

## Sieci społeczne pacjentów depresyjnych

### Social networks of depressed patients

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 disease.

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

**Results.** In general, the networks of patients function worse than the networks of healthy people. Patients with unipolar disorder do not mention many people of their environment as significant or providing support. They devote less time to social life, are often isolated and lonely and restrict their interactions to family members. That is the group of people from which they obtain most of support, and all supportive functions often lie in one person. These patients have a sense of receiving a small amount of mainly emotional (self-esteem) but also appraisal, belonging and tangible support.

**Conclusion.** Stabilising supportive relations in different aspects of life should be one of the aims in the therapy both in hospitals and in outpatient departments. Surely that is one of the pathways which may at least to some degree alleviate the huge suffering caused by affective disorders.

*Słowa klucze:* choroba afektywna jednobiegunowa, sieć społeczna

*Key words:* depressive disorder, social support

Według definicji Axera sieć społeczna to pewna liczba osób, z którymi dany człowiek – centralna osoba sieci – utrzymuje kontakt [1, 2]. Sieć społeczna tym różni się od małej grupy społecznej, że nie wszyscy jej członkowie znają się [3]. Składa się ona z bliższej i dalszej rodziny, a także z osób niespokrewnionych, poznawanych w różnych miejscach i okolicznościach. Wszystkie one są dla danego człowieka ważne, choć powody tej ważności są różne. Osoby te są źródłem nie tylko bodźców pozytywnych – również i negatywnych – wsparcia, ale także obciążeń. Dlatego pojęć „sieć społeczna” i „sieć wsparcia społecznego” nie należy utożsamiać, gdyż jak wiadomo interakcje międzyludzkie nie zawsze wpływają na jednostkę pozytywnie. Jednym z plusów bycia częścią sieci społecznej jest posiadanie źródła wsparcia. Wsparcie w literaturze definiowane jest w różny sposób. Sarason definiuje je jako pomoc dostępną dla jednostki

w trudnych sytuacjach, Pommersbach jako konsekwencję przynależności człowieka do sieci społecznych, Gottlieb utożsamia wsparcie społeczne z zachowaniami pomocnymi. Caplan oraz Sarason definiują je jako zaspokojenie potrzeb człowieka (takich jak poczucie bezpieczeństwa, aprobaty i przynależności) przez osoby znaczące i grupy odniesienia [za: 4]. Wielu autorów próbuje wyróżnić poszczególne rodzaje wsparcia społecznego. Kahn i Antonucci rozumieją je jako dawanie poczucia emocjonalnej bliskości i opieki, informowanie o zasadności postępowania oraz poświęcanie swojego czasu, energii i pieniędzy innym ludziom; Caplan wyróżnił wsparcie instrumentalne (udzielanie rad, informowanie, pomoc materialna i rzeczowa) oraz socjoemocjonalne (empatia, akceptacja); w inny sposób wsparcie społeczne zostało scharakteryzowane przez Willsa (1985) – jako wsparcie podtrzymujące samoocenę, prestiżowe, informacyjne, instrumentalne, obcowanie społeczne i wsparcie motywacyjne [za: 5]. Według Heleny Sęk najczęściej wyróżnia się wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe (w zależności od tego, co jest podczas interakcji przekazywane i otrzymywane) [4]. Należy zwrócić uwagę na fakt, że poszczególne rodzaje wsparcia mogą mieć u różnych autorów taką samą nazwę, a inny zakres, lub odwrotnie – oznaczać to samo, a być inaczej nazwane. Na przykład Caplan jako wsparcie instrumentalne rozumie interakcje wspierające, które Wills umieszcza w dwóch kategoriach: informacyjnej i instrumentalnej. Podobne różnice dotyczą wsparcia emocjonalnego, motywacyjnego, podtrzymującego samoocenę. Uwzględnienie tego faktu ma duże znaczenie w interpretowaniu różnych danych i doniesień naukowych.

Celem pracy była analiza struktury sieci społecznych oraz rodzajów i źródeł wsparcia otrzymywanego przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających (choroby afektywnej jednobiegunowej).

### **Material i metoda**

W badaniu wzięli udział pacjenci (40 osób) objęci opieką w Ambulatorium Leczenia Chorób Afektywnych Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nawracających (choroby afektywnej jednobiegunowej). Rozpoznanie zostało postawione według kryteriów ICD-10, z uwzględnieniem kryterium zaproponowanego przez Perrisa (stwierdzenia co najmniej trzech faz depresyjnych przy braku faz maniакаlnych lub hipomaniакаlnych) [6]. Pacjenci zgłaszali się do ambulatorium na wizyty kontrolne i w momencie, gdy na podstawie badania klinicznego oraz testów diagnostycznych (Skala Depresji Hamiltona, Skala Depresji Becka oraz Skala Manii Younga) stwierdzano u nich remisję, byli proszeni o wyrażenie zgody na wzięcie udziału w badaniu. Sieć społeczną pacjentów oceniano za pomocą Kwestionariusza Otoczenia Społecznego Bizonia oraz Skali Wsparcia Społecznego Cohena. Grupę kontrolną stanowiły osoby nie leczone psychiatrycznie, dobrane pod względem płci i wieku (również 40 osób).

Kwestionariusz Otoczenia Społecznego Bizonia został opracowany w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Składa się z Mapy Otoczenia Społecznego, Listy Otoczenia Społecznego i Arkusza Zapisu Sytemu Oparcia. W użytej w badaniu drugiej poprawionej wersji kwestionariusza, nazywanej przez autorów wersją badawczą,

zostało wyróżnionych osiem obszarów otoczenia społecznego: osoby mieszkające wspólnie z badanym, najbliższa rodzina, inni krewni i powinowaci, koledzy z pracy, sąsiedzi, inni znajomi, terapeuci, inne osoby znaczące. W przypadku dwóch pierwszych obszarów badany jest w pewien sposób obligowany do wymienienia wszystkich osób spełniających dane kryterium, w pozostałych w sposób bardziej swobodny wymienia jedynie te osoby, które z jakichś powodów mają dla niego większe znaczenie niż inne. Mapa Otoczenia Społecznego w sposób graficzny obrazuje sieć społeczną. W dalszej części badania stanowi element ułatwiający pacjentowi odpowiedzi na zadawane pytania i strukturujący rozmowę. W następnej kolejności wypełniana jest Lista Otoczenia Społecznego – zadawane są pytania dotyczące czasu trwania związków z osobami poprzednio wymienionymi oraz ich intensywności, a także dostępności tych osób. Ostatnią część kwestionariusza stanowią pytania dotyczące poszczególnych rodzajów wsparcia. Służą one wyodrębnieniu osób pełniących poszczególne funkcje wspierające i równoczesnej eliminacji tych członków sieci, którzy nie są źródłem żadnego rodzaju wsparcia [7]. Kwestionariusz ten pozwala na dokonanie zarówno ilościowej, jak i jakościowej charakterystyki sieci społecznej na podstawie, między innymi, następujących wskaźników [2, 8, 9, 10]:

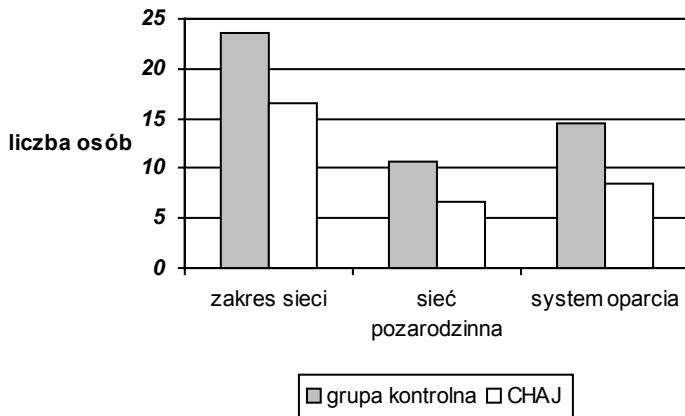
- zakresu sieci (wielkość otoczenia społecznego) – jest to liczba osób, z którymi badany utrzymuje kontakt;
- wielkości sieci pozarodzinnej – są to te z powyższych osób, które nie są z badanym spokrewnione;
- wieku sieci – określanego na podstawie długości związków w sieci;
- aktywności systemu podtrzymania – na jej obraz składają się częstość i czas trwania spotkań osobistych, podejmowanie kontaktów telefonicznych oraz korespondencyjnych;
- wielkości systemu oparcia (liczby źródeł wsparcia) – jest to liczba osób z otoczenia społecznego pacjenta, które pełnią w stosunku do niego funkcje podtrzymujące;
- zakresu podtrzymania – jest to liczba funkcji sieci w systemie danego pacjenta; nie zależy on od liczby osób pełniących daną funkcję;
- typu systemu oparcia – zależnego od rozkładu poszczególnych funkcji oparcia na członków sieci;
- lokalizacji oparcia – określanej na drodze stwierdzenia lub braku dominacji czerpania wsparcia ze źródeł rodzinnych lub pozarodzinnych;
- wskaźniku poziomu podtrzymania – uwzględniającego liczbę funkcji sieci w danym systemie oraz stopień, w jakim dana funkcja może być zastąpiona przez inne źródła; jest on również czuły na różnice w znaczeniu poszczególnych funkcji.

Skala Wsparcia Społecznego Cohena (ISEL – Interpersonal Support Evaluation List) jest jednym z nielicznych kwestionariuszy wyróżniających poszczególne rodzaje wsparcia. Ich kategorie są zbliżone do wskazanych przez Helenę Sęk [4]: wsparcie emocjonalne (stwarzające warunki do odreagowania negatywnych emocji, dające poczucie bezpieczeństwa, stabilizacji, wyciszenie, nadzieję i poczucie własnej wartości), informacyjne (rady, wskazówki, rozmowy pomocne w zrozumieniu położenia życiowego, przyczyn lub sensu różnych sytuacji), instrumentalne (możliwość współ-

nego działania, między innymi w rozwiązywaniu problemów), rzeczowe (pomoc materialna w codziennych obowiązkach, niespodziewanych sytuacjach oraz opieka). Analizę statystyczną wykonano na podstawie testów: U Manna–Whitneya, Kołmogorowa–Smirnowa,  $\chi^2$  Pearsona z poprawką Yatesa oraz dokładnego testu Fishera ( $20 < n < 40$ , liczebności oczekiwane  $< 5$ ). Testy uznawano za istotne statystycznie dla  $\alpha < 0,05$ .

### Wyniki badań

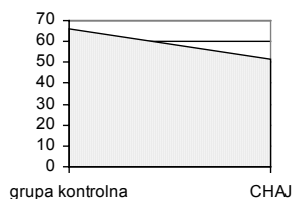
Oceniając strukturę i funkcjonowanie sieci społecznych pacjentów, w pierwszej kolejności zwrócono uwagę na zakres sieci społecznych, wielkości sieci pozarodzinnych oraz wielkość systemu oparcia. Analizie poddano sumę osób wymienianych w poszczególnych obszarach Mapy Otoczenia Społecznego. Różnice były istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ). Pod względem wszystkich powyższych parametrów pacjenci mieli mniejsze sieci niż grupa kontrolna (wykres 1).



Wykres 1. Zakres sieci społecznej, wielkość sieci pozarodzinnej i wielkość systemu oparcia ( $p < 0,001$ )

Zwrócono uwagę na procentowe wykorzystanie osób, wymienianych przez badanych na Mapie Otoczenia Społecznego 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 mniejszą liczbą osób, wymienianych przez siebie na Mapie Otoczenia Społecznego, w stosunku do grupy kontrolnej (wykres 2).

W następnej kolejności analizie poddano tak zwaną aktywność sieci. Zarówno pacjenci, jak i osoby z grupy kontrolnej 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 w obydwu grupach były spotkania codzienne. Z większością członków sieci przeważająca część badanych, z obydwu grup, kontakty telefoniczne podejmowała rzadziej niż raz w miesiącu, kontakty codzienne również tutaj były najrzadsze. Pod względem częstości kontaktów drogą korespondencyjną pacjenci z rozpoznaną CHAJ różnili się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej –



Wykres 2. Wykorzystanie osób wymienianych na Mapie Otoczenia Społecznego jako źródła wsparcia (na osi pionowej przedstawiono wartości procentowe) ( $p = 0,003$ )

podejmowali je rzadziej ( $p < 0,05$ ). Wracając do spotkań osobistych, wśród pacjentów z CHAJ dominowały spotkania krótsze (jedno-, dwugodzinne), osoby z grupy kontrolnej jednorazowo więcej czasu spędzały z członkami sieci (ponad 5 godzin). Tu również różnica pomiędzy grupą kontrolną a pacjentami była istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ). Najrzadsze w obydwu grupach były spotkania kilkuminutowe.

Porównano również tak zwany wiek sieci, który dotyczy podziału systemów na stare (w których większość osób badany zna ponad dziesięć lat), nowe (krócej niż rok) oraz pośrednie (rok do dziesięciu lat). W obydwu grupach przeważającym systemem był system stary, zwłaszcza po uwzględnieniu nie tylko sieci pozarodzinnej, lecz również członków rodzin.

W tabeli 1 przedstawiono współczynniki  $p$  uzyskane przy porównywaniu parametrów składających się na aktywność sieci oraz dotyczący wieku sieci.

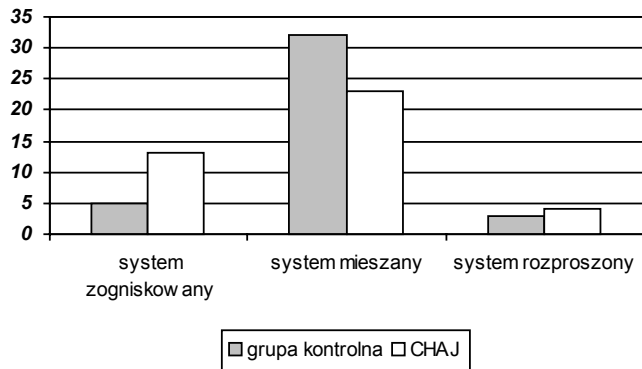
Tabela 1. Aktywność sieci i wiek sieci pozarodzinnej (współczynniki  $p$ )

Spotkania osobiste ©	0,472	Spotkania osobiste ®	0,818
Rozmowy telefoniczne ©	0,702	Rozmowy telefoniczne ®	0,947
Długość spotkań osobistych©	0,043	Długość spotkań osobistych®	0,056
Korespondencja	0,038	Wiek sieci pozarodzinnej	0,235

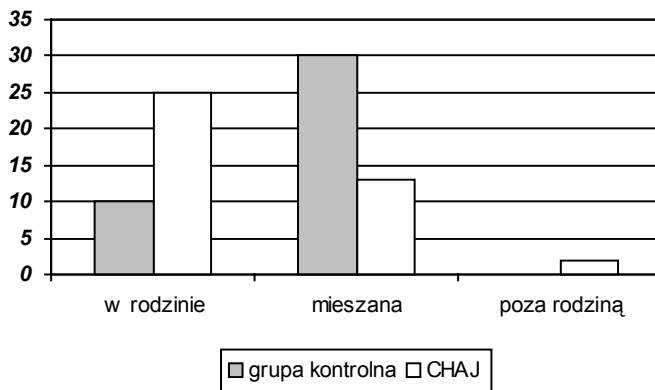
© według najczęstszych ® według najrzadszych

W następnej kolejności oceniono typy sieci społecznych. W obydwu grupach przeważały systemy mieszane, jednak pacjenci znacząco częściej mieli systemy zogniskowane, czyli takie, w których jedna lub dwie osoby (w przypadku systemów dużych) pełnią większość funkcji sieci ( $p < 0,05$ ). W obydwu grupach systemy rozproszone, w których różnice pomiędzy liczbą funkcji wspierających pełnionych przez poszczególne osoby nie przekraczają dwóch, należały do rzadkości (wykres 3).

Analizowano także lokalizację oparcia, czyli źródło, z którego badany czerpie najczęściej wsparcia. Kryterium zaliczenia systemu do zlokalizowanego w rodzinie lub poza nią było dostarczanie ponad 75% wsparcia, systemy pośrednie określono jako mieszane. Osoby z grupy kontrolnej miały pod tym względem w przewadze systemy mieszane, natomiast pacjenci z rozpoznaną CHAJ większość wsparcia czerpali od członków swoich rodzin. Różnica była istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ). Systemy, w których większość funkcji podtrzymania pochodziła z sieci pozarodzinnej, były pojedyncze (pacjenci CHAJ) lub nie występowały w ogóle (grupa kontrolna) (wykres 4).



Wykres 3. Typ systemu oparcia ( $p = 0,032$ ) przy podziale na systemy ogniskowane i inne  
Na osi pionowej przedstawiono liczbę badanych osób mających system danego typu

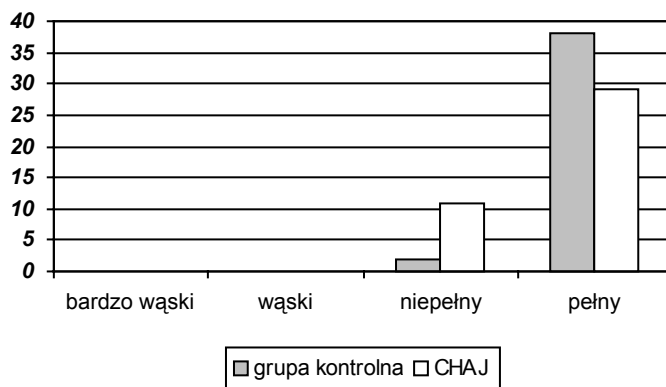


Wykres 4. Lokalizacja systemu oparcia ( $p < 0,001$ )  
Na osi pionowej przedstawiono liczbę badanych osób mających system danego typu

Następnie zwrócono uwagę na zakres podtrzymania, czyli liczbę funkcji sieci, które są pełnione w systemie badanego. Nikt z grupy pacjentów, ani z grupy kontrolnej, nie miał bardzo wąskiego lub wąskiego zakresu podtrzymania. U pacjentów z rozpoznaną CHAJ częściej występowały systemy niepełne, czyli przeciętne, choć najczęstszym systemem pod względem zakresu podtrzymania, w obydwu grupach, był system pełny, czyli szeroki. Różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,006$ ) (wykres 5).

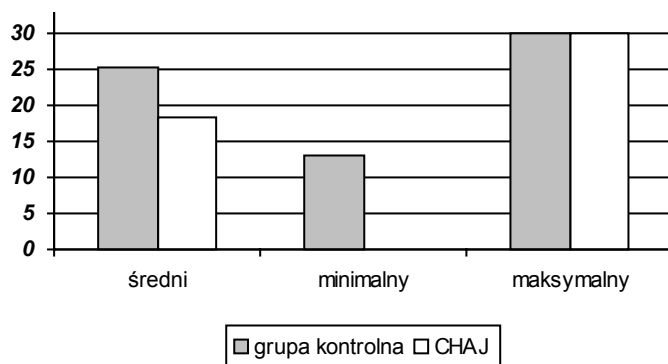
Przy próbie dokonania oceny źródeł oraz poziomu otrzymywanego wsparcia ważnym elementem był wskaźnik poziomu podtrzymania. Przez autorów kwestionariusza uważany jest on za globalną miarę własności podtrzymujących systemu wsparcia. Uwzględnia liczbę funkcji sieci pełnionych w danym systemie, stopień, w jakim dana funkcja może być zastąpiona przez inne źródła, jest również czuły na różnice w znaczeniu poszczególnych funkcji. Wartość wskaźnika poziomu podtrzymania jest algebraiczną sumą punktów dodatnich i ujemnych, mieści się w przedziale od „-” 18 do „+” 30. W badanej grupie nie występowały wskaźniki poziomu podtrzymania

o wartości ujemnej, najniższy uzyskany wskaźnik wynosił 0 – u pacjenta z grupy CHAJ. Wskaźniki wyliczane dla pacjentów z rozpoznaną CHAJ znacznie różniły się od wskaźników grupy kontrolnej ( $p < 0,001$ ) (wykres 6).



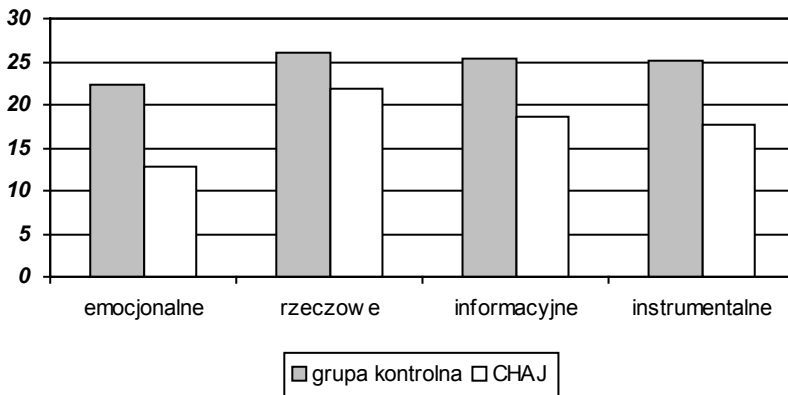
Wykres 5. Zakres podtrzymania ( $p = 0,006$ )

Na osi pionowej przedstawiono liczbę badanych osób mających system o danym zakresie podtrzymania



Wykres 6. Wskaźnik poziomu podtrzymania ( $p < 0,001$ )

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 osoby z grupy kontrolnej. Największy deficyt dotyczył wsparcia emocjonalnego (wykres 7).



Wykres 7. Rodzaje wsparcia ( $p \ll 0,001$  oprócz wsparcia rzeczowego, gdzie  $p = 0,004$ )

### Omówienie wyników i dyskusja

W prezentowanej pracy podjęto próbę zbadania struktury i funkcjonowania sieci społecznych pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową. Stwierdzono statystycznie istotną różnicę zakresów sieci i wielkości sieci pozarodzinnych pomiędzy pacjentami z rozpoznaną CHAJ a grupą kontrolną. Pacjenci wymieniali średnio odpowiednio 17 i 7 osób, osoby zdrowe 24 i 11. Można zatem stwierdzić, że pacjenci z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową mają, w stosunku do grupy kontrolnej, mniej rozbudowane sieci społeczne, spotykają się z mniejszą liczbą osób lub mniej osób ze swojego środowiska uważają za ważne dla siebie, z mniejszej więc liczby osób rekrutują się osoby wspierające. Nie stwierdzono różnic pod względem wieku sieci – w obydwu grupach przeważały systemy stare, czyli złożone z osób, z którymi znajomość trwa ponad 10 lat, a najmniej było związków najkrótszych, czyli niespełna rocznych. Być może stało się tak dlatego, że badani byli średnio w wieku ponad 45 lat i za ważniejsze uznawali długie, ponad 10-letnie związki, a czas trwania związku poniżej roku nie był dla nich wystarczający do stwierdzenia jego istotności. Porównując aktywność sieci stwierdzono, że najwięcej osób w obu grupach jako najczęstszy model spotkań podaje wzajemne wizyty przynajmniej raz w miesiącu, nie częściej jednak niż raz w tygodniu. U najmniejszej liczby badanych przeważają spotkania codzienne. Częste rozmowy telefoniczne należą również do rzadkości. Różnice dotyczą czasu spędzanego ze znajomymi – podczas gdy osoby z grupy kontrolnej na jedno spotkanie najczęściej poświęcają ponad pięć godzin, pacjenci z rozpoznaną CHAJ jedynie jedną do dwóch. Różnice te były istotne statystycznie. Osoby zdrowe spędzają więc w stosunku do tej grupy pacjentów sumarycznie więcej czasu z członkami swoich sieci, ponieważ, po pierwsze, mają bardziej rozbudowane sieci, a po drugie – na jedno spotkanie poświęcają więcej czasu. Również znacząco częściej podejmują w sieci kontakty korespondencyjne.

Podobne wyniki uzyskał Silberfield [za: 3], który stwierdził, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi mają w stosunku do osób zdrowych mniejsze sieci społeczne, a ponadto na spotkania z osobami dla siebie znaczącymi poświęcają mniej czasu.



Średnio około 8 osób z otoczenia społecznego pacjentów z rozpoznaną CHAJ pełniło względem nich przynajmniej jedną, z uwzględnionych przez autorów kwestionariusza, funkcję wspierającą. W grupie kontrolnej było to około 14 osób. Różnica ta była istotna statystycznie. Interesującym spostrzeżeniem jest fakt, że pacjenci z rozpoznaną CHAJ wykorzystują jako źródło wsparcia mniej niż 50% osób, które wymienili na Mapie Otoczenia Społecznego jako ważne dla siebie; porównując – grupa kontrolna ponad 60%. Wynika z tego, że nie dość, że mają oni mniejsze sieci społeczne, czyli potencjalnie mniej osób może stanowić dla nich źródło wsparcia, to jeszcze w mniejszym stopniu czerpią z zasobów, które mogłyby być dla nich dostępne. Nie jest zaskoczeniem następnym stwierdzony fakt, że pacjenci z rozpoznaną CHAJ znacząco częściej mieli niepełny zakres podtrzymania, czyli w ich systemach nie były pełnione wszystkie funkcje sieci. Pocięszające jest, że u żadnego pacjenta nie stwierdzono wąskiego lub wybiórczego zakresu podtrzymania. Pod względem typu systemu oparcia w obydwu omawianych grupach przeważały systemy mieszane, czyli takie, w których funkcje podtrzymujące nie są ani skupione w rękach jednej osoby czy dwóch, ani nadmiernie rozproszone. Systemy te uważane są za najkorzystniejsze. Systemy, w których większość lub wszystkie funkcje wspierające pełni jedna osoba, są zagrożone totalnym roz biciem w razie jej utraty (z różnych przyczyn i w różnych okolicznościach). W przypadkach uznawanych za systemy zogniskowane zwykle jedna osoba pełni wszystkie wymienione w kwestionariuszu funkcje, natomiast pozostałe osoby dają minimalne wsparcie (różnica między nimi a główną osobą wspierającą zwykle znacznie przekracza wymagane metodologicznie trzy funkcje). Jedna, główna, osoba wspierająca (na przykład współmałżonek czy przyjaciel) nie zawsze tworzy zogniskowany system oparcia. W systemach mieszanych nie uderza ta dysproporcja – oprócz głównej osoby wspierającej są inne, które również pełnią liczne funkcje, a więc mogą ją zastąpić. Szerzej problem ten zostanie przedstawiony przy opisie wskaźnika poziomu podtrzymania. Systemy rozproszone również nie są uważane za korzystne. Osoby mające takie systemy muszą mieć poczucie chaosu i miotania się, a także braku bezpieczeństwa. Obecność osób, które pełnią niewielką liczbę funkcji, często jedną, i do których zwraca się w konkretnej sytuacji lub potrzebie jest oczywiście dopuszczalna, a nawet pożądana również w systemach mieszanych, nie tworzą one jednak w przeciwieństwie do sieci rozproszonych całego systemu. Według danych z literatury systemy rozproszone często występują u osób chorujących na zaburzenia nerwicowe [1, 2]. W analizie, po dokonaniu podziału sieci społecznych pod względem ich typu na zogniskowane i inne (czyli mieszane lub rozproszone), u pacjentów z rozpoznaną CHAJ statystycznie istotnie częściej stwierdzono te pierwsze. Pod względem lokalizacji oparcia, u pacjentów z rozpoznaną CHAJ przeważały systemy, w których większość wsparcia czerpana jest od członków rodziny. Osoby z grupy kontrolnej miały najczęściej systemy mieszane, które uważane są za charakterystyczne dla osób zdrowych [1, 2]. Interesujące jest stwierdzenie u dwóch pacjentów lokalizacji oparcia pozarodzinne go, które uznawane jest również za mniej korzystne niż mieszane. Systemy takie nie wystąpiły w grupie kontrolnej. Przy omawianiu typu systemu oparcia zwrócono uwagę, że nie jest najistotniejsze, czy jedna osoba ogniskuje na sobie większość lub wszystkie funkcje sieci, lecz to, czy istnieją osoby, które w razie potrzeby mogą tę funkcję

przejąć. Między innymi mówi o tym wskaźnik poziomu podtrzymania. Jego ujemne wartości (przy zakresie od „-”18 do „+”30) są uważane przez autorów kwestionariusza za alarmujące, ponieważ świadczą o bardzo dużych deficytach wsparcia. W prezentowanym badaniu najniższą wartość wskaźnika uzyskano u pacjenta z rozpoznaną CHAJ; wyniósł on 0. Średnia wartość w tej grupie wynosiła 18,35, w grupie kontrolnej zaś 25,20. Różnica ta była istotna statystycznie ( $p = 0,0001$ ) i stosunkowo duża, zwłaszcza biorąc pod uwagę znaczenie tego parametru. Warto w tym miejscu przypomnieć, że uwzględnia on liczbę funkcji sieci pełnionych w danym systemie (zakres podtrzymania), stopień, w jakim dana funkcja może być zastąpiona przez inne źródła, oraz jest czuły na różnice w znaczeniu poszczególnych funkcji. Pacjenci z rozpoznaną CHAJ otrzymują w stosunku do grupy kontrolnej statystycznie istotnie ( $p \ll 0,001$ ) mniej wsparcia emocjonalnego, rzeczowego, informacyjnego i instrumentalnego. Największa różnica obserwowana jest w przypadku wsparcia emocjonalnego (średnie wyniki testu 12,85 do 22,3), najmniejsza – rzeczowego (średnie wyniki testu 21,9 do 26,07). Pacjenci mogą czuć się przez to osamotnieni, mniej bezpieczni, pozostawieni samym sobie w kłopotach i z trudnościami. Być może nie rozumieją tego, co się wokół nich dzieje, ponieważ brakuje im kogoś, kto pomógłby im to zrozumieć. Być może jednak dla ich otoczenia próba wyjaśnienia biegu rzeczy jest zbyt trudna.

Pattison, de Francisco i Wood [za: 11] w 1975 roku, jako jedni z pierwszych, porównali wielkość sieci społecznych pacjentów depresyjnych i osób zdrowych. Stwierdzili, że ci pierwsi wymieniali średnio 10 do 12 osób jako członków swojej sieci społecznej, a drudzy odpowiednio 20 do 30. Serretti i wsp. [12], badając przystosowanie społeczne pacjentów z rozpoznaną CHAJ w remisji objawowej (za pomocą skali SAS – Socjal Adjustment Scale), stwierdzili zaburzenia funkcjonowania w zakresie sieci pozarodzinnej i wykorzystywania wolnego czasu. Jednak Daskalopoulou i wsp. [13], używając tego samego testu, nie stwierdzili żadnych statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami. Bauwens i wsp. [14] piszą, że pacjenci z rozpoznaną CHAJ mają mniej znajomych niż osoby zdrowe. W dużych badaniach populacyjnych, dotyczących nastolatków, Klein, Lewinsohn i Seeley [15] stwierdzili u osób, które w przeszłości miały rozpoznawaną dystymię, mniejszą liczbę przyjaciół, rzadsze z nimi spotkania, mniejszy poziom otrzymywanego wsparcia.

## Wnioski

1. Struktura sieci społecznych pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegową różni się od struktury sieci osób zdrowych. Pacjenci mają mniej rozbudowane sieci społeczne oraz mniejsze sieci pozarodzinne.
2. Sieci społeczne pacjentów różnią się od sieci osób zdrowych aktywnością. Pacjenci mniej czasu spędzają ze znajomymi, rzadziej podejmują korespondencyjne formy kontaktu.
3. Funkcjonowanie sieci społecznych pacjentów różni się od funkcjonowania sieci osób zdrowych. Mniej osób będących członkami sieci jest dla pacjentów źródłem wsparcia. Pacjenci mają często niepełny zakres podtrzymania, a większość wsparcia czerpią od osób będących członkami ich rodzin. Systemy wsparcia pacjentów

z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową są częściej zogniskowane na jednej osobie. Otrzymują oni mniej wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego oraz mierzonego za pomocą wskaźnika poziomu podtrzymania.

Dla kompleksowego leczenia chorób afektywnych, obok farmakoterapii i różnego rodzaju psychoterapii, cenne wydaje się poznanie struktury i sposobu funkcjonowania sieci społecznych pacjentów. Jednym z celów terapeutycznych, zarówno w szpitalu, jak i w warunkach ambulatoryjnych, powinno być ustabilizowanie relacji wspierających, w różnych obszarach życia. Jest to z pewnością jedna z dróg, dzięki której można choćby nieznacznie zmniejszyć ogromne cierpienie, jakie niosą za sobą choroby afektywne.

### Общественные сети депрессивных больных

#### Содержание

**Задание.** Заданием проведенных исследований был анализ структуры общественной сети, типов и источников поддержки для пациентов с диагнозом однополюсной аффективной болезни.

**Метод.** Оценка общественной сети проведена на основании Глоссария общественного окружения по З. Бйзоню и Шкалы общественной помощи Коэна.

**Результаты.** Сети пациентов функционируют, как правило, хуже чем у здоровых людей. Больные редко указывают на людей своего окружения как на важных для них, несущих им помощь и поддержку. Немного времени уделяют на совместные встречи, часто изолированы и одиноки, пребывают, чаще всего, среди своей семьи. Именно от семьи ожидают помощи, а все поддерживающие функции часто концентрируются на одном лице. Эти пациенты оценивают себя на очень низком уровне, которые получают поддержку как эмоциональную, так и инструментальную, а также вещественную.

**Выводы.** Одним из терапевтических заданий как в больнице, так и в амбулаторном лечении, должно быть стабилизирование отношений поддержки общественной среды. Это совершенно необходимо, так как благодаря помощи и поддержки можно, хотя бы незначительно, сгладить огромные терпение, какие несут с собой аффективные болезни.

### Soziales Netzwerk der depressionskranken Patienten

#### 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 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.** Die Netzwerke der Patienten funktionieren im Allgemeinen schlechter als die der gesunden Personen. Die Kranken nennen nicht viele Personen von ihrer Umgebung als wichtig für sich selbst und als Unterstützungsquelle. Sie widmen weniger Zeit für Gesellschaftstreffen, sind oft isoliert, allein, wenden sich nur im Familienkreis. Von der Familie bekommen sie die meiste Unterstützung, und alle unterstützenden Funktionen sammeln sich um eine Person. Diese Patienten fühlen das niedrige Niveau der erhaltenen Unterstützung, hauptsächlich der emotionellen, aber auch informativen, instrumentiellen und sachlichen Unterstützung.

**Schlussfolgerungen.** Eins der therapeutischen Ziele, sowohl im Krankenhaus als auch bei der ambulanten Behandlung, soll die Stabilisierung der unterstützenden Beziehungen in verschiedenen

Lebensbereichen sein. Es ist sicher einer der Wege, dank diesem man mindestens den großen Leid verringern kann, den die affektiven Krankheiten mit sich bringen.

### Les réseaux sociaux des patients dépressifs

#### Résumé

**Objectif.** Analyser la structure des réseaux sociaux ainsi que des types et sources du soutien obtenu par les patients souffrant de la maladie affective unipolaire.

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

**Résultats.** En général les réseaux sociaux des patients fonctionnent pire que ceux des personnes saines. Les patients souffrant de la maladie affective unipolaire ne mentionnent pas de plusieurs personnes de leur milieu qui sont pour eux la source de soutien et qui ont de l'importance pour eux. Ces patients sont aussi plus isolés, solitaires, ils ne fréquentent pas le monde, leurs relations sociales se limitent à leur famille. C'est la famille qui leur donne le soutien et toutes les fonctions de soutien se concentrent à une seule personne. Ces patients ont le sens très abaissé du soutien, principalement émotif, mais aussi matériel, informatif ou instrumental.

**Conclusions.** La stabilisation des relations du soutien dans de différents aspects de la vie doit être un des effets thérapeutiques pendant l'hospitalisation et pendant les thérapies hors l'hôpital. C'est sûrement une méthode qui peut causer la diminution des souffrances apportées par les maladies affectives.

#### Piśmiennictwo

1. 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.
2. 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.
3. Axer A. *Spoleczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie.* Studia Socjol. 1983; 91, 4: 199–223.
4. Sęk H. *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu.* W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej.* Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997, s. 143–158.
5. Pommersbach J. *Wsparcie społeczne a choroba.* Przegl. Psychol. 1988; 31, 2: 503–525.
6. Dudek D. *Spostrzeganie relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego.* Praca doktorska. Kraków 1997.
7. Ostrowska M. *Opis kwestionariusza otoczenia – oparcia społecznego (wersja badawcza).* Maszynopis.
8. Axer A, Bizoń Z. *Konstrukcja skali oparcia społecznego i zasady obliczania wskaźnika poziomu podtrzymania.* Maszynopis.
9. Axer A, Bizoń Z. *Wskaźniki użyte do charakterystyki społecznych systemów oparcia.* Maszynopis.
10. Bronowski P, Załuska M. *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie.* Psychiatr. Pol. 2005; 39, 2: 345–356.
11. Zięba A, Dudek D, Jawor M. *Refleksje na temat roli czynników społecznych i rodzinnych w depresji endogennej.* Lęk Depr. 1996; 1, 4: 313–324.
12. 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.

13. Daskalopoulou E.G, Dikeos D.G, Papadimitriou G.N, Souery D, Blairy S, Massat I, Mendlewicz J, Stefanis C.N. *Self-esteem, social adjustment and suicidality in affective disorders*. Eur. Psychiatry 2002; 17: 265–271.
14. 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.
15. Klein DN, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Psychosocial characteristics of adolescents with a past history of dysthymic disorder: comparison with adolescents with past histories of major depressive and non affective disorders, and never mentally ill controls*. J. Affect. Disord. 1997; 42: 127–135.

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

Otrzymano: 13.12.2006  
Zrecenzowano: 29.01.2007  
Przyjęto do druku: 15.05.2007