

УДК 61.89:615.851:616-07

*А.О. Камінська, Н.К. Агішева**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Харківська медична академія післядипломної освіти

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОГО АЛЬЯНСУ В СІМ'ЯХ, ДЕ ПРОЖИВАЄ ХВОРИЙ З ЕНДОГЕННИМ ПСИХІЧНИМ РОЗЛАДОМ

Визначали базові індивідуально-психологічні й інтерперсонально-комунікативні предиктори формування комунікативного альянсу в сім'ях, де проживають хворі з ендегенними психічними розладами. Особливості комунікативної установки та рівня комунікативної толерантності досліджували з використанням методики діагностики комунікативної установки В.В. Бойка, індивідуально-психологічні особливості особистості референтних родичів – за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника. Обстежено 243 референтні родичі хворих на параноїдну шизофренію та афективні розлади – біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад. Групу контролю становили 55 психічно здорових осіб. Показано, що в референтних родичів пацієнтів з шизофренією та афективними розладами переважають негативна комунікативна установка зі зниженими показниками комунікативної толерантності та специфічні індивідуально-психологічні особливості особистості (невротичність, спонтанна агресивність, неврівноваженість), що створює певні перешкоди для ефективної інтерперсональної сімейної комунікації і гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий, у цілому. Неприйняття індивідуальних особливостей партнерів по комунікації, знижена здатність пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності, невміння пристосуватись до комунікативних партнерів та приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомпатибельними якостями співрозмовника є факторами, що призводять до появи комунікативних девіацій, значно ускладнюють інтерперсональні відносини в сім'ях хворих з ендегенними психічними розладами та знижують можливості психосоціальної адаптації всіх членів сім'ї.

Ключові слова: *комунікативна установка, особистісні особливості, комунікативна толерантність, референтні родичі, ендегенні психічні розлади.*

Вступ

Протягом останніх двох десятиліть важливим напрямком розвитку психосоціального лікування хворих на ендегенні психічні розлади (ЕПР) є акцент на позитивному впливі залучення сім'ї у процес терапії. Психосоціальні втручання впроваджують у систему терапевтичних заходів для психічно хворих та розглядають разом із психофармакотерапією як такі, що суттєво впливають на кінцевий ре-

зультат лікування як у стаціонарних, так і в позалікарняних умовах [1, 2].

Міжособистісне спілкування в сім'ї є ключовим аспектом її життєдіяльності, що визначає ефективність сімейного функціонування в цілому і забезпечує ресурси для оптимального розвитку сім'ї та протидії кризовим ситуаціям. Інтерперсональна комунікація в сім'ях пацієнтів з ЕПР є особливо важливою, оскільки виконує завдання обміну інформа-

© А.О. Камінська, Н.К. Агішева, 2018

цією, узгодження зусиль, спрямованих на лікування й соціальну реадaptaцію, ефективний перерозподіл ролей у спільній діяльності, забезпечує встановлення та розвиток інтерперсональних відносин 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, у тому числі: позитивна комунікативна установка, активність і відкритість комунікації, комунікативна толерантність до особливостей психічно хворого члена сім'ї тощо. Водночас необхідно враховувати й ту обставину, що сім'я психічно хворого постійно функціонує в умовах надмірного психосоціального навантаження, відомого під назвою «сімейне навантаження» [3, 4], що негативно впливає як на психоемоційний стан референтних родичів пацієнтів з ЕПР, так і на їхню здатність до налагодження ефективною інтерперсональною комунікації в сімейній системі [5].

Порушення міжособистісного спілкування – одна з найбільш актуальних проблем сімейного функціонування в сім'ях, де проживає хворий з ЕПР [6].

Оптимізація внутрішньосімейного спілкування в сім'ях, де проживають хворі з ЕПР, з метою налагодження ефективного і гнучкого комунікативного альянсу між референтними родичами (РР) та пацієнтом є необхідною передумовою як для забезпечення високої ефективності психосоціальної терапії, так і для психопрофілактики психічної дезадаптації в РР пацієнтів з ЕПР.

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ЕПР та пов'язаного з ними психологічного навантаження на РР як осіб, що постійно взаємодіють із пацієнтом, досі немає цілісного розуміння феноменології комунікативних девіацій у сім'ях, де проживає пацієнт з ендегенним психічним захворюванням, та можливих шляхів їхньої психопрофілактики. Сьогодні існує невелика кількість наукових досліджень у цьому напрямку. Крім того, немає й дієвих систем медико-психологічного супроводу для РР пацієнтів з ЕПР.

До базових предикторів, які визначають виникнення комунікативних девіацій у сім'ях психічно хворих пацієнтів, належать, з одного боку, індивідуально-психологічні й інтерперсо-

нально-комунікативні особливості РР (комунікативна установка, комунікативна толерантність), а з другого – зниження здатності пацієнта з ЕПР до адекватного сприйняття соціальної підтримки в умовах сім'ї [7].

У зв'язку з цим **метою нашого дослідження** було визначення базових предикторів формування комунікативного альянсу в сім'ях, де проживають хворі з ендегенними психічними розладами.

Матеріал і методи

З дотриманням принципів біоетики й медичної деонтології та за умови інформованої згоди обстежено 243 референтні родичі хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади – біполярний афективний і рекурентний депресивний (75 осіб, РРАФР). Критеріями включення респондентів до участі в дослідженні були: інформована згода на проведення анкетування, клініко-психологічного, психодіагностичного обстеження, відсутність попередніх звернень по допомогу до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1–2-й ступінь спорідненості з хворим. Групу контролю (КГ) становили 55 психічно здорових осіб (35 осіб жіночої та 20 осіб чоловічої статі), у сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти і які ніколи не звертались по допомогу до лікаря-психіатра.

Індивідуально-психологічні особливості особистості РР визначали за допомогою психодіагностичного методу із використанням Фрайбурзького особистісного опитувальника. Даний опитувальник призначений для прикладних досліджень, діагностики станів та властивостей особистості, які мають першочергове значення для процесу соціальної адаптації й регуляції поведінки. Застосування Фрайбурзького особистісного опитувальника дозволяє оцінювати ряд важливих особистісних властивостей, у тому числі рівень емоційної стійкості, якості комунікативної сфери особистості тощо.

Для визначення особливостей комунікативної установки використовували методу діагностики комунікативної установки В.В. Бойка [8].

Результати та їх обговорення

У результаті обробки й інтерпретації даних, отриманих за допомогою методу діагностики комунікативної установки В.В. Бойка,

виявлено ознаки негативної комунікативної установки у РР пацієнтів з ЕПР. У групах РРПШ та РРАФР вираженість негативної комунікативної установки виявилась вище, ніж у КГ (РРПШ – 64,1 %; РРАФР – 55,8 %; КГ – 37,3 %).

При подальшому аналізі виявлено домінування у групах РР пацієнтів з ЕПР таких компонентів негативної комунікативної установки, як завуальована жорстокість (РРПШ – 74,7 %; РРАФР – 65,4 %; КГ – 30,1 %), відкрита жорстокість (РРПШ – 56,5 %; РРАФР – 55,5 %; КГ – 35,5 %), обґрунтований негативізм (РРПШ – 78,7 %; РРАФР – 63,5 %; КГ – 58,6 %), негативний досвід спілкування (РРПШ – 69,3 %; РРАФР – 58,7 %; КГ – 45,2 %), *табл. 1*. Такі результати вказують на приховану ворожість, схильність до необґрунтованих стереотипних узагальнень негативних фактів у сфері

Середній рівень загальної комунікативної інтолерантності продемонстрували 58,3 % респондентів РРПШ, 64,0 % респондентів РРАФР та 18,2 % респондентів КГ, натомість високий рівень інтолерантності спостерігався у 18,5 % респондентів РРПШ, 22,7 % респондентів РРАФР та 14,5 % респондентів КГ.

Проаналізувавши конструкти комунікативної інтолерантності, ми звернули увагу на підвищення показників нездатності приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікательними якостями партнерів у респондентів РРПШ та РРАФР відносно таких у КГ. Так, у РРПШ даний показник дорівнював (10,4±1,5) бала, у РРАФР – (9,4±2,1) бала, у КГ – (4,2±1,2) бала. Даний факт може свідчити про труднощі у збереженні самоконтролю та демонстрації соціально-схвалюваної пове-

Таблиця 1. Компоненти негативної комунікативної установки в референтних родичів хворих на ендогенні психічні розлади, % до можливого максимуму балів

Компонент комунікативної установки	КГ (n=55)	РРПШ (n=168)	РРАФР (n=75)
Прихована жорстокість	30,1	74,7	65,4
Відкрита жорстокість	35,5	56,5	55,5
Обґрунтований негативізм	58,6	78,7	63,5
Буркотіння	17,3	40,9	35,7
Негативний досвід спілкування	45,2	69,3	58,7
Всього	37,3	64,1	55,8

взаємодії з комунікативними партнерами та спостереженнях за соціальною реальністю, негативних оцінок та переживань через інших людей, наявність негативного досвіду взаємодії з партнерами по спілкуванню, що призводить до формування об'єктивно обґрунтованих негативних висновків щодо певних типів людей і певних ситуацій.

Загальна комунікативна толерантність значною мірою визначає інші її форми, зокрема ситуативну комунікативну толерантність при взаємодії із психічно хворим членом сім'ї. Референтні родичі пацієнтів з ЕПР у структурі комунікативної установки частіше, ніж респонденти КГ, виявляють ознаки зниженої комунікативної толерантності, такі як неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини, категоричність в оцінюванні людей, нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту партнера по спілкуванню, невміння пристосовуватись до особливостей комунікативного партнера, використання себе як еталона при оцінюванні інших людей та прагнення зробити партнера зручним, пристосувати до себе (*табл. 2*).

дінки у проблемних ситуаціях. Відчуваючи значну емоційну напругу при спілкуванні з пацієнтами, їхні РР не справляються з дотриманням соціальних норм, що диктують певні стереотипи емоційного реагування при взаємодії з пацієнтом, який має психічний розлад (бути стриманим, терплячим, толерантним, дбайливим, розуміючим, співчуваючим і т. д.).

Показник компонента нетерпимості до фізичного або психічного дискомфорту партнера виявився вищим у респондентів РРАФР порівняно з таким у респондентів РРПШ та КГ, а саме: у РРПШ – (9,4±0,9) бала, у РРАФР – (10,1±0,8) бала, у КГ – (2,1±0,9) бала, що вказує на дратівливість і засудження, недостатність емпатії та розуміння в ситуаціях, коли партнер по спілкуванню потребує особливого співпереживання й турботи.

При вивченні якісних характеристик комунікативної установки в РР пацієнтів з ЕПР виявлено поступове зростання негативної комунікативної установки й комунікативної інтолерантності за всіма конструктами відповідно до збільшення тривалості захворювання в психічно хворого члена сім'ї. Даний факт

Таблиця 2. Компоненти зниженої комунікативної толерантності в референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами

Ознака	Рівень	КГ (n=55)		РРПШ (n=168)		РРАФР (n=75)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неприйняття або нерозуміння індивідуальності людини	Низький	38	69,1	30	17,9	35	46,7
	Середній	14	25,5	97	57,7	29	38,7
	Високий	3	5,5	41	24,4	11	14,7
Використання себе як еталона при оцінюванні інших	Низький	30	54,5	47	27,9	30	40,0
	Середній	15	27,3	63	37,5	24	32,0
	Високий	10	18,2	58	34,5	21	28,0
Категоричність або консерватизм при оцінюванні людей	Низький	25	45,5	37	22,0	21	28,0
	Середній	15	27,3	99	58,9	38	50,7
	Високий	15	27,3	32	19,0	16	21,3
Невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некоммунікбельними якістьми партнерів	Низький	35	63,6	29	17,3	43	57,3
	Середній	10	18,2	107	63,7	17	22,7
	Високий	10	18,2	32	19,0	15	20,0
Прагнення переробити партнерів	Низький	45	81,8	20	11,9	21	28,0
	Середній	8	14,5	42	25,0	13	17,3
	Високий	2	3,6	106	63,1	41	54,7
Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним	Низький	40	72,7	22	13,1	19	25,3
	Середній	10	18,2	54	32,1	28	37,3
	Високий	5	9,1	92	54,8	28	37,3
Невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності	Низький	45	81,8	102	60,7	34	45,3
	Середній	8	14,5	54	32,1	28	37,3
	Високий	2	3,6	12	7,2	13	17,3
Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту партнера	Низький	41	74,5	13	7,7	4	5,3
	Середній	11	20,0	44	26,2	18	24,0
	Високий	3	5,5	111	66,1	53	70,7
Невміння пристосовуватись до партнерів	Низький	31	56,4	29	17,3	10	13,3
	Середній	22	40,0	98	58,3	58	77,3
	Високий	2	3,6	41	24,4	7	9,3
Загальна комунікативна інтолерантність	Низький	37	67,3	39	23,2	10	13,3
	Середній	10	18,2	98	58,3	48	64,0
	Високий	8	14,5	31	18,5	17	22,7

свідчить про погіршення та збіднення репертуару внутрішньосімейної комунікації, зростання відчуженості й нетерпимості до психічного стану пацієнта з боку РР, відмову від спроб налагодити ефективний комунікативний альянс.

При подальшому вивченні індивідуально-психологічних особливостей РР пацієнтів з ЕПР за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника отримано результати, що дозволили встановити деякі розбіжності у порівнянні з показниками осіб групи контролю (табл. 4).

Відповідно до цифрових даних за шкалою невротичності [у РРПШ – (7,7±1,5) бала, у РРАФР – (6,3±1,2) бала, у КГ – (3,2±1,1) бала, $p < 0,01$] РР хворих на ЕПР характеризуються

вищим рівнем невротизації особистості аж до наявності невротичного синдрому астеничного типу із психосоматичними порушеннями, що виявляються головним болем, шумом та пульсацією у скронях, прискореним серцебиттям, запамороченням, онімінням або відчуттям холоду в кінцівках, нестачею повітря, утратою апетиту, відчуттям напруженості, нездатністю розслабитись, неприємними відчуттями в черевній порожнині, труднощами засинання, посиленням потовиділенням, метушливістю, гіперчутливістю до подразників, втомлюваністю, млявістю за відсутності соматичних захворювань.

За шкалою спонтанної агресивності [у РРПШ – (6,3±2,5) бала, у РРАФР – (5,4±1,5) бала, у КГ – (2,9±1,2) бала, $p < 0,05$] установлені показники вказують на те, що респонденти

Таблиця 3. Структура комунікативної інтолерантності в референтних родичів пацієнтів з ендogenousними психічними розладами, середній бал ($M \pm m$)

Ознака	КГ (n=55)	РРПШ (n=168)	РРАФР (n=75)
Неприйняття або нерозуміння індивідуальності людини	4,3±0,5	6,2±0,5	5,2±0,8*
Використання себе як еталона при оцінюванні інших	4,7±0,6	7,3±0,3	6,9±0,4*
Категоричність або консерватизм при оцінюванні людей	6,1±1,3	11,5±1,1*	9,8±1,4
Невміння приховувати неприємні почуття при зіткненні з некоммунікбельними якостями партнерів	4,2±1,2	10,4±1,5#	9,4±2,1#
Прагнення переробити партнерів	3,5±0,5	9,8±0,6#	12,5±1,5#
Прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним	4,4±0,9	12,3±0,4#	11,3±1,1#
Невміння пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності	3,6±0,8	10,5±0,9#	9,7±0,7*
Нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту партнера	2,1±0,9	9,4±0,9#	10,1±0,8#
Невміння пристосовуватись до партнерів	2,9±0,7	7,5±1,4*	10,5±1,1#
Загальна комунікативна інтолерантність	40,2±1,9	78,9±2,1*	65,3±2,5*

Примітка. Різниця показників статистично достовірна: * $p < 0,05$; # $p < 0,001$.

Таблиця 4. Індивідуально-психологічні особливості особистості референтних родичів пацієнтів з ендogenousними психічними розладами за Фрайбурзьким особистісним опитувальником, середній бал ($M \pm m$)

Шкала	КГ (n=55)	РРПШ (n=168)	РРАФР (n=75)	p
Невротичність	3,2±1,1	7,7±1,5	6,3±1,2	<0,01
Спонтанна агресивність	2,9±1,2	6,3±2,5	5,4±1,5	<0,05
Депресивність	3,3±0,5	6,6±2,5	5,9±1,5	<0,01
Дратівливість	4,1±0,7	8,2±2,1	7,4±2,3	<0,05
Товариськість	7,0±1,6	3,2±0,5	4,3±2,5	<0,05
Врівноваженість	7,3±1,3	5,4±1,9	4,1±1,5	<0,05
Реактивна агресивність	3,3±0,5	2,9±0,6	3,4±0,8	–
Сором'язливість	3,1±0,6	3,7±1,5	4,2±0,5	<0,05
Відкритість	8,4±1,5	7,6±1,1	7,3±2,5	–

основних груп у порівнянні з КГ мають достовірно нижчу здатність зберігати спокій і самоконтроль за умов переживання тиску з боку оточення, а також в окремих соціальних ситуаціях, які неприємні для інших, виявляють схильність зловтішатися, указувати іншим на їхні помилки, псувати те, що подобається іншим, ображати й сердити інших людей, викликати розгубленість, насміхатися, конфліктувати, не відчуваючи докорів сумління, провокувати конфлікти через відчуття нудьги, із надмірною впевненістю розмовляти про речі, у яких не є експертом.

Результати, отримані за шкалою депресивності [у РРПШ – (6,6±2,5) бала, у РРАФР – (5,9±1,5) бала, у КГ – (3,3±0,5) бала, $p < 0,01$], свідчать про наявність у РР, у сім'ях яких проживає пацієнт з ЕПР, деяких депресивних ознак в емоційному стані, поведінці, ставленні до себе й соціального середовища. Такі ознаки

були більш притаманними РР пацієнтів з ПШ і виявлялись у відчутті себе невдахою, пригніченості, переконаності в неправильності своїх вчинків, відчутті, що інші насміхаються з них, відчутті обгрунтованості свого незадоволення долею, своєї нікчемності, пригніченому настрої зі схильністю до самоізоляції, відчутті себе нецікавим, хвилюванні через можливі невдачі, мінливості настрою, неухважності, румінативних негативних думках, відчутті, що їх не розуміють ані друзі, ані сім'я.

Показники за шкалою товариськості [у РРПШ – (3,2±0,5) бала, у РРАФР – (4,3±2,5) бала, у КГ – (7,0±1,6) бала, $p < 0,05$] указують на те, що в РР пацієнтів з ПШ та АФР змінюються як потенційні можливості, так і реальні прояви соціальної активності. Низькі оцінки дозволяють говорити про знижену потребу в спілкуванні й неготовність до активних дій для задоволення цієї потреби, труднощі зна-

ходження спільної мови з людьми, невміння використовувати вербальну комунікацію як провідний канал отримання інформації, соціальну негнучкість, відсутність відчуття задоволення від соціальної взаємодії, що додатково підтверджує отримані нами дані за методикою В.В. Бойка.

Шкала врівноваженості відображає стійкість до стресу. Високі оцінки свідчать про високу захищеність від впливу стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичності та активності. Показники за цією шкалою [у РРПШ – (5,4±1,9) бала, у РРАФР – (4,1±1,5) бала, у КГ – (7,3±1,3) бала, $p < 0,05$] відображають знижену здатність РР пацієнтів з ЕПР залишатись за необхідності спокійними й зосередженими, діючи відповідно до життєвих вимог. На відміну від респондентів КГ, вони виявляють меншу толерантність до критики, нездатність виконувати завдання без довгих роздумів, деяку злам'ятність та імпульсивність, невпевненість у майбутньому, песимізм. Респонденти РРПШ та РРАФР мають обмежену здатність свідомо керувати власним самопочуттям, справлятися зі своїми негативними почуттями, швидко заспокоюватись після неочікуваних прикрощів, легко відключатись від переживання неприємностей. Таким чином, отримані дані свідчать про знижені можливості емоційного копію за умови ендogenousного психічного захворювання у члена сім'ї.

За шкалою реактивної агресивності, що свідчить про високий рівень психопатизації, яка характеризується агресивним ставленням до соціального оточення й вираженням прагнення до домінування, недовірливостю, виправданням фізичної агресії, конфліктністю, мстивістю, погрозливостю, РР пацієнтів з ЕПР і респонденти КГ достовірно не розрізнялися. У РРПШ даний показник дорівнював (2,9±0,6) бала, у РРАФР – (3,4±0,8) бала, у КГ – (3,3±0,5) бала.

За шкалою сором'язливості респонденти РРАФР мали вищі показники, ніж респонденти РРПШ та КГ [у РРПШ – (3,7±1,5) бала, у РРАФР – (4,2±0,5) бала, у КГ – (4,1±0,6) бала, $p < 0,05$]. Шкала сором'язливості відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що перебігає за пасивно-захисним типом. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах, незручність у соціальних ситуаціях, небажання привертати до себе увагу, зниклої нерішучість, бо-

язкість, труднощі у відстоюванні власної думки, невпевненість у собі.

Дані, отримані за шкалою відкритості [у РРПШ – (7,6±1,1) бала, у РРАФР – (7,3±2,5) бала, у КГ – (8,4±1,5) бала], свідчать про достовірність результатів психодіагностичного дослідження, а також про достатній рівень самокритичності і прагнення до довірливо-відвертої взаємодії з оточуючими людьми серед респондентів основних груп, що можна вважати сприятливою передумовою для подальшої імплементації відповідних психосвітних, психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

Загалом отримані за допомогою Фрайбурзького особистісного опитувальника результати показали, що в обстежених РРПШ переважали такі особистісні риси, як невротичність, депресивність, спонтанна агресивність, дратівливість, зниження загальної комунікативності, тоді як у респондентів РРАФР переважали невротичність, дратівливість та соціальна тривожність.

Отримані дані необхідно інтерпретувати як можливі предиктори інтерперсональних комунікативних девіацій у сім'ях пацієнтів з ЕПР, що можуть бути пояснені невмінням РР пацієнтів з ЕПР толерувати власний негативний психоемоційний стан на тлі зниження емпатії та недостатньої емоційної і комунікативної компетентності.

Висновки та перспективи подальших досліджень

У референтних родичів пацієнтів з шизофренією та афективними розладами переважають негативна комунікативна установка зі зниженими показниками комунікативної толерантності та специфічні індивідуально-психологічні особливості особистості (невротичність, спонтанна агресивність, неврівноваженість), що створює перешкоди як для ефективно-інтерперсональної сімейної комунікації, так і для гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий, у цілому.

Неприйняття індивідуальних особливостей партнерів по комунікації, знижена здатність пробачати помилки або мимовільно завдані неприємності, невміння пристосовуватись до комунікативних партнерів та приховувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікативними якостями співрозмовника є факторами, що призводять до появи комунікативних девіацій, значно ускладнюють інтерперсональні відносини в сім'ях хворих з ендogenousними психічними розладами та знижують можливості психосоціальної адаптації всіх членів сім'ї.

Встановлені особливості потребують подальшого дослідження з метою розробки і впровадження відповідних психоосвітніх, психо-

профілактичних та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами.

Список літератури

1. Практикум по психосоціальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / [под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера]. – М. : Медпрактика-М, 2002. – С. 15–25.
2. Гусева О. В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов. Руководство для врачей / О. В. Гусева, А. П. Коцюбинский. – СПб. : СПЕЦЛИТ, 2013. – С. 61–100.
3. Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping / D. Geriani, K. S. Savithry, S. Shivakumar, T. Kanchan // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2015. – Vol. 9 (3). – VC01–VC04.
4. 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. – Vol. 15. – P. 162. – DOI : 10.1186/s12888-015-0547-1.
5. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review / M. Akbari, M. Alavi, A. Irajpour, J. Maghsoudi // *Iran J. Nurs. Midwifery Res.* – 2018. – Vol. 23 (5). – P. 329–337.
6. Miklowitz D. J. Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research / D. J. Miklowitz, B. Chung // *Fam. Process.* – 2016. – Vol. 55 (3). – P. 483–499.
7. Пшук Н. Г. Здатність до акцепції соціальної підтримки у пацієнтів із шизофренією та афективними розладами / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // *Медична психологія.* – 2017. – № 3 (47). – С. 40–43.
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Райгородский Д. Я. – Самара : БАХРАХ-М, 2008. – С. 59–72.

References

1. Hurovich I.Ya., Shmukler A.B. (Eds.). (2002). *Praktikum po psikhosotsialnomu lecheniiu i psikhosotsialnoi rehabilitatsii psikhicheskikh bolnykh [Workshop on psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of mentally ill]*. Samara: Medpraktika-M, pp. 15–25 [in Russian].
2. Huseva O.V., Kotsiubinskii A.P. (2013). *Intehrativnaia model psikhoterapii endohennykh psikhicheskikh rasstroistv. Intehratsiia obrazovatelnoho, kohnitivno-povedencheskoho i psikhodinamicheskoho podkhodov. Rukovodstvo dlia vrachei [Integrative model of psychotherapy of endogenous mental disorders. Integration of educational, cognitive-behavioral and psychodynamic approaches. Guide for doctors]*. St. Petersburg: SPYeTsLIT, pp. 61–100 [in Russian].
3. Geriani D., Savithry K.S., Shivakumar S., Kanchan T. (2015). Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. *J. Clin. Diagn. Res.*, vol. 9 (3), VC01–VC04.
4. Gupta S., Isherwood G., Jones K., Van Impe K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, vol. 15, pp. 162, DOI 10.1186/s12888-015-0547-1.
5. Akbari M., Alavi M., Irajpour A., Maghsoudi J. (2018). Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. *Iran J. Nurs. Midwifery Res.*, vol. 23 (5), pp. 329–337.
6. Miklowitz D.J., Chung B. (2016). Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Fam. Process*, vol. 55 (3), pp. 483–499.
7. Pshuk N.H., Kaminska A.O. (2017). Zdatnist do aktseptsii sotsialnoi pidtrymky u patsiiientiv iz shyzofreniieiu ta afektyvnymy rozladamy [The ability to accept social support in patients with schizophrenia and affective disorders]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, № 3 (47), pp. 40–43 [in Ukrainian].
8. Raihorodskii D.Ya. (2008). *Prakticheskaiia psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]*. Samara: BAKhRAKh-M, pp. 59–72 [in Russian].

А.А. Каминская, Н.К. Агишева

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОГО АЛЬЯНСА В СЕМЬЯХ, ГДЕ ПРОЖИВАЕТ БОЛЬНОЙ С ЭНДОГЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Определяли базовые индивидуально-психологические и интерперсонально-коммуникативные предикторы формирования коммуникативного альянса в семьях, где проживают больные с эндогенными психическими расстройствами. Особенности коммуникативной установки и уровень коммуникативной толерантности исследовали с использованием методики диагностики коммуникативной установки В.В. Бойко, индивидуально-психологические особенности личности референтных родственников – с помощью Фрайбургского личностного опросника. Обследовано 243 референтных родственника больных параноидной шизофренией и больных с аффективными расстройствами –

биполярним афективним расстройством, рекуррентним депресивним расстройством. Группы контроля составили 55 психически здоровых лиц. Показано, что у референтных родственников пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами преобладают негативная коммуникативная установка с пониженными показателями коммуникативной толерантности и специфические индивидуально-психологические особенности личности (невротичность, спонтанная агрессивность, неуравновешенность), что создает определенные препятствия для эффективной интерперсональной семейной коммуникации и гармоничного функционирования семьи, в которой проживает психически больной, в целом. Неприятие индивидуальных особенностей партнеров по коммуникации, сниженная способность прощать ошибки или невольно причиненные неприятности, неумение приспосабливаться к особенностям коммуникативных партнеров и скрывать неприятные чувства при столкновении с некоммуникабельными качествами собеседника являются факторами, которые приводят к появлению коммуникативных девиаций, значительно усложняют интерперсональные отношения в семьях больных с эндогенными психическими расстройствами и снижают возможности психосоциальной адаптации всех членов семьи.

Ключевые слова: коммуникативная установка, личностные особенности, коммуникативная толерантность, референтные родственники, эндогенные психические расстройства.

A. Kaminska, N. Agisheva

PREDICTORS OF COMMUNICATIVE ALLIANCE FORMATION IN FAMILIES WHERE A PATIENT WITH ENDOGENOUS MENTAL ILLNESS LIVES

Basic individual-psychological and interpersonal-communicative predictors of communicative alliance formation in families, where patients with endogenous mental disorders live, were identified. Determine features of communicative attitude and level of communicative tolerance were investigated by the test for diagnostics of communicative attitude by V.V. Boyko, individual psychological characteristics of family caregivers – using the Freiburg Personality Inventory. 243 family caregivers of patients with paranoid schizophrenia and affective disorders – bipolar disorder, recurrent depressive disorder were examined. Control group included 55 mentally healthy persons. It is shown, that negative communicative attitude with reduced communicative tolerance, as well as specific individual and psychological personality traits (neuroticism, spontaneous aggressiveness, instability) prevail at the family caregivers of patients with schizophrenia and affective disorders, which create certain barriers for effective interpersonal family communication and for the harmonious functioning of family, in which a mentally ill patient lives, in general. Rejection of individual features of communication partners, reduced ability to forgive mistakes or involuntarily caused troubles, inability to adapt to communicative partners, and to hide unpleasant feelings when dealing with non-communicative qualities of the interlocutor are factors that lead to communicative deviations, significantly complicate interpersonal relations in families of patients with endogenous mental disorders and reduce possibilities for psychosocial adaptation of all family members.

Keywords: communicative attitude, personality traits, communicative tolerance, family caregivers, endogenous mental disorders.

Надійшла 06.09.18

Відомості про авторів

Камінська Анна Олексіївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри медичної психології і психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Адреса: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Тел.: +38(097)971-98-87.

E-mail: kamynskaanna@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-5890>.

Агішева Наїля Каїсівна – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти.

Адреса: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58, Харківська медична академія післядипломної освіти.

Тел.: +38(097)491-91-89.

E-mail: agisevanaila085@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0332-8952>.