptation in relatives who care for patients with dementia, to determine the need to develop a targeted-oriented system of measures of therapy and rehabilitation for this contingent of persons.

In compliance with the requirements of biomedical ethics, we examined 153 relatives (children) who lived and/or care for patients with dementia. The comprehensive examination included the implementation of clinical-psychopathological and psychodiagnostic research.

The state of interpsychic and intrapsychic resources of relatives of patients with dementia depends on the state of their mental adaptation.

Relatives of patients with dementia have certain features of a coping repertoire, depending on the state of their mental sphere. Relatives with the absence of signs of mental disorders were inherent in the predominance of constructive coping strategies aimed at overcoming the current stressful situation through planning the solution of the problem, finding social support, self-control and active activity in combating the problem. Relatives with mental disorders of the level of adaptation disorder were more expressive of non-constructive coping strategies, and the coping repertoire of relatives at risk was different from relatives without signs of mental disorders, and from relatives with signs of adaptation disorders, and characterized structural and non-constructive coping strategies.

Relatives of dementia patients were inherent in low social support for family, friends and significant others. The highest indicators of social support were inherent in relatives without signs of mental disorders, significantly lower - relatives who had signs of factors that affect health and the lowest — relatives who show signs of adaptation disorders.

The greater the severity of coping strategy planning the problem, and high-the level of social support, the less severity of depression, anxiety, psychopathological symptoms and family anxiety have, and the greater the indicators of resilience of relatives of patients with dementia.

The identified patterns should be taken into account when planning therapeutic and rehabilitation measures for relatives of patients with dementia with different options for adaptation disorders.

Психічна дезадаптація, що виникає у членів сім'ї хворих на деменцію, є важливим складником комплексної проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, що асоційована із розумовою обмеженістю. Одна з основних тем досліджень, присвячених особам, що доглядають за пацієнтам з деменцією, — чинники, які збільшують або зменшують стрес опікуна, а також збільшують або зменшують частоту психопатологічних проявів дезадаптації [1; 2].

На сьогоднішній день доведеним фактом є те, що найбільш потужними джерелами адаптивних ресурсів особистості є інтрапсихічні і інтерпсихічні характеристики. Серед інтрапсихічних параметрів особистості, дія яких пом'якшує деструктивний вплив стресового навантаження, є конструктивні копінг-стратегії, а достатній рівень соціальної підтримки є базовим джерелом інтрапсихічної адаптації.

Конструктивними копінг-стратегіями вважають такі, що сприяють активному розв'язанню проблеми та мінімізують негативний вплив на психіку [3]. Засвоєння навичок конструктивного копіngu сприяє більш швидкому реагуванню у кризовій ситуації, мобілізації ресурсів, виходу із кризи. Індивіди, здатні до конструктивної поведінки, правильно оцінюють власні можливості, здатні належно реагувати на зовнішні впливи та самостійно (або за допомогою інших) планувати власну поведінку таким способом, щоб позбавлятися деструктивних впливів стресу [4].

Феномен соціальної підтримки можна розглядати як спосіб подолання труднощів за допомогою інших людей [6]. Відповідно до стрес-буферної теорії соціальної підтримки, сформульованої 1985 року С. Коуеном і Т. Вілсом, остання виконує роль буфера і знижує негативні і патогенні наслідки стресу для людини завдяки створенню умов для пом'якшення патологічного та розвитку моделей ефективного реагування на стресові ситуації. В цілому, дослідження доводять, що люди, які отримують різні види підтримки від сім'ї, друзів, значущих осіб, відрізняються більш міцним здоров'ям, легше переносять повсякденні життєві труднощі і захворювання [6].

Мета роботи — визначити специфіку копіngu та соціальної підтримки як базових інтер- і інтрапсихічних джерел адаптації у родичів, що доглядають

за пацієнтами з деменцією, для визначення необхідності розробки таргетно-орієнтованої системи заходів терапії і реабілітації для цього контингенту осіб.

З дотриманням вимог біомедичної етики обстежено 153 родичи (діти), які спільно проживали та/або доглядали за пацієнтами з деменцією. Комплексне обстеження включало виконання клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень. На підставі результатів клініко-психопатологічного дослідження усі обстежені особи були поділені на три групи. До першої групи (Г1) були віднесені родичі (26 осіб), у яких не виявлено ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я. До другої групи (Г2) були віднесені родичі (84 особи), у яких були наявні ознаки дезадаптивних станів, що були асоційовані з чинниками, які впливають на стан здоров'я (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.2 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.6 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів, неуточнені», Z63.8 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.9 «Проблема, пов'язана з найближчим оточенням, неуточнена»), що трактувалось нами як наявність психічної дезадаптації. До третьої групи (Г3) були віднесені родичі (43 особи), психічний стан яких відповідав критеріям МКХ-10 розділу F43.2 порушення адаптації. Отже, серед обстежених родичів були психічного здорові (16,9 %), особи зі станами психічної дезадаптації (54,9 %) та пацієнти з клінічно окресленим розладом адаптації F43.2 (28,1 %).

Особливості копінг-репертуару у родичів пацієнтів з деменцією досліджували з використанням методики дослідження копінг-поведінки S. Folkman & R. Lazarus (1988), а особливості соціальної підтримки родичів хворих на деменцію з різними варіантами порушень адаптації було вивчено за допомогою Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

Кількісні показники виразності різних варіантів копіngu наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Показники виразності різних копінг-стратегій у родичів пацієнтів з деменцією (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n = 26)	Г2 (n = 84)	Г3 (n = 43)	1—2	1—3	2—3
Конфронтаційний копінг	51,92 ± 17,91	49,55 ± 11,49	41,86 ± 17,58	> 0,05	< 0,05	< 0,01
Дистанціювання	46,57 ± 15,16	55,70 ± 15,65	66,66 ± 31,54	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Самоконтроль	70,33 ± 11,61	61,32 ± 8,35	62,47 ± 16,10	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Пошук соціальної підтримки	66,88 ± 14,53	57,42 ± 8,59	54,13 ± 13,57	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Прийняття відповідальності	70,85 ± 14,57	61,80 ± 8,52	64,52 ± 16,58	< 0,01	< 0,05	> 0,05
Втеча-уникнення	43,75 ± 12,59	47,92 ± 11,75	53,79 ± 18,08	< 0,05	< 0,05	< 0,05
Планування розв'язання проблеми	74,78 ± 9,45	59,74 ± 3,63	53,39 ± 2,77	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Позитивна переоцінка	48,90 ± 16,03	39,91 ± 9,53	31,23 ± 9,43	< 0,05	< 0,01	< 0,01

У обстежених без ознак психічних порушень у копінг-репертуарі переважали конструктивні та умовно конструктивні стратегії (рис. 1). Найвищі показники були виявлені за копінг-стратегією планування розв'язання проблеми: $74,78 \pm 9,45$ балів. Цю стратегію вважають конструктивною, такою, що сприяє розв'язанню проблеми, і передбачає намагання подолати наявну проблему за допомогою цілеспрямованої поведінки, орієнтованої на аналіз актуальної ситуації та доступних варіантів поведінки, з напрацюванням стратегії розв'язання ситуації, планування власних дій, спираючись на особистий досвід, наявні ресурси та аналіз об'єктивної ситуації.

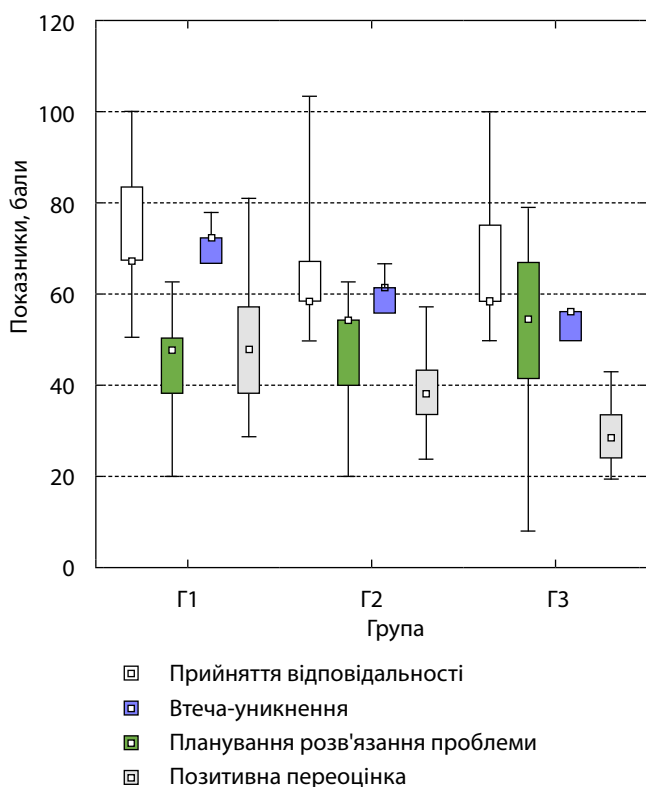


Рис. 1. Показники виразності копінг-стратегій прийняття відповідальності, втечі-уникнення, планування розв'язання проблеми та позитивної переоцінки у родичів хворих на деменцію

(Тут і далі: квадратом позначено медіану значень, прямокутниками — міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками — граничні значення показників)

Другою за виразністю у цій групі була копінг-стратегія прийняття відповідальності (середнє значення показника — $70,85 \pm 14,57$ балів), що передбачає взяття суб'єктом на себе відповідальності за виникнення проблеми та усвідомлення власної ролі як у виникненні, так і у розв'язанні проблеми. Нарівні з позитивними сторонами цієї копінг-стратегії, що полягають в усвідомленні суб'єктом зв'язку між власними діями та їхніми наслідками з подальшою модифікацією поведінки для уникнення аналогічних проблем у майбутньому, стратегія прийняття відповідальності може призводити до переживання провини, незадоволеності собою та невиправданої самокритики, що збільшує ризик депресивних і тривожних станів.

Вираженою у обстежених Г1 виявилася також копінг-стратегія самоконтролю (середній показник — $70,33 \pm 11,61$ балів), що полягає у намаганні суб'єкта стримувати і пригнічувати емоції для мінімізації їх впливу на можливості об'єктивної оцінки ситуації і вибору поведінкової стратегії для розв'язання проблеми, та вираженому контролю за поведінкою. Їм властиві прагнення приховувати від оточення власні емоції, мотиви та переживання у зв'язку з проблемою, надмірна вимогливість до себе, високий рівень контролю за власною поведінкою. Водночас, ця стратегія сприяє зменшенню ймовірності імпульсивних вчинків і раціоналізації підходів до розв'язання проблеми.

Високі показники у родичів хворих на деменцію без ознак психічних порушень виявлені також за стратегією пошуку соціальної підтримки ($66,88 \pm 14,53$ балів), що характеризується намаганням суб'єкта залучити зовнішні соціальні ресурси до розв'язання проблеми, зокрема, дістати емоційну, дієву та інформаційну підтримку, активно взаємодіяти з іншими людьми і прагнення до співчуття, уваги та підтримки. Ця стратегія може реалізовуватися через пошук переважно емоційної підтримки, емпатії, співчуття, або корисної інформації, необхідних знань і навичок, або ж через прагнення дієвої підтримки і конкретних дій з боку оточення, спрямованих на розв'язання проблеми.

Натомість, у цій групі суттєво меншою виявилася виразність копінг-стратегій конфронтаційного копінгу, позитивної переоцінки, дистанціювання та втечі-уникнення (рис. 2).

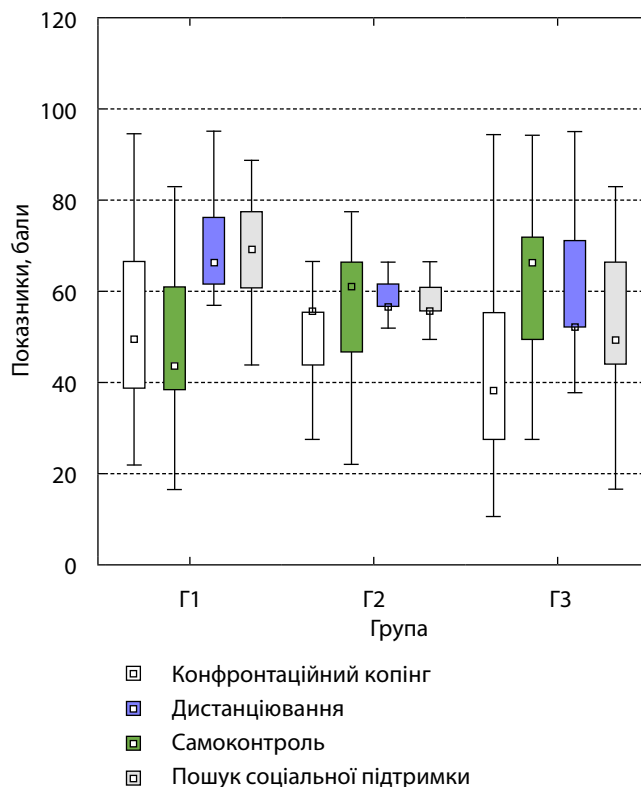


Рис. 2. Показники виразності конфронтаційного копінгу, дистанціювання, самоконтролю і пошуку соціальної підтримки у родичів хворих на деменцію

Зокрема, показник конфронтаційного копінгу, що передбачає намагання розв'язати проблему за допомогою активної протидії або відреагування негативних емоцій, які є її наслідком, імпульсивної, часто нецілеспрямованої активності, агресії і конфліктності до джерела проблеми, становив $51,92 \pm 17,91$ балів. Слід зазначити, що у разі помірного використання цієї стратегії, що властиво обстеженим Г1, вона забезпечує опір особи труднощам, винахідливість і енергійність у розв'язанні проблеми, контроль за тривогою і стресом.

Показник за копінг-стратегією позитивної переоцінки у обстежених Г1 становив $48,90 \pm 16,03$ балів, що є відносно невисоким. Позитивна переоцінка полягає у прагненні індивіда нейтралізувати негативні переживання через позитивне переосмислення ситуації і сприйняття її як стимулу для особистісного зростання.

Низькими у обстежених Г1 виявилися показники за стратегією дистанціювання, що передбачає намагання суб'єкта зменшити суб'єктивне значення проблеми і, відповідно, пов'язане з нею стресове та емоційне навантаження через відсторонення від проблеми, применшення її значення та емоційної залученості завдяки використанню інтелектуальних прийомів переключення уваги, раціоналізації, гумору, відсторонення, знецінення тощо. Середнє значення показника за цим копінгом у обстежених Г1 становило $46,57 \pm 15,16$ балів.

Найнижчими у обстежених Г1 виявилися показники за копінг-стратегією втечі-уникнення ($43,75 \pm 12,59$ балів). Ця копінг-стратегія характеризується намаганням применшити суб'єктивну значущість проблеми і пов'язані з цим негативні переживання через заперечення проблеми, ухиляння від неї, фантазування, відволікання, невиправдані очікування, уникання прийняття рішень тощо. Ця стратегія може реалізуватися у патологічних формах поведінки: зловживання алкоголем, наркотиками, медикаментами, переїдання, а також занурення у фантазії та невиправдані очікування.

Загалом, копінг-репертуар родичів хворих на деменцію без проявів психічних розладів характеризується переважанням конструктивних копінг-стратегій і спрямований на аналіз і розв'язання актуальної стресової ситуації через планування розв'язання проблеми, залучення зовнішнього

соціального ресурсу та адаптивні стратегії, що передбачають усвідомлення і прийняття проблеми, та активну протидію стресовим ситуаціям, які пов'язані з нею.

У родичів хворих на деменцію, у яких були наявні ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я (Г2), були виявлені певні відмінності у пріоритетності копінг-стратегій та менші кількісні значення показників конструктивних копінгів. Зокрема, у цій групі переважали копінг-стратегії прийняття відповідальності ($61,80 \pm 8,52$ балів), самоконтролю ($61,32 \pm 8,35$ балів) та планування розв'язання проблеми ($59,74 \pm 3,63$ балів); вельми близькі показники виявлені також для копінг-стратегій пошуку соціальної підтримки ($57,42 \pm 8,59$ балів) та дистанціювання ($55,70 \pm 15,65$ балів). Менш властивими пацієнтам цієї групи виявилися конфронтаційний копінг ($49,55 \pm 11,49$ балів), втеча-уникнення ($47,92 \pm 11,75$ балів), а найменш вираженою стратегією — позитивна переоцінка ($39,91 \pm 9,53$ балів).

Група родичів хворих на деменцію з розладами адаптації характеризувалася істотними відмінностями у копінг-репертуарі.

Переважною стратегією у цій групі виявилось дистанціювання (значення показника — $66,66 \pm 31,54$ балів); суттєвою виразністю характеризувалися також стратегії прийняття відповідальності ($64,52 \pm 16,58$ балів) і самоконтролю ($62,47 \pm 16,10$ балів). Менш виразними виявилися стратегії пошуку соціальної підтримки ($54,13 \pm 13,57$ балів), втечі-уникнення ($53,79 \pm 18,08$ балів) і планування розв'язання проблеми ($53,39 \pm 2,77$ балів), конфронтаційного копінгу ($41,86 \pm 17,58$ балів), а найменш вираженою — стратегія позитивної переоцінки ($31,23 \pm 9,43$ балів).

Отже, родичі хворих на деменцію без ознак психічних порушень характеризувалися переважанням у копінг-репертуарі конструктивних стрес-долаючих стратегій, родичі з ознаками порушень адаптації — більшою виразністю неконструктивних копінг-стратегій при меншій виразності конструктивних, а родичі з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, займали проміжне положення між цими двома групами.

Результати оцінки наявності і вираженості соціальної підтримки наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Показники соціальної підтримки родичів хворих на деменцію за даними шкали MSPSS (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n = 26)	Г2 (n = 84)	Г3 (n = 43)	1—2	1—3	2—3
Соціальна підтримка сім'ї	$4,69 \pm 1,57$	$2,04 \pm 1,00$	$1,63 \pm 0,98$	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Соціальна підтримка друзів	$3,73 \pm 1,46$	$2,18 \pm 1,17$	$1,44 \pm 0,88$	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Соціальна підтримка значущих інших	$4,92 \pm 1,65$	$1,81 \pm 1,20$	$1,72 \pm 0,83$	< 0,01	< 0,01	> 0,05
Загальний показник соціальної підтримки	$13,35 \pm 3,44$	$6,02 \pm 2,32$	$4,79 \pm 1,87$	< 0,01	< 0,01	< 0,01

Слід зазначити, що родичі хворих на деменцію загалом не високо оцінили рівень соціальної підтримки. Зокрема, у групі осіб без ознак психічних порушень показник соціальної підтримки сім'ї становив $4,69 \pm 1,57$ балів, що відповідає помірному рівню, наближаючись до високого. Найнижче родичі Г1 оцінили рівень соціальної підтримки з боку друзів ($3,73 \pm 1,46$ балів), що відповідає помірному рівню, а найвище — рівень соціальної підтримки з боку значущих інших — $4,92 \pm 1,65$ балів (показник близький до високого рівня).

У родичів хворих на деменцію, у яких були наявні ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я, оцінка рівня соціальної підтримки була низькою (менше ніж 3 бали). Обстежені цієї групи найнижче оцінили рівень соціальної підтримки з боку значущих інших: $1,81 \pm 1,20$ балів, дещо вище — рівень соціальної підтримки з боку сім'ї: $2,04 \pm 1,00$ балів, і найвище — рівень соціальної підтримки з боку друзів: $2,18 \pm 1,17$ балів.

Найнижчою оцінка рівня соціальної підтримки виявилася у групі родичів з ознаками порушень адаптації. Найгірше обстежені цієї групи оцінили рівень соціальної підтримки з боку друзів: $1,44 \pm 0,88$ балів, дещо вище — рівень соціальної підтримки з боку сім'ї: $1,63 \pm 0,98$ балів, і найвище — рівень соціальної підтримки з боку значущих інших: $1,72 \pm 0,83$ балів.

Загальний показник соціальної підтримки у родичів хворих на деменцію без ознак психічних порушень виявився помірним: $13,35 \pm 3,44$ балів, у родичів, у яких були наявні ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я — низьким ($4,79 \pm 1,87$ балів), і у родичів з ознаками порушення адаптації — дуже низьким ($4,79 \pm 1,87$ балів). Розбіжності у показниках між усіма групами — статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 3).

На наступному етапі роботи проведений кореляційний аналіз зв'язків між виразністю наявних адаптивних ресурсів та показниками стану афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, якості життя, соціальної підтримки, резиліентності та сімейної тривожності. Стан психічної сфери оцінювали з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона HDRS і HARS та шкали оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis SCL-90-R; резиліентності — за допомогою однойменної шкали Коннор — Девідсона-10 в адаптації Д. О. Асонова, сімейної тривоги — за однойменною методикою Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса, якості життя — за методикою Н. Mezzich в адаптації Н. О. Марути.

Результати кореляційного аналізу між виразністю різних копінг-стратегій та зазначених параметрів (табл. 3) демонструють, що найбільш міцні кореляції, переважно помірної сили, виявлені з виразністю копінг-стратегії планування розв'язання проблеми, які зворотно корелювала з показниками депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики та сімейної тривожності, і прямо корелювала з показниками якості життя. Значущі зворотні кореляції, переважно слабкі (значення коефіцієнта рангової кореляції —

менше ніж 0,3) були також виявлені між показниками виразності депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики і сімейної тривожності та виразністю копінг-стратегій позитивної переоцінки, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності та самоконтролю, а прямі кореляції — з виразністю копінг-стратегій дистанціювання і втечі-уникнення.

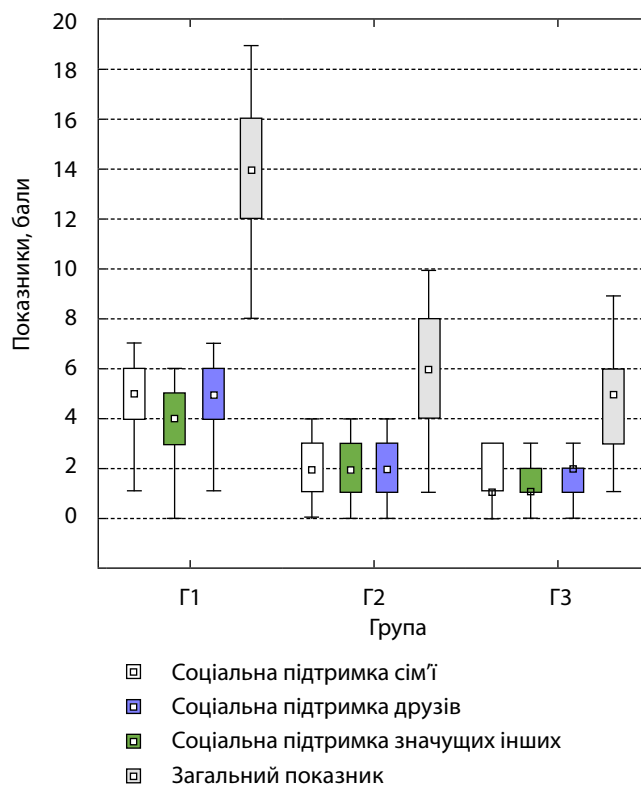


Рис. 3. Показники за шкалою MSPSS

Також було досліджено кореляційні зв'язки між показниками соціальної підтримки, як інтрапсихічного джерела адаптації, та індикаторами стану афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, резиліентності, сімейної тривоги та якості життя (табл. 4).

Як видно з табл. 4, показники соціальної підтримки зворотно корелювали з показниками виразності депресії і тривоги (збільшення виразності депресивних і тривожних проявів супроводжувалося зниженням оцінки рівня соціальної підтримки), а також з показниками виразності психопатологічної симптоматики (соматизації, обсесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності). Вищі рівні резиліентності були пов'язані з кращими оцінками рівня соціальної підтримки. Показники виразності сімейної тривоги зворотно корелювали з показниками соціальної підтримки, а між показниками соціальної підтримки та якості життя існував прямий кореляційний зв'язок. Виявлені кореляційні зв'язки переважно помірної (значення коефіцієнта рангової кореляції від 0,3 до 0,7) та слабкої (значення коефіцієнта рангової кореляції — менше ніж 0,3) сили.

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки між виразністю окремих копінг-стратегій як джерел інтерпсихічних адаптативних ресурсів та показниками стану афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, якості життя, соціальної підтримки, резиліентності та сімейної тривожності

Показник	Конфронтаційний копінг		Дистанціювання		Самоконтроль		Пошук соціальної підтримки		Прийняття відповідальності		Втеча-уникнення		Планування розв'язання проблеми		Позитивна переоцінка	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Шкала депресії HDRS																
Показник депресії	0,052	> 0,05	0,300	< 0,01	-0,214	< 0,01	-0,226	< 0,01	-0,192	< 0,05	0,221	< 0,01	-0,523	< 0,01	-0,302	< 0,01
Шкала тривоги HARS																
Показник тривоги	-0,042	> 0,05	0,303	< 0,01	-0,203	< 0,05	-0,216	< 0,01	-0,199	< 0,05	0,195	< 0,05	-0,511	< 0,01	-0,299	< 0,01
Шкала HADS																
Показник тривоги	-0,122	> 0,05	0,262	< 0,01	-0,245	< 0,01	-0,240	< 0,01	0,050	> 0,05	0,266	< 0,01	-0,235	< 0,01	-0,332	< 0,01
Показник депресії	0,077	> 0,05	0,249	< 0,01	-0,162	< 0,05	-0,133	> 0,05	-0,183	< 0,05	0,164	< 0,05	-0,553	< 0,01	-0,247	< 0,01
Опитувальник Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R																
Соматизація	0,089	> 0,05	0,293	< 0,01	-0,203	< 0,05	-0,208	< 0,05	-0,217	< 0,01	0,155	> 0,05	-0,446	< 0,01	-0,224	< 0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	0,175	< 0,05	0,249	< 0,01	-0,071	> 0,05	-0,143	> 0,05	-0,191	< 0,05	0,061	> 0,05	-0,423	< 0,01	-0,164	< 0,05
Міжособистісна сенситивність	0,055	> 0,05	0,263	< 0,01	-0,151	> 0,05	-0,190	< 0,05	-0,178	< 0,05	0,164	< 0,05	-0,352	< 0,01	-0,202	< 0,05
Депресія	-0,042	> 0,05	0,286	< 0,01	-0,055	> 0,05	-0,115	> 0,05	-0,080	> 0,05	0,109	> 0,05	-0,543	< 0,01	-0,223	< 0,01
Тривожність	0,199	< 0,05	0,259	< 0,01	-0,253	< 0,01	-0,289	< 0,01	-0,240	< 0,01	0,133	> 0,05	-0,565	< 0,01	-0,306	< 0,01
Ворожість	0,069	> 0,05	0,152	> 0,05	0,098	> 0,05	0,060	> 0,05	-0,008	> 0,05	-0,022	> 0,05	-0,342	< 0,01	-0,047	> 0,05
Фобічна тривожність	0,149	> 0,05	0,339	< 0,01	-0,240	< 0,01	-0,309	< 0,01	-0,267	< 0,01	0,203	< 0,05	-0,310	< 0,01	-0,295	< 0,01
Шкала якості життя Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути																
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	0,040	> 0,05	-0,372	< 0,01	0,299	< 0,01	0,314	< 0,01	0,156	> 0,05	-0,238	< 0,01	0,644	< 0,01	0,386	< 0,01
Виконання соціальних ролей	0,051	> 0,05	-0,294	< 0,01	0,269	< 0,01	0,298	< 0,01	0,205	< 0,05	-0,222	< 0,01	0,652	< 0,01	0,357	< 0,01
Зовнішні життєві умови	0,045	> 0,05	-0,295	< 0,01	0,208	< 0,05	0,247	< 0,01	0,165	< 0,05	-0,219	< 0,01	0,586	< 0,01	0,343	< 0,01
Показник якості життя	0,044	> 0,05	-0,361	< 0,01	0,270	< 0,01	0,299	< 0,01	0,186	< 0,05	-0,244	< 0,01	0,485	< 0,01	0,384	< 0,01
Багатовимірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)																
Соціальна підтримка сім'ї	0,096	> 0,05	-0,201	< 0,05	0,155	> 0,05	0,159	< 0,05	0,152	> 0,05	-0,086	> 0,05	0,467	< 0,01	0,109	> 0,05
Соціальна підтримка друзів	0,039	> 0,05	-0,201	< 0,05	0,254	< 0,01	0,229	< 0,01	0,186	< 0,05	-0,182	< 0,05	0,513	< 0,01	0,313	< 0,01
Соціальна підтримка значущих інших	-0,116	> 0,05	-0,236	< 0,01	0,219	< 0,01	0,139	> 0,05	0,173	< 0,05	-0,149	> 0,05	0,471	< 0,01	0,186	< 0,05
Сумарний показник	0,001	> 0,05	-0,251	< 0,01	0,247	< 0,01	0,207	< 0,05	0,204	< 0,05	-0,163	< 0,05	0,587	< 0,01	0,244	< 0,01
Шкала резиліентності Коннора — Девідсона																
Резиліентність	-0,050	> 0,05	-0,247	< 0,01	0,133	> 0,05	0,168	< 0,05	0,157	> 0,05	-0,156	> 0,05	0,589	< 0,01	0,219	< 0,01
Шкала сімейної тривожності																
Сімейна провина	0,068	> 0,05	0,198	< 0,05	-0,232	< 0,01	-0,267	< 0,01	-0,203	< 0,05	0,143	> 0,05	-0,563	< 0,01	-0,184	< 0,05
Сімейна тривожність	-0,108	> 0,05	0,183	< 0,05	-0,090	> 0,05	-0,189	< 0,05	-0,091	> 0,05	0,138	> 0,05	-0,489	< 0,01	-0,211	< 0,01
Сімейна напруженість	0,035	> 0,05	0,121	> 0,05	-0,161	< 0,05	-0,115	> 0,05	-0,080	> 0,05	0,028	> 0,05	-0,342	< 0,01	-0,203	< 0,05
Загальний рівень сімейної тривожності	-0,013	> 0,05	0,304	< 0,01	-0,270	< 0,01	-0,291	< 0,01	-0,221	< 0,01	0,217	< 0,01	-0,663	< 0,01	-0,335	< 0,01

Таблиця 4. Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між показниками соціальної підтримки та показниками афективної сфери, виразності психопатологічної симптоматики, резилієнтності, сімейної тривоги та якості життя

Показник	Соціальна підтримка сім'ї		Соціальна підтримка друзів		Соціальна підтримка значущих інших		Загальний показник соціальної підтримки	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
HDRS	-0,231	< 0,01	-0,416	< 0,01	-0,342	< 0,01	-0,416	< 0,01
HARS	-0,355	< 0,01	-0,410	< 0,01	-0,413	< 0,01	-0,475	< 0,01
HAM-A	-0,267	< 0,01	-0,232	< 0,01	-0,232	< 0,01	-0,262	< 0,01
HAM-D	-0,095	> 0,05	-0,240	< 0,01	-0,291	< 0,01	-0,269	< 0,01
Соматизація	-0,231	< 0,01	-0,273	< 0,01	-0,235	< 0,01	-0,294	< 0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	-0,105	> 0,05	-0,216	< 0,01	-0,189	< 0,05	-0,205	< 0,05
Міжособистісна сенситивність	-0,211	< 0,01	-0,230	< 0,01	-0,165	< 0,05	-0,232	< 0,01
Депресія	-0,255	< 0,01	-0,371	< 0,01	-0,331	< 0,01	-0,405	< 0,01
Тривожність	-0,143	> 0,05	-0,367	< 0,01	-0,283	< 0,01	-0,334	< 0,01
Ворожість	-0,156	> 0,05	-0,268	< 0,01	-0,258	< 0,01	-0,289	< 0,01
Фобічна тривожність	-0,184	< 0,05	-0,305	< 0,01	-0,190	< 0,05	-0,278	< 0,01
Резилієнтність	0,207	< 0,05	0,387	< 0,01	0,311	< 0,01	0,380	< 0,01
Сімейна провина	-0,220	< 0,01	-0,330	< 0,01	-0,275	< 0,01	-0,345	< 0,01
Сімейна тривожність	-0,138	> 0,05	-0,211	< 0,01	-0,179	< 0,05	-0,213	< 0,01
Сімейна напруженість	-0,190	< 0,05	-0,353	< 0,01	-0,300	< 0,01	-0,362	< 0,01
Загальний рівень сімейної тривоги	-0,208	< 0,05	-0,358	< 0,01	-0,310	< 0,01	-0,368	< 0,01
Показник якості життя	0,433	< 0,01	0,489	< 0,01	0,415	< 0,01	0,545	< 0,01

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Стан інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією прямо залежить від стану їх психічної адаптації.

Родичам хворих на деменцію притаманні певні особливості копінг-репертуару залежно від стану їх психічної сфери. У родичів без ознак психічних порушень переважали конструктивні копінг-стратегії, спрямовані на подолання актуальної стресової ситуації завдяки плануванню розв'язання проблеми, пошук соціальної підтримки, самоконтроль і активну діяльність з протидії проблемі. Родичам з порушеннями психічної сфери рівня розладу адаптації була властива більша виразність неконструктивних копінг-стратегій, а копінг-репертуар родичів з групи ризику відрізнявся як від родичів без ознак психічних порушень, так і від родичів з ознаками порушень адаптації, і характеризувався поєднанням конструктивних, умовно конструктивних і неконструктивних копінг-стратегій.

Родичам хворих на деменцію були притаманні невисокі оцінки рівня соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших. Найвищі показники соціальної підтримки були у родичів без ознак психічних порушень, суттєво нижчі — у родичів, у яких були наявні ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я, і найнижчі — у родичів з ознаками розладу адаптації.

Чим більшою є вираженість копінг-стратегії планування розв'язання проблеми та високим — рівень

соціальної підтримки, тим меншу вираженість мають показники депресії, тривоги, психопатологічної симптоматики та сімейної тривожності, і тим більшу — показники резилієнтності родичів хворих на деменцію.

Виявлені закономірності слід брати до уваги під час планування лікувальних та реабілітаційних заходів для родичів хворих на деменцію з різними варіантами порушень адаптації.

Список літератури

1. Огоренко В. В. Психічна дезадаптація у родичів хворих на деменцію альцгеймеровського типу / В. В. Огоренко, Т. Й. Шустерман, Є. Л. Сеславська // Вісник морської медицини. 2023. № 1 (98). С. 192—200.
2. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями / [Марута Н.О., Мудренко І. Г., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.] // Український вісник психоневрології. 2020. № 4 (105). С. 4—12. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-1>.
3. Власенко К. Конструктивні та деструктивні копінг-стратегії як ресурси для подолання тривалого стресу / К. Власенко, Н. Гайсолюк // V Міжнародна студентська наукова конференція «Наука сьогодні: від досліджень до стратегічних рішень», 22 грудня 2023 р., м. Чернівці, 2023. С. 366—369. URL: <https://archive.liga.science/index.php/conference-proceedings/article/view/670>.
4. Оксютювич М. Конструктивні стратегії поведінки особистості у психогенних кризових ситуаціях / М. Оксютювич, Д. Мельничук // Вчені записки Університету «КРОК» № 1 (69), 2023. С. 253—260. DOI: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-69-253-260>.

5. Гапонов К. Д. Соціальна підтримка та якість життя осіб різних соціальних груп та з різним рівнем психосоціального стресу, які страждають на розлади, спричинені вживанням алкоголю / К. Д. Гапонов, С. І. Табачников // Архів психіатрії. 2019. Т. 25, № 1. С. 22—29.

6. Огоренко В. В. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери у родичів пацієнтів з деменцією / В. В. Огоренко, Є.Л. Сеславська // Український вісник психоневрології. 2024. Том 32, випуск 2 (119). С. 53—60. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9>.

References

1. Ohorenko V.V., Shusterman T.Y., Seslavska Ye.L. Psykhichna dezadaptatsiia u rodychiv khvorykh na dementsiiu altsheimirovskoho typu [Mental maladjustment in relatives of Alzheimer's type dementia patients]. *Visnyk morskoi medytsyny [Journal of marine medicine]*. 2023;1(98):192-200.

2. Maruta N.O., Mudrenko I. H., Kalenska H. Yu., Denysenko M. M. Suitsyidalna povedinka u khvorykh iz dementsiiamy [Suicidal behavior in patients with dementia]. *Ukrainskyi visnyk psyhhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2020;4(105):4-12.

3. Vlasenko K., Haisoniuk N. *Konstruktyvni ta destruktyvni kopinh-stratehii yak resursy dlia podolannia tryvalooho stresu. V Mizhnarodna studentska naukova konferentsiia "Nauka sohodennia: vid doslidzhen do stratehichnykh rishen"* [V International Student Scientific Conference "Today's Science: From Research to Strategic Decisions"], 22 hrudnia 2023, Chernivtsi, 2023. P. 366–369. URL: <https://archive.liga.science/index.php/conference-proceedings/article/view/670>.

4. Oksiutovych M., Melnychuk D. Konstruktyvni stratehii povedinky osobystosti u psyhohennykh kryzovykh sytuatsiakh [Constructive strategies of personal behavior in psychogenic

crisis situations]. *Vcheni zapysky Universytetu "KROK" [Scientific notes of «KROC» University]*. 2023;1(69):253-260.

5. Haponov K. D., Tabachnikov S. I. Sotsialna pidtrymka ta yakist zhyttia osib riznykh sotsialnykh hrup ta z riznym rivnem psyhhosotsialnoho stresu, yaki strazhdaiut na rozlady, sprychyneni vzhivanniam alkoholiu [Social support and quality of life of individuals from different social groups and with different levels of psychosocial stress who suffer from alcohol-related disorders]. *Arkhiv psykhiatrii [Archive of psychiatry]*. 2019;25(1):22-29.

6. Ohorenko V.V., Seslavska Ye.L. Kliniko-psykhopatolohichnyi analiz stanu psyhichnoi sfery u rodychiv patsientiv z dementsiieiu. *Ukrainskyi visnyk psyhhonevrolohii [Clinical-psychopathological analysis of the state of the mental sphere in relatives of patients with dementia] Ukrainskyi visnyk psyhhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2024; 32, 2(119):53-60. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9>.

Надійшла до редакції 28.10.2024

СЕСЛАВСЬКА Євгенія Леонідівна, аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету, лікар-психіатр Центру психіатричної допомоги дитячому та дорослому населенню Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги Дніпровської міської ради», м. Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-2732-8340>

SESLAVSKA Eugenia, Graduate Student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Dnipro State Medical University, a psychiatrist at the Center for Psychiatric Assistance to Children and Adults of the Communal Non-Profit enterprise "Clinical Emergency Medical Hospital of the Dnipro City Council", Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-2732-8340>