

А. О. Камінська, Н. Г. Пшук

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

А. А. Каминская, Н. Г. Пшук

Взаимосвязь эмоционального интеллекта и качества жизни у референтных родственников пациентов с эндогенными психическими расстройствами

А. Kaminska, N. Pshuk

Interrelation of emotional intelligence and quality of life in family caregivers of patients with endogenous mental disorders

Досліджено особливості емоційного інтелекту та їх зв'язок із психічним компонентом якості життя референтних родичів (РР) пацієнтів з ендогенними психічними розладами. Як психодіагностичний інструмент дослідження використані методика «EQ» Н. Холла, коротка шкала оцінки якості життя SF-36, для дослідження психоемоційного стану РР було обрано тест Спілбергера — Ханіна та опитувальник Цунга в адаптації Т. І. Балашової (2001).

Обстежено 243 референтних родичів хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади (АФР) — біполярний афективний розлад, рекуррентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР).

Отримані в ході дослідження дані свідчать про те, що респонденти РРПШ та РРАФР демонструють зниження показників емоційного інтелекту за всіма конструктами, що не лише корелює зі зниженням психічного компонента якості життя, але й створює суттєві перешкоди для успішної психологічної адаптації як окремих членів сім'ї, так і гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий пацієнт, загалом.

Під час вивчення стану психоемоційної сфери РР пацієнтів з ендогенними психічними розладами виявлено тенденцію до поступового зниження тривожно-депресивної психопатологічної симптоматики зі збільшенням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї.

Встановлені особливості треба зважати під час створення відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для РР пацієнтів з ендогенними психічними розладами.

Ключові слова: емоційний інтелект, референтні родичі, якість життя, ендогенні психічні розлади

Исследованы особенности эмоционального интеллекта и их связь с психическим компонентом качества жизни референтных родственников (РР) пациентов с эндогенными психическими расстройствами.

В качестве психодиагностического инструмента исследования использованы методика «EQ» Н. Холла, краткая шкала оценки качества жизни SF-36, исследование психоемоционального состояния РР проводили с использованием теста Спилбергера — Ханина и опросника Цунга в адаптации Т. И. Балашовой (2001).

Обследовано 243 референтных родственника больных параноидной шизофренией (168 человек, РРПШ) и больных с аффективными расстройствами (АФР) — биполярным аффективным расстройством, рекуррентным депрессивным расстройством (75 человек, РРАФР).

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что респонденты РРПШ и РРАФР демонстрируют снижение показателей эмоционального интеллекта по всем конструктам, что не только коррелирует со снижением психического компонента качества жизни, но и создает существенные препятствия для успешной психологической адаптации как отдельных членов семьи, так и гармоничного функционирования семьи, в которой проживает психически больной пациент, в целом.

При изучении состояния психоемоциональной сферы РР пациентов с эндогенными психическими расстройствами выявлена тенденция к постепенному снижению тревожно-депрессивной психопатологической симптоматики с увеличением продолжительности заболевания у психически больного члена семьи.

Установленные особенности необходимо учитывать при создании соответствующих психообразовательных и психокоррекционных программ для РР пациентов с эндогенными психическими расстройствами.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, референтные родственники, качество жизни, эндогенные психические расстройства

Aim of our study was to reveal the features of emotional intelligence in family caregivers (FC) of patients with endogenous mental disorders and to investigate their connection with the mental component of quality of life. Emotional quotient test "EQ" by N. Hall, The Short Form-36, anxiety test by Spielberger — Khanin and Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) were chosen as psychological testing tools.

243 family caregivers of patients with paranoid schizophrenia (168 persons, FCPS) and patients with affective disorders — bipolar disorder, recurrent depressive disorder (75 persons, FCAD) were examined.

Obtained data show that the respondents of FCPC and FCAD have a decrease of the indicators of emotional intelligence for all constructs, which not only correlates with the decrease in mental component of quality of life, but also creates significant obstacles for successful psychological adaptation of individual family members, as well as for the harmonious functioning of a family, in which a mentally sick patient lives, in general.

In psycho-emotional sphere of FC of patients with endogenous mental disorders, there is a tendency towards a gradual decrease of anxious and depressive psychopathological symptoms with the increase in the duration of disease in a mentally sick family member.

Revealed features should be taken into consideration when creating appropriate psycho-educational and psycho-correction programs for FC of patients with endogenous mental disorders.

Key words: emotional intelligence, family caregiver, quality of life, endogenous mental disorders

Сучасний розвиток реабілітації спирається на біопсихосоціальну парадигму розвитку психічних розладів [1]. Такий підхід розширює погляди на можливості відновлення хворих [2]. Одним із напрямків удосконалення методології надання психіатричної допомоги в Україні є максимальне використання

психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією [3]. Психосоціальні втручання впроваджені в систему терапевтичних заходів для психічно хворих та розглядаються поряд з психофармакологічними впливами як такі, що суттєво впливають на кінцевий результат лікування як в стаціонарних, так і в позалікарняних умовах [4].

Найважливішим напрямком розвитку психосоціального лікування протягом останніх двох десятиліть є акцент на позитивному впливі участі сім'ї в процесі терапії.

Відомо, що до 60 % всіх пацієнтів, яких виписують з психіатричних стаціонарів, повертаються у сім'ї, поряд з цим здебільшого вони зберігають контакти зі своїми рідними. Тисячі сімей щороку стикаються з психічними розладами і змушені розв'язувати пов'язані з цим проблеми [5]. Факторами, що позитивно впливають на успішність реабілітації хворих на шизофренію та афективні розлади в позалікарняних умовах, є наявність зацікавленості найближчого оточення в реабілітації пацієнтів, вихідне збереження соціального функціонування у сферах соціально-корисної діяльності і взаємин з оточенням [6].

Референтні родичі пацієнтів з ендегенними психічними розладами стикаються з підвищеним навантаженням та стресом. Часто референтні родичі стають реципієнтами фрустрації пацієнтів та їх поведінкових розладів. Через відсутність належної підготовки, недостатні знання про хворобу та психологічний дистрес, зумовлений різкими змінами у психічному стані члена сім'ї, референтні родичі зазнають значного напруження та навантаження, які тепер широко відомі під назвою «сімейне навантаження». Об'єктивні негативні наслідки проживання та взаємодії з психічно хворим членом сім'ї включають погіршення здоров'я референтних родичів, порушення у сімейному житті, збільшення витрат, тоді як суб'єктивні ефекти включають відчуття ізоляції, втрати, тривогу, гнів та фрустрацію [7].

«Сімейне навантаження», пов'язане з контактом або проживанням з хворим на шизофренію та афективні розлади, призводить до чималого емоційного напруження, яке за принципом зворотного зв'язку негативно відбивається і на стані самого пацієнта. Об'єктивний тягар проживання з психічно хворим членом сім'ї включає в себе вплив на домогосподарство, наприклад, надання допомоги пацієнтам у щоденних завданнях, що може призводити до порушення поведінки референтного родича та порушення повсякденного розпорядку [8, 9]. Суб'єктивний тягар пов'язаний з тим, як референтні родичі психологічно сприймають тягар взаємодії з психічно хворим членом сім'ї, що може включати сором, збентеження, почуття провини чи самозвинувачення. Разом це спричиняє наслідки для фізичного, психологічного, економічного та емоційного благополуччя референтних родичів [8—10]. Роль у наданні сімейної підтримки пацієнтам важка, часто турбує і впливає на здоров'я та якість життя референтних родичів [11, 12].

Це робить все більш актуальною проблему ефективної сімейної та соціальної реабілітації. Сім'я психічно хворого функціонує в умовах реальності, що змінюється залежно від динаміки його психічного стану, яка змінює водночас його соціальний і сімейний статус [5]. Забезпечення референтних родичів пацієнтів з шизофренією та афективними розладами належною підтримкою (наприклад, фінансова підтримка, соціальна підтримка, психоосвітні заходи, програми психологічної допомоги) може допомогти поліпшити їх загальний стан здоров'я [13—15].

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ендегенних психічних розладів (ЕПР) та пов'язаного з ними психологічного навантаження на референтних родичів як осіб, що постійно взаємодіють з пацієнтом, досі немає цілісного розуміння

причин психоемоційної дезадаптації у сім'ях, де проживає пацієнт з ендегенним психічним захворюванням. На теперішній час звертає на себе увагу як невелика кількість наукових досліджень у цьому напрямку, так і відсутність дієвих систем психоосвітніх та психокорекційних заходів для референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Метою нашого дослідження було визначення рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР в контексті їх психосоціального функціонування.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології та за умови інформованої згоди обстежено 243 референтних родичів (РР) хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади (АФР) — 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 обстеження, відсутність попередніх звернень за допомогою до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1—2 ступінь спорідненості з хворим. До групи РРПШ було включено 49 дружин, 25 чоловіків, 94 — один із батьків пацієнтів з ПШ. До групи РРАФР було включено 20 дружин, 25 чоловіків, 30 — один із батьків пацієнтів з АФР. Вік обстежуваних був у діапазоні від 26 до 63 років (середній вік: «дружини» — $37,5 \pm 0,8$ років, «чоловіки» — $42,3 \pm 0,9$ та «один з батьків» — $60,3 \pm 3,7$ років). Більша частка родичів (64,5 %) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 55,1 % опитаних. 70,4 % респондентів основних груп 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, тоді коли 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 не проживають психічно хворі пацієнти і які ніколи не звертались по допомогу до лікаря-психіатра.

Емоційний інтелект референтних родичів ідентифікували 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, приймаючи рішення. Для оцінення якості життя референтних родичів пацієнтів з ЕПР використовували шкалу SF-36 (The Short Form-36 or Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, John E. Ware, Cathy D. Sherbourne, 1992).

Для дослідження психоемоційного стану референтних родичів було обрано тест Спілбергера — Ханіна та опитувальник Цунга в адаптації Т. І. Балашової (за Д. Я. Райгородським, 2008) [16].

Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики.

Тест емоційного інтелекту Холла визначає як загальний рівень емоційного інтелекту, так і окремі його складові (емоційну обізнаність, здатність керувати емоціями, самомотивацію, емпатію, розпізнавання емоційних станів інших людей). Для обстеження референтних родичів хворих з ЕПР був використаний повний

варіант методики. Результати оцінювали за 5 субтестами, а також зважували на композитну оцінку.

Пацієнти з ЕПР, які проживають у власній чи батьківській сім'ї, істотно змінюють життєвий динамічний стереотип усіх її членів, нівелюючи адекватне взаєморозуміння. Референтні родичі намагаються дистанціюватися від пацієнтів, змінити їхню поведінку, що безпосередньо впливає на стан їхньої психоемоційної сфери.

Ступінь соціального функціонування сім'ї залежить від рівня міжособистісної взаємодії, який насамперед залежить від емоційного інтелекту. Емоційний інтелект — це інтегральна характеристика, яка забезпечує розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, а також здатність до керування емоціями у ситуаціях міжособистісної взаємодії.

Дослідження рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР (табл. 1) дозволило виявити деякі відмінності порівняно з особами групи контролю. Отримані дані за шкалою емоційної обізнаності (РРПШ — $7,9 \pm 2,5$ та РРАФР — $12,5 \pm 1,5$; КГ — $14,5 \pm 1,5$, при $P < 0,001$) дозволяють дійти висновку, що референтні родичі хворих на ЕПР не завжди можуть розуміти 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 свої негативні емоції як індикатор проблем у власному житті. Вони відчують суттєві труднощі через знижене розуміння значення емоцій для збереження оптимального самопочуття та контролю над власним життям.

Таблиця 1. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами, бали

Показники	Група РРПШ	Група РРАФР	КГ
Емоційна обізнаність	$7,9 \pm 2,5^{**}$	$12,5 \pm 1,5^{**}$	$14,5 \pm 1,5$
Керування емоціями	$3,2 \pm 1,7^{**}$	$4,5 \pm 1,5^{**}$	$15,5 \pm 1,5$
Самотивація	$8,7 \pm 1,9^{**}$	$11,4 \pm 1,9^{**}$	$13,4 \pm 1,9$
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	$36,4 \pm 2,9^{**}$	$43,2 \pm 1,7^{**}$	$70,5 \pm 3,7$

Примітки. Середні значення подано у форматі ($M \pm m$), де M — середнє арифметичне, m — стандартна похибка. Показники є статистично вірогідними: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,001$ (так само у табл. 2)

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 вірогідно нижчу здатність зберігати спокій за умов переживання тиску з боку оточення, стежити за власним самопочуттям, обмежену здатність справлятися зі власними почуттями, коли щось сильно засмучує, не зациклюватися на негативних емоціях, швидко заспокоюватися після неочікуваних прикрощів, легко відключатись від переживання неприємностей. Отже, отримані дані свідчать про знижені можливості емоційного копінгу в умовах

наявності ендегенного психічного захворювання у члена сім'ї у респондентів основних груп.

Показники за шкалою самотивації (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 у разі потреби залишатись спокійними та зосередженими, діючи відповідно до життєвих вимог. На відміну від респондентів КГ, вони не здатні, коли буде потреба, пережити широкий спектр позитивних емоцій, як-от позитивний настрій, радість, внутрішній підйом та гумор, творчо вирішувати життєві труднощі всупереч життєвим неприємностям та перешкодам, з легкістю занурюватись у стан спокою, готовності і зосередженості, відкидаючи негативні почуття, коли треба діяти.

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

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

Композитне оцінювання (РРПШ — $36,4 \pm 2,9$ та РРАФР — $43,2 \pm 1,7$, КГ — $70,5 \pm 3,7$, $P < 0,001$) 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.

Проведений кореляційний аналіз виявив певні взаємозв'язки між показниками рівня емоційного інтелекту та рівнем психічного компонента якості життя у РР хворих на ЕПР (табл. 2).

Таблиця 2. Кореляційний аналіз зв'язку показників емоційного інтелекту з показниками психічного компонента якості життя у референтних родичів хворих на ендегенні психічні розлади (r)

Показники якості життя (психічний компонент якості життя)	Показники рівня емоційного інтелекту					
	Емоційна обізнаність	Керування емоціями	Самотивація	Емпатія	Розпізнавання емоцій інших людей	Композитна оцінка
Життєва активність (VT)	0,25	0,32	0,58	0,33	0,22	0,27
Соціальне функціонування (SF)	0,34	0,31	0,59*	0,62**	0,45	0,66**
Емоційне функціонування (RE)	0,47	0,55*	0,51*	0,49	0,43	0,55*
Психічне здоров'я (MH)	0,13	-0,23	-0,29	0,42	0,37	-0,33

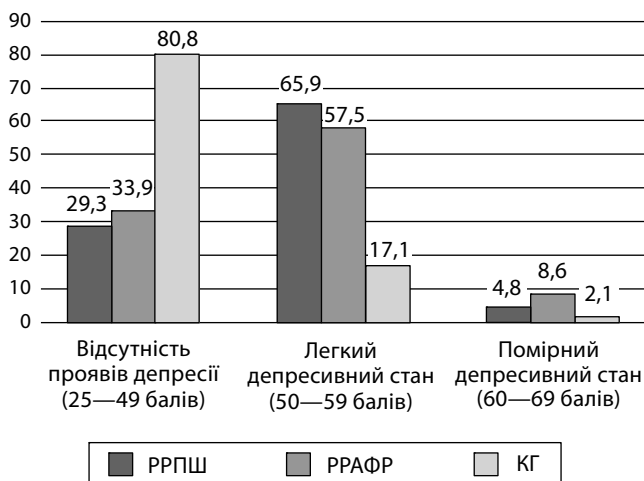
Було отримано результати, що вказують на негативний кореляційний зв'язок між показниками емоційного інтелекту за шкалами самомотивації, керування емоціями та композитною оцінкою і показниками психічного компонента якості життя. Зокрема, зниження емоційного функціонування у групі РР найбільше пов'язане зі зниженням показників емоційного інтелекту за шкалами самомотивації, що вказує на зв'язок із нездатністю залишатись спокійними та зосередженими, незважаючи на негативний емоційний стан ($r = 0,51$; $p < 0,05$), а також із показниками за шкалою керування емоціями, що відображає труднощі в опануванні власних негативних емоційних станів і, як наслідок, недостатній емоційний копінг в умовах взаємодії з/між людьми, зокрема внутрішньосімейної ($r = 0,55$; $p < 0,05$).

Також було отримано дані про наявність кореляційного зв'язку між показниками соціального функціонування РР та показниками емоційного інтелекту за шкалами самомотивації ($r = 0,59$; $p < 0,001$), емпатії ($r = 0,62$; $p < 0,001$) та композитною оцінкою ($r = 0,66$; $p < 0,001$), що вказує на можливі причини порушення соціальної взаємодії у сім'ях пацієнтів з ЕПР.

Отже, труднощі емоційної регуляції, керування емоційним станом, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем емоційного інтелекту РР, є чинниками, що набагато ускладнюють взаємини у сім'ях хворих з ЕПР та знижують можливості психосоціальної адаптації усіх членів сім'ї.

Під час вивчення стану психоемоційної сфери РР пацієнтів з ЕПР із використанням опитувальника Цунга виявлено, що із загальної кількості РР пацієнтів з ЕПР ознаки депресивного реагування демонстрували 68,4 % респондентів (61,7 % — з вираженістю на рівні легкого, 6,7 % — помірного депресивного стану), зокрема серед респондентів РРПШ — 70,7 % (65,9 % — легкий, 4,8 % — помірний депресивний стан), а серед респондентів РРАФР — 66,1 % обстежених (57,5 % — легкий, 8,6 % — помірний депресивний стан). В обстежених КГ проявів депресії здебільшого (80,8 % респондентів) не виявлено, депресивне реагування було характерно для 19,2 % обстежених КГ, переважно внаслідок вираженості показників на рівні легкого депресивного стану ситуаційно зумовленого — 17,1 % (рисунк).

Кількість обстежених, %



Рівень вираженості депресії у обстежених респондентів

Виразні результати були отримані нами під час аналізу наявності і вираженості депресивної симптоматики серед респондентів РРПШ та РРАФР залежно від тривалості захворювання члена сім'ї.

Зокрема, серед респондентів РРПШ з тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років у 46,5 % осіб діагностовано депресивні прояви (у 36 % — з вираженістю на рівні легкого депресивного стану, у 10,5 % — помірного депресивного стану). Серед респондентів РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років депресивні симптоми виявлені у 56,3 %, причому легкий депресивний стан діагностовано у 50,3 %, помірний — у 6,3 % обстежених.

У обстежених РРПШ та РРАФР значущими в структурі депресивного реагування визнані знижений настрій; пригніченість; втрата активності; почуття провини; раннє, середнє та пізнє безсоння; зниження працездатності й активності; втрата інтересу до діяльності; загальносоматичні симптоми — важкість у кінцівках, голові, спині, м'язовий біль, почуття знесилання.

У КГ виявлені окремі прояви зниженого настрою та ускладнене засинання.

Ознаки наявності вираженої ситуативної та особистісної тривожності за тестом Спілберґера — Ханіна були притаманні 57,1 % респондентів РРПШ, 48,9 % респондентів РРАФР та 9,9 % осіб КГ, проте у респондентів КГ рівень вираженості тривоги не досягав рівня тривожного розладу.

Вивчення вираженості тривожних проявів залежно від тривалості захворювання у члена сім'ї в основних групах продемонструвало виявлену попереднім дослідженням тенденцію до поступового нівелювання психопатологічної симптоматики зі збільшенням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї. Прояви патологічної тривоги на рівні тривожного стану діагностовано у 41,5 % респондентів РРПШ та 36,7 % респондентів РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років, 38,7 % обстежених РРПШ та 31,3 % РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї 5—10 років, 29,2 % РРПШ та 27,8 % РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї понад 8 років.

Отже, виявлено тенденцію до порушення психоемоційного стану у РР пацієнтів з ЕПР порівняно із респондентами КГ, причому поширеність і вираженість тривожних та депресивних проявів кількісно і якісно переважають у респондентів РРПШ порівняно з РРАФР та є максимальними за значеннями серед респондентів, що проживають із психічно хворим членом сім'ї з тривалістю психічного захворювання до 4 років.

Отже, референтні родичі пацієнтів з шизофренією та афективними розладами демонструють зниження показників емоційного інтелекту за всіма конструктами, що не лише корелює зі зниженням психічного компонента якості життя, але й створює суттєві перешкоди як для успішної психологічної адаптації окремих членів сім'ї, так і для гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий пацієнт, загалом.

Під час вивчення стану психоемоційної сфери референтних родичів пацієнтів з ендogenous психічними розладами виявлено тенденцію до поступового зниження тривожно-депресивної психопатологічної симптоматики зі збільшенням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї.

У подоланні стресових та проблемних ситуацій та налагодженні міжособистісної комунікації у сім'ях, де проживають пацієнти з ендogenous психічними

розладами, властивості емоційного інтелекту відіграють вагомий роль. Завдяки здатності усвідомлювати та розпізнавати власні емоційні стани та емоційні стани інших людей виникає підґрунтя для забезпечення ефективного емоційного копію, що визначає здатність особистості до адаптивного емоційного та поведінкового реагування.

На встановлені особливості треба зважати під час створення відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами.

Список літератури

1. Практикум по психосоціальному лечению и психосоціальной реабилитации психически больных / под ред. И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2002. 179 с.
2. Гусева О. В., Коцюбинский А. П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Руководство для врачей. СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2013. 287 с.
3. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Здоров'я України. 2012. № 3 (22). С. 6—8.
4. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update / J. Bustillo, J. Lauriello, W. Horan [et al.] // The American journal of psychiatry. 2001. № 158(2). P. 163—175. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.2.163.
5. Бугорский А. В. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Вып. IV / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро», 2017. С. 49—56.
6. Савельева О. В., Петрова Н. Н. Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. 2017. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-reabilitatsii-bolnyh-shizofreniey> (дата обращения: 09.01.2019).
7. Vitaliano P. P., Zhang J., Scanlan J. M. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis // Psychological Bulletin. 2003. No. 129(6). P. 946—972. DOI: 10.1037/0033-2909.129.6.946.
8. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping / D. Geriani, K. S. Savithry, S. Shivakumar [et al.] // Journal of clinical and diagnostic research. 2015. No. 9(3). VC01—VC04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
9. Awad A. G., Voruganti L. N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review // Pharmacoeconomics. 2008. No. 26(2). P. 149—162. DOI: 10.2165/00019053-200826020-00005.
10. 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. 43(8). P. 612—618. DOI: 10.1007/s00127-008-0337-x.

11. Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families / E. L. Struening, D. A. Perlick, B. G. Link [et al.] // Psychiatr Serv. 2001. 52(2). P. 1633—1638. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1633.

12. 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. 196(6). P. 484—491. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181773927.

13. Assessing Health Status in Informal Schizophrenia Caregivers Compared with Health Status in Non-Caregivers and Caregivers of Other Conditions / [S. Gupta, G. Isherwood, K. Jones, K. Van Impe] // BMC Psychiatry. 2015. No. 15. DOI: 10.1186/s12888-015-0547-1.

14. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. / L. Berk, M. Berk, S. Dodd [et al.] // BMC Medicine. 2013. No. 11 (1). P. 162. DOI: 10.1186/1741-7015-11-162.

15. Miklowitz D. J. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence // Journal of Clinical Psychology. 2012. No. 68 (5). P. 502—513. DOI: 10.1002/jclp.21855.

16. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2008. 672 с.

Надійшла до редакції 10.12.2018 р.

КАМІНСЬКА Анна Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (ВНМУ ім. М. І. Пирогова), м. Вінниця, Україна; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com

ПШУК Наталія Григорівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

KAMINSKA Anna, MD, PhD, Associated Professor of Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com

PSHUK Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine