

Porównanie sieci społecznych pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową

Comparison of social networks of patients with unipolar and bipolar disease

Magdalena Poradowska-Trzos, Dominika Dudek,
Monika Rogoż, Andrzej Zięba

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

Summary

Aim. The purpose of the research was to analyse the structure of social networks as well as types and sources of support received by patients with unipolar and bipolar disease.

Method. Assessment was made according to Bizoń's method and Cohen's ISEL.

Results. It has been shown that the functioning of social networks of patients diagnosed as having unipolar affective disorders differs from the ones of bipolar disease. Patients with unipolar disorder do not mention many people of their environment as significant or providing support. They often restrict their interactions to family members. That is the group of people from which they obtain most support. In both groups all supportive functions often lie with one person. Patients with bipolar disorder find it easier to make acquaintance. When compared to the group of bipolar patients, patients with unipolar disease receive less support and the emotional support is the most deficient.

Conclusions. It seems that a combined therapy of affective disorders should include not only pharmacotherapy and various kinds of psychotherapy but also ought to take structure and functioning of patients' social networks into consideration. So stabilising supportive relations in different aspects of life should be one of the aims in the therapy both in hospitals and outpatient departments.

Słowa klucze: choroby afektywne, sieć społeczna

Key words: depressive disorder, bipolar disorder, social support

Choroby afektywne są zaburzeniami przewlekłymi, przysparzającymi wiele cierpienia, zarówno pacjentom, jak i ich rodzinom. Według przewidywań WHO w 2020 roku zaburzenia depresyjne będą mieć porównywalnie dewastujący wpływ na jakość życia ludzi, jak choroba niedokrwienna serca. W raporcie WHO z 1999 roku zaburzenia te w USA były na pierwszym miejscu listy chorób populacyjnych, w innych regionach świata na piątym, a jedynie w Afryce na jedenastym. Dane te potwierdzają, że

poszukiwanie coraz to skuteczniejszych metod leczenia zaburzeń nastroju powinno być jednym z głównych celów współczesnej medycyny [1].

Pod koniec XX wieku, w okresie zwanym „dekadą badań nad mózgiem”, dokonano odkryć, które ostatecznie potwierdziły celowość kompleksowego leczenia pacjentów. Kartezjański dualizm, przeciwstawianie tzw. chorób endogennych i psychogennych farmakoterapii i psychoterapii przestało być aktualne i zasadne. Eric Kandel otrzymał Nagrodę Nobla między innymi za wysunięcie tezy, iż „w wyniku procesów uczenia się (psychologicznych) dochodzi do modyfikacji połączeń synaptycznych w centralnym systemie nerwowym” [za: 2]. W świetle odkryć ostatnich lat oferowanie pacjentom szerokiej gamy terapeutycznej wydaje się jeszcze bardziej właściwe niż wtedy, gdy już Zygmunt Freud zauważył, że „terapia mówieniem może przekształcać połączenia nerwowe”.

Jednym z obszarów zainteresowań klinicystów, zajmujących się leczeniem chorób afektywnych, są kontakty społeczne pacjentów. W naturze każdego człowieka leży bowiem to, że jest on bez wątpienia istotą społeczną. Do życia i prawidłowego rozwoju potrzebuje innych osób, ich obecności i pomocy. Relacje z ludźmi od momentu urodzenia się aż do śmierci są jednym z podstawowych elementów decydujących o jakości życia jednostki. Pacjenci, proszeni o ustawienie w kolejności czynników wpływających na ich jakość życia, często na pierwszym miejscu wymieniają wsparcie społeczne, nawet przed zdrowiem psychicznym, sytuacją finansową czy niezależnością [3].

Należy tutaj zaznaczyć, że posiadanie rozbudowanej sieci społecznej nie jest oczywiście panaceum, cudownym środkiem chroniącym przed występowaniem i nawrotami chorób afektywnych. Poczucie wsparcia w otoczeniu jest jednak na pewno jednym z elementów ułatwiających osiągnięcie pełnej remisji. W tej przewlekłej chorobie obecność ważnych, bliskich osób może chociażby być motywacją do walki o wyzdrowienie i mobilizacji wszelkich sił drzemających w organizmie („mam dla kogo żyć”), ułatwiać nie zawsze proste stosowanie się do zaleceń lekarskich i obstrzeżeń terapii, a także pogodzenie się z faktem bycia chorym. Sieć społeczna nie jest jedynie źródłem wsparcia, może stać się również miejscem konfliktów, przyczyną nadmiernych wymagań i oczekiwań. Wydaje się jednak oczywiste, że każdy z nas potrzebuje do życia tych pozytywnych aspektów jej istnienia, niezależnie od jednoczesnego narażenia na smutek, złość, cierpienie [4].

Celem pracy była analiza struktury sieci społecznych oraz rodzajów i źródeł wsparcia otrzymywanego przez pacjentów z rozpoznanymi chorobami afektywnymi.

Material i metoda

W badaniu wzięli udział pacjenci objęci ambulatoryjną opieką w Ambulatorium Leczenia Chorób Afektywnych Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zostali podzieleni na dwie czterdziestoosobowe grupy, według rozpoznania zaburzeń depresyjnych nawracających (choroby afektywnej jednobiegunowej – CHAJ) lub choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD). W diagnozowaniu powyższych chorób posłużono się kryteriami ICD-10 oraz, dla zaburzeń depresyjnych nawracających, kryterium zaproponowanym przez Perrisa (stwierdzenie co najmniej

trzech faz depresyjnych przy braku faz maniakalnych lub hipomaniakalnych) [5]. Stan remisji stwierdzano na podstawie badania klinicznego oraz testów diagnostycznych (Skala Depresji Hamiltona, Skala Depresji Becka, Skala Manii Younga). Oceny sieci społecznej pacjentów dokonywano na podstawie Kwestionariusza Otoczenia Społecznego Bizonia oraz Skali Wsparcia Społecznego Cohena.

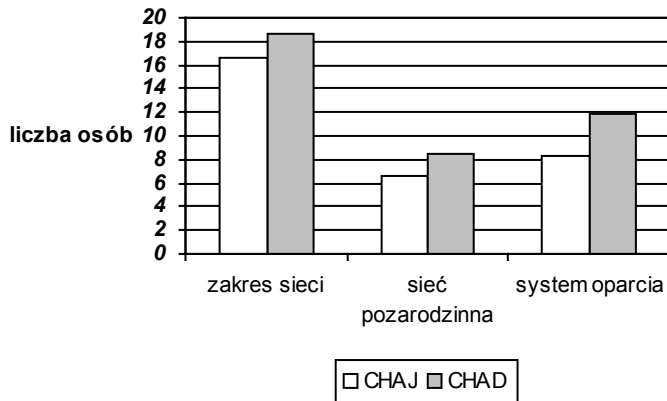
Kwestionariusz Otoczenia Społecznego Bizonia pozwala na dokonanie zarówno ilościowej, jak i jakościowej charakterystyki sieci społecznej. Oceny sieci dokonuje się na podstawie licznych wskaźników, takich, jak między innymi [6, 7, 8, 9]: zakres sieci (wielkość otoczenia społecznego – liczba osób, z którymi badany utrzymuje kontakt), wielkość sieci pozarodzinnej (ta część otoczenia społecznego, która nie jest spokrewniona z badanym), wiek sieci (określany na podstawie długości związków w sieci), aktywność systemu podtrzymania (częstość i czas trwania spotkań osobistych, podejmowanie kontaktów telefonicznych oraz korespondencyjnych), wielkość systemu oparcia (liczba źródeł wsparcia – liczba osób z otoczenia pacjenta, które pełnią w stosunku do niego przynajmniej jedną funkcję podtrzymującą), typ systemu oparcia (rozkład poszczególnych funkcji oparcia na członków sieci), lokalizacja oparcia (określana na drodze stwierdzenia lub braku dominacji czerpania wsparcia ze źródeł rodzinnych lub pozarodzinnych), wskaźnik poziomu podtrzymania (uwzględnia liczbę funkcji sieci pełnionych w danym systemie, stopień, w jakim dana funkcja może być zastąpiona przez inne źródła oraz różnice w znaczeniu poszczególnych funkcji).

Skala Wsparcia Społecznego Cohena wyróżnia poszczególne rodzaje wsparcia i stanowi przez to cenne uzupełnienie kwestionariusza Bizonia. Kategorie otrzymywanego wsparcia są tu zbliżone do wskazanych przez Helenę Sęk [4]:

- **wsparcie emocjonalne** – prowadzi do uspokojenia, wyciszenia, odreagowania złych emocji, podwyższenia samooceny, poczucia własnej wartości
- **wsparcie informacyjne** – pomaga zrozumieć położenie życiowe
- **wsparcie instrumentalne** to możliwość wspólnego działania, między innymi w rozwiązywaniu problemów
- **wsparcie rzeczowe** to pomoc materialna oraz fizyczna opieka (karmienie, ubieranie, mycie).

Wyniki badań

Oceniając strukturę i funkcjonowanie sieci społecznych pacjentów, w pierwszej kolejności zwrócono uwagę na wyniki dotyczące zakresu sieci społecznych (wielkości otoczenia społecznego), wielkości sieci pozarodzinnych oraz systemu oparcia. Wyniki te uwzględniają sumę osób wymienianych przez badanych pacjentów. W grupie pacjentów z rozpoznaną CHAJ stwierdzono mniejszy zakres sieci, mniejsze sieci pozarodzinne oraz mniejszy system wsparcia. Dwa ostatnie parametry różnicowały grupy w sposób istotny statystycznie. Różnica w wielkości otoczenia społecznego stała się istotna statystycznie po dokonaniu podziału na systemy małe, średnie i duże (wykres 1).



Wykres 1. Zakres sieci społecznej, wielkość sieci pozarodzinnej i wielkość systemu oparcia ($p < 0,05$ dla zakresu sieci pozarodzinnej oraz wielkości systemu oparcia)

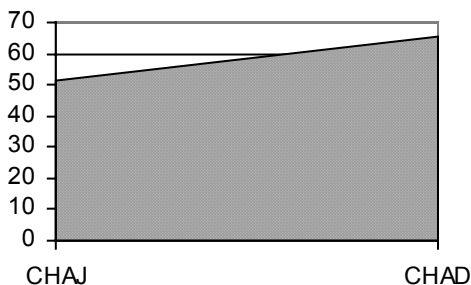
Następnie analizowano tak zwaną aktywność sieci. Składają się na nią: częstotliwość kontaktów osobistych, czas trwania spotkań, częstość rozmów telefonicznych oraz podejmowanie, lub nie, kontaktów drogą korespondencyjną. Wszyscy pacjenci z większością osób należących do ich sieci społecznych widywali się co najmniej raz w miesiącu (przy czym rzadziej niż raz w tygodniu), najrzadszym rodzajem spotkań były spotkania codzienne. Z większością członków sieci przeważająca część badanych kontakty telefoniczne podejmowała rzadziej niż raz w miesiącu, kontakty codzienne również tutaj były najrzadsze. Pacjenci z rozpoznaną CHAD rzadziej rozmawiali telefonicznie, częściej natomiast kontaktowali się listownie (różnica nieistotna statystycznie). Wśród pacjentów CHAJ dominowały spotkania krótsze (jedno-, dwugodzinne), pacjenci CHAD jednorazowo więcej czasu spędzali z członkami sieci (ponad 5 godzin). Najrzadsze w obydwu grupach były spotkania kilkuminutowe. Porównywano również dane dotyczące tak zwanego wieku sieci. Pacjenci z rozpoznaną CHAD częściej, w stosunku do grupy pacjentów z rozpoznaną CHAJ, mieli systemy pośrednie (czyli takie, w których większość związków jest krótsza niż 10 lat, a dłuższa niż rok). Różnica ta była istotna statystycznie. Przy czym w obydwu grupach przeważającym systemem był system stary (czyli taki, w których większość związków jest dłuższa niż 10 lat), zwłaszcza po uwzględnieniu nie tylko sieci pozarodzinnej, lecz również członków rodzin (tabela 1).

Tabela 1. Aktywność sieci i wiek sieci pozarodzinnej (współczynniki p)

Spotkania osobiste ©	0,211	Spotkania osobiste ®	0,144
Rozmowy telefoniczne ©	0,039	Rozmowy telefoniczne ®	0,548
Długość spotkań osobistych ©	0,657	Długość spotkań osobistych ®	0,133
Korespondencja	0,171	Wiek sieci pozarodzinnej	0,003

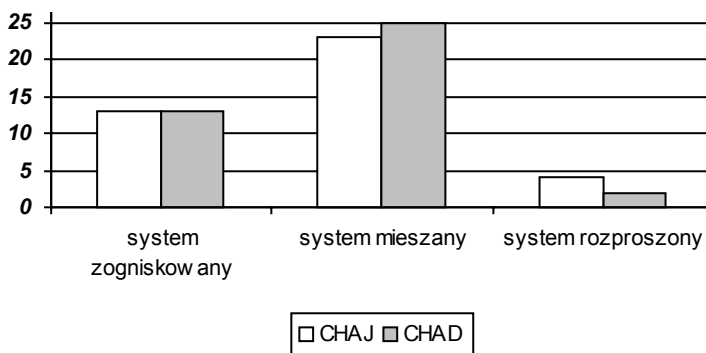
© według najczęstszych ® według najrzadszych

Zwrócono uwagę na procentowe wykorzystanie osób – wymienianych przez badanych jako członków sieci – jako źródła wsparcia. W analizie uwzględniono osoby, które pełnią przynajmniej jedną funkcję wspierającą, niezależnie od całkowitej liczby funkcji przez nie pełnionych. Pacjenci z rozpoznaną CHAJ wykorzystywali jako źródło wsparcia mniej osób (49,5% do 66%). Różnica była istotna statystycznie (wykres 2).



Wykres 2. Wykorzystanie członków sieci jako źródła wsparcia (na osi pionowej przedstawiono wartości procentowe) ($p < 0,05$)

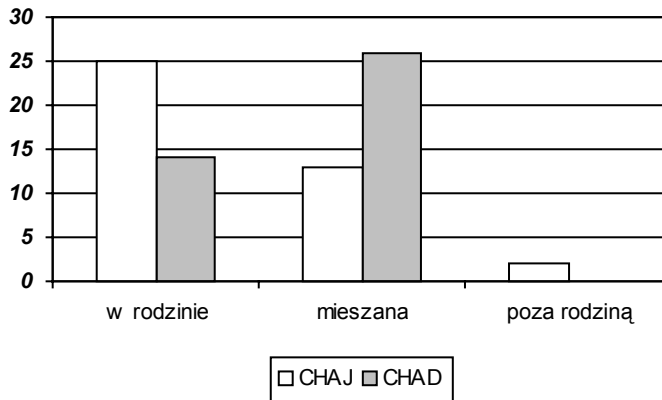
W następnej kolejności analizowano poszczególne typy sieci społecznych. W obydwu grupach przeważały systemy mieszane; równie często występowały systemy zogniskowane, czyli takie, w których jedna lub dwie osoby (w przypadku systemów dużych) skupiają na sobie większość funkcji sieci. Systemy rozproszone, gdy różnice w liczbie pełnionych funkcji pomiędzy osobami wspierającymi nie przekraczają dwóch, należały do rzadkości (wykres 3).



Wykres 3. Typ systemu oparcia (różnice nieistotne statystycznie). Na osi pionowej przedstawiono liczbę badanych osób posiadających system danego typu

Porównano również tak zwaną lokalizację oparcia, czyli źródło, z którego badany czerpie najwięcej wsparcia. W systemie zlokalizowanym w rodzinie lub poza nią, źródło to zapewnia ponad 75% wsparcia. Systemy nie spełniające powyższego kryterium określane są jako mieszane. Pacjenci z rozpoznaną CHAD mieli pod tym względem w przewadze systemy mieszane, natomiast pacjenci z rozpoznaną CHAJ często większość otrzymywanego wsparcia czerpali od członków swoich rodzin. Systemy, w których więk-

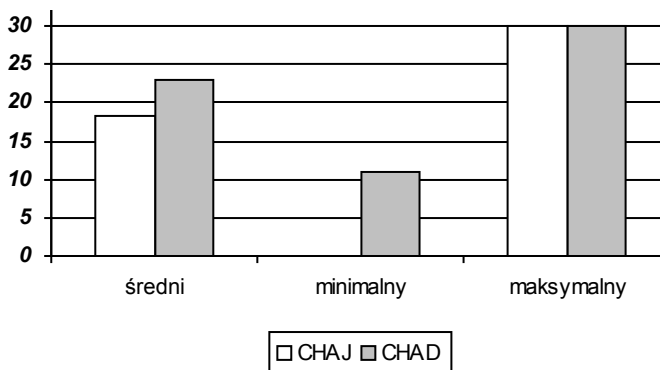
szość funkcji podtrzymania pochodzi z sieci pozarodzinnej, były pojedyncze (pacjenci CHAJ), lub nie występowały w ogóle (pacjenci CHAD) (wykres 4).



Wykres 4. Lokalizacja systemu oparcia ($p = 0,009$).

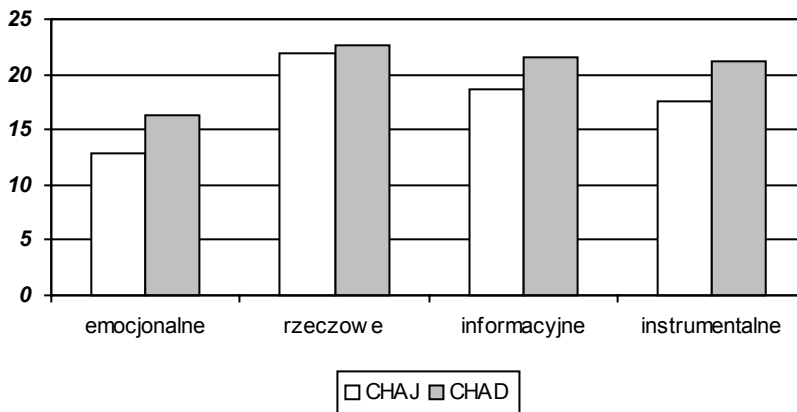
Na osi pionowej przedstawiono liczbę badanych osób posiadających system danego typu

Przy próbie dokonania oceny źródeł oraz poziomu otrzymywanego wsparcia ważnym elementem był wskaźnik poziomu podtrzymania. Jest on uważany przez autorów kwestionariusza za globalną miarę własności podtrzymujących systemu wsparcia. Uwzględnia liczbę funkcji sieci pełnionych w danym systemie, stopień, w jakim dana funkcja może być zastąpiona przez inne źródła, jest również czuły na różnice w znaczeniu poszczególnych funkcji. Wartość wskaźnika poziomu podtrzymania jest sumą punktów dodatnich i ujemnych i mieści się w przedziale od „-” 18 do „+” 30. W badanych grupach nie występowały ujemne wskaźniki poziomu podtrzymania, najniższy wynosił 0 (u pacjenta z grupy CHAJ). Wskaźniki wyliczone dla pacjentów z rozpoznaną CHAJ statystycznie istotnie różniły się od wskaźników pacjentów z rozpoznaną CHAD (wykres 5).



Wykres 5. Wskaźnik poziomu podtrzymania ($p = 0,009$)

Analizowano również dane, uzyskane za pomocą Skali Wsparcia Społecznego Cohena, dotyczące poziomu otrzymywanego, różnego rodzaju, wsparcia. Pacjenci z rozpoznaną CHAJ otrzymywali mniej wsparcia emocjonalnego, rzeczowego, informacyjnego i instrumentalnego niż pacjenci z rozpoznaną CHAD, jednak jedynie różnica dotycząca wsparcia emocjonalnego była istotna statystycznie (wykres 6).



Wykres 6. Rodzaje wsparcia ($p = 0,02$ dla wsparcia emocjonalnego, pozostałe różnice nieistotne statystycznie)

Omówienie wyników i dyskusja

W prezentowanej pracy podjęto próbę zbadania struktury i funkcjonowania sieci społecznych pacjentów z rozpoznanymi chorobami afektywnymi. Przy omawianiu wyników, dla lepszego zobrazowania uzyskanych danych, zostanie przeprowadzone porównanie z dostępnymi w literaturze szczegółowymi danymi, dotyczącymi sieci społecznych pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi.

Dokonując podziału sieci pod względem ich zakresu na małe, średnie i duże – sieci małe stwierdzano u pacjentów z rozpoznaną CHAJ statystycznie istotnie częściej. Różnica ta była nieistotna, biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę osób (w grupie z rozpoznaną CHAJ wymieniano tu średnio 17 osób, w grupie CHAD – 19). Porównując powyższe grupy stwierdzono również statystycznie istotną różnicę pomiędzy wielkościami sieci pozarodzinnych. Pacjenci z rozpoznaną CHAJ wymieniali średnio 7 osób, a z rozpoznaną CHAD – 9.

Dla porównania – Pattison i wsp. [10] badając chorych na schizofrenię stwierdzili, że ich sieci społeczne składają się średnio z 8 do 12 osób, a związki są często krótkotrwałe. Pacjenci ci jako osoby dla siebie ważne wymieniali często pielęgniarkę lub innego pacjenta, a pomijali wieloletnich przyjaciół lub rodzeństwo. Sieć społeczna neurotyków natomiast składała się przeciętnie z kilkunastu osób, a osób zdrowych – z 25 do 40.

Porównując badane grupy stwierdzono różnicę pod względem wieku sieci pozarodzinnej. W grupie pacjentów z rozpoznaną CHAD statystycznie istotnie częściej występowały systemy, w których większość znajomości w sieci pozarodzinnej trwała

krócej niż 10 lat (a dłużej niż rok). W drugiej grupie przeważały sieci, w których większość związków była ponaddziesięcioletnia. Przyczyny powyższego stwierdzenia mogą być różne – być może większa gotowość do zawierania nowych związków u pacjentów z rozpoznaną CHAD wynika z ich osobowości (syntonia czy ekstrawertyzm) – innej niż pacjentów z CHAJ (introwersja, smutek), a być może ze zwykle lepszej jakościowo remisji. Nie stwierdzono istotnych różnic w aktywności sieci. Najczęstszy model spotkań to wizyty przynajmniej raz w miesiącu, nie częściej jednak niż raz w tygodniu. U najmniejszej liczby badanych przeważały spotkania codzienne. Częste rozmowy telefoniczne należały do rzadkości. U pacjentów z rozpoznaną CHAD statystycznie istotnie częściej występowały systemy, w których z większością członków kontakty telefoniczne są rzadsze niż raz w miesiącu. Brak statystycznie istotnych różnic dotyczących czasu spędzanego ze znajomymi, choć ze szczegółowej analizy wynika, że pacjenci z grupy CHAD spędzają go więcej, oraz częstotliwości podejmowania kontaktów korespondencyjnych. Pomiedzy omawianymi grupami stwierdzono statystycznie istotną różnicę w wielkości systemu oparcia. Pacjenci z rozpoznaną CHAJ wymieniali średnio 8, a z rozpoznaną CHAD – 12 osób ze swojego otoczenia społecznego, które pełniły względem nich przynajmniej jedną z uwzględnionych przez autorów kwestionariusza funkcji wspierających. Pacjenci z rozpoznaną CHAD wykorzystywali jako źródło wsparcia średnio 66% spośród osób, które wymienili jako ważne dla siebie, podczas gdy osoby z rozpoznaną CHAJ jedynie 49,5%. Różnica ta była istotna statystycznie.

Zbigniew Bizoń i Ewa Bernstein [11], używając prezentowanego kwestionariusza, w przeprowadzonych przez siebie badaniach porównali dwie grupy. Jedną z nich, zwaną dalej Grupą S, stanowiły osoby z rozpoznaniem schizofrenii, drugą – zwaną Grupą W – pacjenci w wieku od 62 do 85 lat z różnymi rozpoznaniem psychiatrycznymi (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, zespoły organiczne). Badacze stwierdzili, że wielkość systemu oparcia w obydwu grupach wynosiła najczęściej od 4 do 6 osób. W Grupie W systemy te były średnio o 2 osoby większe. W Grupie S 44% pacjentów (24 osoby) miało małe systemy oparcia (poniżej 3 osób). Pacjenci ci wykorzystywali jako źródło wsparcia średnio od 47 do 54% osób z otoczenia społecznego. Wyników tych nie można oczywiście bezpośrednio porównywać z danymi uzyskanymi w prezentowanym badaniu ze względu na nieporównywalne warunki oraz kryteria doboru grup, można jednak dokonać próby wspólnej analizy. W grupie pacjentów z rozpoznaną CHAJ małe systemy oparcia stwierdzono jedynie u 7,5% badanych (3 osób), w grupie CHAD – u 5% (2 osób), mieli więc oni większe systemy oparcia. Pod względem typu systemu oparcia zarówno wśród pacjentów z rozpoznaną CHAJ, jak i w grupie pacjentów z rozpoznaną CHAD przeważały systemy mieszane. Z równą częstością w obydwu grupach występowały – najmniej korzystne – systemy zogniskowane (po 32,5%, czyli u w sumie u 26 osób).

W badaniach Bizona i Bernstein [11] systemy zogniskowane występowały u 20% badanych z Grupy S oraz u 39% z Grupy W. Autorzy podkreślali przy tym duże prognostyczne znaczenie tego wskaźnika, w aspekcie ryzyka ewentualnego załamania się systemu podtrzymania. Można zatem stwierdzić, że znaczna liczba pacjentów, zarówno z grupy z rozpoznaną CHAJ, jak i z rozpoznaną CHAD jest w niesprzyjających okolicznościach narażona na takie ryzyko. Pod względem lokalizacji oparcia

u pacjentów z rozpoznaną CHAJ przeważały systemy, w których większość wsparcia czerpana jest od członków rodziny (przy kryterium metodologicznym 75%), natomiast pacjenci z rozpoznaną CHAD mieli najczęściej systemy mieszane, charakterystyczne dla osób zdrowych. Różnica pomiędzy grupami była istotna statystycznie.

Dla porównania Bizoń i Bernstein [11] stwierdzili, że pacjenci z Grupy S (z rozpoznaniem schizofrenii) częściej w stosunku do pacjentów z Grupy W (w wieku powyżej 62 lat, niezależnie od diagnozy psychiatrycznej) czerpią wsparcie od członków swoich rodzin. Podobne wyniki uzyskał Tolsdorf [za: 13] stwierdzając, że otoczenie społeczne pacjentów z rozpoznaną schizofrenią jest ograniczone i zdominowane przez rodzinę. Natomiast Serretti i wsp. [14] stwierdzili w grupach pacjentów z rozpoznaną CHAJ lub CHAD porównywalne zaburzenia funkcjonowania sieci pozarodzinnej, natomiast w grupie drugiej dodatkowo relacji małżeńskiej. Autorzy ci cytują przy tym Bauwensa i wsp., którzy badając relacje małżeńskie, z zastosowaniem tego samego kwestionariusza (SAS – Social Adjustment Scale), uzyskali wyniki przeciwne, czyli gorsze dla pacjentów z grupy CHAJ (różnice te dotyczyły jednak jedynie problemów seksualnych), oraz Weissmana i wsp. – których wyniki dotyczące zaburzeń funkcjonowania sieci pozarodzinnej były zgodne z ich wynikami. Bauwens i wsp. [15] stwierdzili, że pacjenci z rozpoznaną CHAJ mają statystycznie istotnie mniej znajomych niż pacjenci z rozpoznaną CHAD, podkreślili przy tym, że mało jest doniesień porównujących te dwie grupy. Coryell i wsp. [za: 14] w badaniu prospektywnym stwierdzili znaczne zaburzenia funkcjonowania społecznego pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną także po latach od uzyskania pełnej remisji objawowej. Na tej podstawie oraz ze względu na dobór pacjentów do własnych badań (badanie kliniczne oraz Skala Depresji Hamiltona) Serretti wyciągnął wniosek, że zaburzeń tych nie należy wiązać z resztkowymi objawami zaburzeń nastroju [14]. Doi i Speer [za: 16] stwierdzili, że pacjenci z rozpoznaną CHAD otrzymują od swoich rodzin mniej wsparcia w stosunku do pacjentów z rozpoznaną CHAJ.

Kończąc omawianie danych uzyskanych za pomocą kwestionariusza Bizonia, dochodzimy do wskaźnika poziomu podtrzymania, uważanego przez autora za całkowitą miarę własności podtrzymujących systemu. Jak wspomniano powyżej, uwzględnia on liczbę funkcji sieci pełnionych w danym systemie, stopień, w jakim dana funkcja może być zastąpiona przez inne źródła, oraz jej znaczenie. W prezentowanym badaniu średnia wartość wskaźnika wynosiła u pacjentów z rozpoznaną CHAJ 18,35, a u pacjentów z rozpoznaną CHAD 23,05, przy wartościach minimalnych odpowiednio 0 i 11. Różnica pomiędzy średnimi była istotna statystycznie.

Bizoń i Bernstein [11] podają średnie wartości wskaźnika poziomu podtrzymania dla Grupy S – 5,2, a dla Grupy W – 10,2. Wykryli aż 23 przypadki ujemnej wartości wskaźnika, z czego 19 u pacjentów z Grupy S (czyli u 35% tej grupy). Jak stwierdzono, wartości takie zawsze świadczą o bardzo istotnych deficytach systemu oparcia. Przy pełnej świadomości niemożliwości bezpośredniego porównywania tych wyników, należy stwierdzić, że dane uzyskane w prezentowanym badaniu są w tym świetle optymistyczne. Pozwalają sądzić, że sieci społeczne pacjentów z rozpoznanymi chorobami afektywnymi lepiej, w stosunku do grup z badania Bizonia i Bernstein, wypełniają swe funkcje wspierające.

Pacjenci z rozpoznaną CHAJ otrzymują w stosunku do osób z rozpoznaną CHAD statystycznie istotnie mniej wsparcia emocjonalnego. Średnie wyniki testu wynosiły odpowiednio 12,85 i 16,37. Różnice dotyczące poziomu otrzymywanego wsparcia rzeczowego, informacyjnego i instrumentalnego nie były istotne statystycznie. Wynik ten jest zastanawiający w zestawieniu z danymi uzyskanymi na podstawie badania za pomocą kwestionariusza Otoczenia Społecznego Bizonia. Pierwszy nasuwający się wniosek pozwala widzieć pacjentów z grupy CHAD jako „samotnych w tłumie”. Pomimo posiadania rozbudowanej sieci, nie mają oni poczucia otrzymywania większego wsparcia. W stosunku do pacjentów z rozpoznaną CHAJ otrzymywali jedynie statystycznie istotnie więcej wsparcia emocjonalnego, przy czym jego wartości bezwzględne były najniższe. Świadczy to raczej o największym deficycie tego rodzaju wsparcia w obydwu grupach niż o wystarczającym jego poziomie w grupie CHAD. Ponadto dane te pośrednio podkreślają, że pacjenci z grupy CHAJ mają odczucie bardzo małego wsparcia emocjonalnego, skoro jest to jedyny rodzaj wsparcia różniący statystycznie istotnie badane grupy. Obserwacja ta budzi niepokój, ponieważ wsparcie emocjonalne jest uważane przez samych pacjentów za najważniejsze, mające największy wpływ na ich jakość życia. Również z danych z literatury wynika, że istotnie wpływa na przebieg i rokowanie w chorobach psychicznych.

Druga refleksja dotyczy określenia przez autorów wskaźnika poziomu podtrzymania jako globalnej miary własności podtrzymujących systemu. Wskaźnik ten w przypadku pacjentów z rozpoznaną CHAD nie okazał się czuły na deficyty wsparcia. Być może pacjenci odpowiadając na pytania zawarte w kwestionariuszu Cohena, które nie wymagają określania konkretnych osób pełniących daną funkcję, inaczej patrzyli na swoje życie w aspekcie otrzymywanego wsparcia niż w trakcie badania za pomocą kwestionariusza Bizonia. Przez wskazywanie tych konkretnych osób kwestionariusz Bizonia można uważać za próbę obiektywizacji własności wspierających systemu. Jednak wynik testu Cohena jest bardzo istotny, ponieważ największy wpływ na zdrowie psychiczne ma to, jak człowiek postrzega wsparcie, które otrzymuje, a nie to, jakie wydaje się ono przy takich czy innych próbach spojrzenia obiektywnego.

Wnioski

1. Pacjenci z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową mają mniejsze sieci społeczne i pozarodzinne niż pacjenci z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową.
2. Pacjenci z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową częściej niż pacjenci z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową zawierają nowe znajomości.
3. Aktywność sieci pacjentów jest porównywalna, systemy równie często są zogniskowane na jednej osobie.
4. Pacjenci z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową mają mniejsze systemy oparcia, wsparcie częściej czerpią od członków swoich rodzin oraz otrzymują mniej wsparcia emocjonalnego i wsparcia mierzonego za pomocą wskaźnika poziomu podtrzymania.

Możliwości leczenia farmakologicznego chorób afektywnych są coraz to nowsze i lepsze, rozwijają się również liczne szkoły terapeutyczne. Jak wspomniano we wstępie, w związku z odejściem od dualizmu, podziału na biologiczne i psychologiczne przyczyny depresji, pacjentom oferowane jest kompleksowe, wielopłaszczyznowe leczenie. Ciągłe poszukiwane są nowe pola oddziaływania – tu swoje miejsce znajduje między innymi badanie otoczenia społecznego pacjentów. Informacje uzyskane o sieci społecznej mogą być przydatne do planowania leczenia zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w trybie ambulatoryjnym. Pozwalają one na znalezienie osób znaczących, dających pacjentowi najwięcej wsparcia, a także na wykrycie deficytów, próby reorganizacji czy rekonstrukcji sieci. Pierwszym i z całą pewnością najważniejszym narzędziem badawczym jest obszerny, kompleksowy wywiad psychiatryczny, testy i kwestionariusze mogą jednak stanowić cenną pomoc i uzupełnienie. W świetle prezentowanych wyników w przypadku pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową najważniejsze wydaje się lepsze wykorzystanie istniejących źródeł wsparcia, w przypadku pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową – także tworzenie nowych. Kluby pacjentów lub grupy wsparcia mogą pomóc wyrwać ich z kręgu kontaktów jedynie rodzinnych. Ważne wydaje się również stworzenie członkom rodzin pacjentów miejsca, umożliwiającego podzielenie się swoimi trudnościami w byciu z osobą chorą. Jak wspomniano, często ciężarem wspierania obarczana jest jedna osoba. Powinna ona zostać wysłuchana, wsparta, z jednej strony zapewniona o swojej roli i niewątpliwym znaczeniu w procesie leczenia, z drugiej odbarczona przez alternatywne źródła wsparcia, zarówno w naturalnym środowisku chorego, jak i w środowisku terapeutycznym.

Сравнение общественной сети пациентов с одно- и двухполюсной аффективной болезнью

Содержание

Задание. Авторы провели исследования с анализом структуры общественной сети, а также форм и источников помощи, которую получают больные одно и двухполюсной аффективной болезнью.

Метод. Оценка сети проведена на основании Глоссария общественного окружения З. Бизоня и Шкалы общественной помощи Когэна.

Результаты. В ходе исследований обнаружено, что существуют различия в функционировании общественной сети пациентов, страдающих аффективными болезнями. Пациенты с однополюсной аффективной болезнью окружены меньшей сетью помощи как социальной, так и внесемейной. У пациентов с двухполюсной аффективной болезнью наблюдается большее количество систем, с превалирующими мимолетными знакомствами. С другой стороны, сравнительной оказалась активность сети. Пациенты с однополюсной аффективной болезнью используют, как источник помощи, меньшее число людей, указанных как членов сети с меньшими системами помощи. Системы пациентов часто локализируются на одном из лиц. Пациенты из группы с однополюсной аффективной болезнью, как правило, используют помощь членов семьи, вторая группа с этой точки зрения, использует различные системы. Общественные сети пациентов с однополюсной аффективной болезнью, несут им меньшую помощь, оцененной при помощи коэффициента уровня поддержки и эмоционального сочувствия.

Выводы. Информации, полученные при исследовании общественной сети пациента, могут быть пригодными для планирования лечения как в больничных, так и амбулаторных условиях лечения. Стабилизация отношений между больными и лицами, оказывающими помощь должна быть необходимой чертой участия в жизни больных наряду с фармако и психотерапией как комплексного лечения.

Vergleich der sozialen Netzwerke mit der affektiven einpoligen und zweipoligen Krankheit

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der beschriebenen Untersuchungen war die Analyse der Struktur und Arten des sozialen Netzwerkes und der Unterstützungsquellen, die die Patienten mit der affektiven einpoligen und zweipoligen Krankheit bekommen.

Methode. Die Netzwerke wurden nach dem Fragebogen der sozialen Umgebung von Bizo_ und nach der Skala der sozialen Unterstützung von Cohen beurteilt.

Ergebnisse. Es wurde festgestellt, dass es Unterschiede im Funktionieren der sozialen Netzwerke der Patienten mit diagnostizierten affektiven Krankheiten gibt. Die Patienten mit der diagnostizierten affektiven einpoligen Krankheit haben kleinere soziale Netzwerke und erweiterte Netzwerke. Bei den Patienten mit der affektiven zweipoligen Krankheit gibt es dagegen mehr Systeme mit den überwiegenden kürzeren Bekanntschaften. Vergleichbar ist die Aktivität der Netzwerkes. Die Patienten mit der diagnostizierten affektiven einpoligen Krankheit nutzen als Unterstützungsquelle eine kleinere Zahl der Personen, die als Familienmitglieder genannt werden, sie haben kleinere Unterstützungssysteme. Die Systeme der Patienten sammeln sich häufig um eine Person. Die Patienten aus dieser Gruppe schöpfen die meiste Unterstützung von den Familienmitgliedern, die andere Gruppe hat im Hinblick darauf gemischte Systeme. Die sozialen Netzwerke der Patienten mit der diagnostizierten affektiven einpoligen Krankheit bringen ihnen weniger Unterstützung, die mit Hilfe des Indexes des Unterstützungsniveaus und emotionalen Unterstützung gemessen wird.

Schlussfolgerungen. Die Informationen über das soziale Netzwerk des Patienten können bei der Planung der Behandlung brauchbar sein, sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Behandlung. Die Stabilisierung der unterstützenden Beziehungen soll ein Bestandteil der komplexen Behandlung bilden, neben Pharmako- und Psychotherapie.

La comparaison des réseaux sociaux des patients souffrant de la maladie affective unipolaire et des patients souffrant de la maladie affective bipolaire

Résumé

Objectif. Analyser les structures des réseaux sociaux ainsi que les types et les sources du support obtenu par les patients souffrant des maladies uni et bipolaires.

Méthode. Cette analyse est faite avec le questionnaire de Bizon et l'échelle de Cohen (ISEL).

Résultats. On constate qu'il existe une différence du fonctionnement des réseaux sociaux des patients souffrant des maladies affectives. Le réseau social des patients souffrant de la maladie affective unipolaire est petit tandis que celui des patients souffrant de la maladie affective bipolaire est plus large pourtant les interactions sont plus courtes. Les patients souffrant de la maladie unipolaire ont le système du soutien plus restreint, ils se contactent avec le nombre assez petit des personnes traitées comme source de soutien. Les systèmes du soutien de ces deux groupes de patients se concentrent souvent à une seule personne. Les patients du groupe unipolaire cherchent leur soutien en famille, ceux du groupe bipolaire ont le système mixte. Le système du groupe unipolaire donne aux patients le soutien assez faible, l'intensité de ce soutien est mesuré à l'aide de l'indice du niveau du soutien et du soutien émotif.

Conclusions. Les données touchant les réseaux sociaux du patient peuvent servir à planifier la thérapie à l'hôpital et hors lui. La stabilisation des relations du soutien doit constituer un élément constitutif, à côté de la pharmacothérapie et la psychothérapie, du traitement complexe.

Piśmiennictwo

1. Choenarom C, Williams RA, Hagerty BM. *The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression*. Arch. Psychiatr. Nurs. 2005; 19, 1: 18–29.
2. Robakowski J. *Neurobiologiczne aspekty teorii i praktyki psychoterapii*. Psychiatr. Pol. 2002; 36, 1: 1–15.
3. Jarema M, Koniecznyńska Z, Główny M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A. *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji*. Psychiatr. Pol. 1995; 29, 5: 641–654.
4. Sęk H. *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997, s. 143–158.
5. Dudek D. *Spostrzeganie relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego*. Praca doktorska. Kraków 1997.
6. Axer A, Bizoń Z. *Konstrukcja skali oparcia społecznego i zasady obliczania wskaźnika poziomu podtrzymania*. Maszynopis.
7. Axer A, Bizoń Z. *Wskaźniki użyte do charakterystyki społecznych systemów oparcia*. Maszynopis.
8. Bronowski P, Załuska M. *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie*. Psychiatr. Pol. 2005; 39, 2: 345–356.
9. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. *Zależność między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2001; 35, 1: 21–32.
10. Pattison M, Defrancisco D, Wood J, Crowder J. *The psychosocial kinship model for family therapy*. Am. J. Psychiatry 1975; 132: 1246–1251.
11. Bizoń Z, Bornstein E. *Spoleczne systemy podtrzymania u chorych na schizofrenię i chorych psychicznie w wieku podeszłym*. Maszynopis.
12. Walczewski K, Wojciechowska A. *Sieci społeczne pacjentów chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. Porównanie grupy objętej programem leczenia środowiskowego z grupą z indywidualnym programem leczenia*. Psychiatr. Pol. 1998; 32, 1: 59–68.
13. Axer A. *Spoleczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie*. Stud. Socjol. 1983; 91, 4: 199–223.
14. Serretti A, Cavallini M.C, Macciardi F, Namia C, Franchini L, Souery D, Lipp O, Bauwens F, Smeraldi E, Mendlewicz J. *Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders*. Eur. Psychiatry 1999; 14: 137–142.
15. Bauwens F, Tracy A, Pardoën D, Vander Elst M, Mendlewicz J. *Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients. A comparison with age and sex-matched controls*. Brit. J. Psychiatry 1991; 159: 239–244.
16. Beyer J.L, Kuchibhatla M, Looney C, Engstrom E, Cassidy F, Krishnan K.R. *Social support in elderly patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2003; 5, 1: 22–27.

Adres: Magdalena Poradowska-Trzos
Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 13.12.2006
Zrecenzowano: 29.01.2007
Przyjęto do druku: 15.05.2007