

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМ. В.М. БЕХЕТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

МАКАРЕВИЧ ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И СЕМЬЯ БОЛЬНОГО**
(клинико-динамические, клинические и социально-психологические параметры)

Диссертация на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

3.1.17. – Психиатрия и наркология

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Наталия Борисовна Лутова

Санкт-Петербург

2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	10
Проблема приверженности лечению	
в психиатрии и факторы, определяющие его	10
Особенности фармакотерапии и комплаенс	12
Параметры пациентов и комплаенс	13
Терапевтические отношения врач-пациент	
и комплаенс	18
Семья и комплаенс	20
Значимость семейного окружения больных шизофренией	23
Преморбидные особенности семьи и их участие	
в формировании болезненной симптоматики	29
Семья в условиях развития заболевания	32
Больной и семья	34
Бремя семьи	35
Психологическое и соматическое здоровье у опекунов	41
Качество жизни опекающих лиц	43
Эмоциональное выгорание родственников	43
Проблема стигмы семьи и пациента	45
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	56
Материалы исследования	58
Методы исследования	59
Методы статистической обработки	66
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ	67

Изучение структуры и интенсивности комплаентности пациентов	67
Валидизация опросника обременённости опекающего лица Зарит (Zarit Burden Interview — ZBI)	77
Оценка параметры семьи пациентов с РШС (социо-демографические, психопатологические, социо-психологические)	82
Изучение влияния характеристик опекающих лиц на медикаментозный комплаенс пациентов с РШС, выделение предикторов приверженности лечению	93
Изучение влияния параметров больных с РШС и опекающих их лиц на семейную обременённость с выделением предикторов её интенсивности	106
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ	135
ВЫВОДЫ	142
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	143
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	144
СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ, СИМВОЛОВ, СОКРАЩЕНИЙ	145
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	146
ПРИЛОЖЕНИЯ	191

Введение

Актуальность темы диссертации.

Приверженность больному лечению, являясь значительной проблемой в медицине в целом, имеет особую актуальность в психиатрии (Данилов Д.С., 2008; Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. и др., 2022). Медикаментозный комплаенс психически больных обусловлен множеством разнообразных параметров: хроническим течением психических расстройств, необходимостью длительного и точного выполнения врачебных рекомендаций, (Аведисова А.С., Бородин В.И., 2005) и множеством неморбидных факторов (личностно-психологических и семейных параметров, характером контакта с врачом и др.). Нарушение пациентом приверженности приему лекарств приводит к многообразным тяжелым последствиям, проявляющимся на микро- и макросоциальном уровнях. На микросоциальном уровне это проявляется в учащении обострений и госпитализаций, ухудшении уровня психосоциальной адаптации, возрастании риска суицида и инвалидизации пациентов (Швец К.Н., Хамская И.С., 2019; Иванова Л. А., 2020; Kessler R.C. et al., 2005), а также в усилении обременённости, ухудшении качества жизни и здоровья лиц, опекающих пациента (Саqueo-Urizar A. et al., 2017). Макросоциальные последствия связаны с экономическими потерями общества в связи с повышением прямых и косвенных расходов на лечение (Любов Е.Б. и др., 2012). Среди многочисленных причин нарушений приверженности больному врачебным рекомендациям семье пациента отводится особая роль, связанная и с формированием установок на лечение (Алиева Л.М., Солохина Т.А., 2020; Lia J. et al., 2021), и с типом отношения близкого окружения к медикации (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2010) и с эмоциональным климатом в семье (Hanzawa S. et al., 2013).

В то же время вовлечение семьи больного и значимых для него лиц в процесс сопровождения лечения считается важным аспектом качественной клинической практики (The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 2021), поскольку близкие пациента являются источником информации о развитии и проявлениях психического расстройства, что важно для диагностики заболевания, участвуют в организации контактов пациента с психиатрической службой и в уходе за больным. Благодаря конструктивной вовлечённости родственников в сопровождение лечения модерируется выраженность психопатологической симптоматики, частота обострений и госпитализаций (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009, 2010; Cutting L., Docherty N., 2000; Docherty N., Peterson E., 2004; Hanzawa S. et al., 2013; Dominguez-Martinez T. et al., 2017; McDonagh M.S. et al., 2017).

Однако успешность реализации продуктивного вовлечения родственников в процесс лечения и влияния на приверженность больного терапии в значительной степени осложняется дистрессом семьи на факт заболевания, увеличением нагрузки, что приводит к формированию субъективного и объективного «семейного бремени» («семейной обременённости») (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007; Grandón P. et al., 2008). В литературе описан ряд факторов, влияющих на интенсивность и структуру семейного бремени: этнические и культуральные особенности, позиция близких относительно пациента, беспокойство из-за вероятного неблагоприятного прогноза, характер социальной поддержки семьи, специфика семейного совладающего поведения и отсутствие включённости членов семьи в психосоциальные программы (Саqueo-Urizar A. et al., 2014; Neeli Uma Yothi et al., 2015), приводящие к переживанию тревоги, напряжения, ухудшению здоровья и качества жизни родственников больного (Саqueo-Urizar A. et al., 2012). В свою очередь, негативные эмоциональные реакции близких пациента на факт болезни могут прямо или опосредованно (за счёт изменения комплаентности пациента) влиять на течение

заболевания (Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, 2010; Dominguez-Martinez T. et al., 2017), создавая «порочный круг».

Степень разработанности темы исследования.

В настоящее время исследователями рассмотрены и описаны распространенность нарушений медикаментозного комплаенса (World Health Organization, 2003; Carter S., Taylor D., Levenson R., 2005), а также факторы, влияющие на интенсивность приверженности лечению, в том числе – отдельные характеристики семьи, оказывающие влияние на комплаентность больных (Холмогорова А.Е., Воликова С.В., 2007; Солоненко А.В., 2009; Лутова Н.Б., 2012; Cutting L., Docherty N., 2000).

Семья пациентов с РШС всегда была в фокусе внимания исследователей, к настоящему времени описаны: личностные, когнитивные, эмоциональные, поведенческие и коммуникативные особенности членов семьи больных (Аммон Г., 1995; Алфимова М.В. и др., 2002; Карвасарский Б.Д., Бабин С.М., 2003; Залуцкая Н.М. 2003; Bowen M., 1978; Ay R. et al., 2016); показатели семейной стигмы (Солоненко А.В., 2009; M.Yildiz et al., 2018) и особенности эмоционального переживания родственников в связи с появлением в семье психически больного (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2015; Schlosser D. et al., 2010; Lippi G. 2016; Koutra K. et al., 2016); влияние параметров больных на интенсивность бремени семьи (Кананович П.С., Бархатова А.Н., 2017; Provencher H. et al., 2003; Mitsonis et al., 2012; Yildiz M. et al., 2018).

Однако существующие публикации изолированно рассматривают отдельные характеристики близкого окружения пациентов, что не позволяет в полной мере отразить сложность и многомерность взаимного влияния нарушений приверженности больного лечению и проблем семьи больного.

При этом современные реформы психиатрического здравоохранения, связанные с процессом деинституализации и акцентом на амбулаторное лечение, сопровождаются увеличением значимости поддержки больного со стороны семьи и потребностью в её конструктивном участии в процессе лечения. Это обуславливает необходимость интегративного подхода к системному анализу данных о влиянии переживаний и характеристик семейного окружения на приверженность больного лечению и детального исследования процессов, происходящих в семейной системе при развитии тяжёлого психического заболевания члена семьи, поскольку негативные переживания родственников снижают суппортивный потенциал семьи, а четкая оценка негативных последствий может стать мишенью для сфокусированной семейной коррекции, влияющей на приверженность больного лечению.

Цель исследования:

Разработка моделей прогноза интенсивности приверженности лечению больных с расстройствами шизофренического спектра и обременённости их семьи на основании изучения широкого круга параметров: клинических, клинико-динамических, социо-психологических.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности структуры медикаментозного комплаенса больных с расстройствами шизофренического спектра (РШС).

2. Валидизировать инструмент оценки семейной обременённости опекающего лица Зарит (ZBI) для русскоязычной популяции родственников, опекающих больных с РШС.

3. Оценить параметры семьи пациентов с РШС: социо-демографические (возраст, пол, степень родства к пациенту, трудовая занятость, характер проживания, социально-психологические (структура семьи, семейная тревога, социальная поддержка, внешняя и внутренняя стигма, бремя семьи, отношения семьи к лечению) и состояние психического здоровья.

4. Изучить влияние характеристик семей пациентов с РШС на медикаментозный комплаенс пациента с последующим выделением предикторов приверженности лечению.

5. Рассмотреть влияние параметров больных с РШС и опекающих их лиц на семейную обременённость с выделением предикторов её интенсивности.

Научная новизна.

Впервые проведен системный мультифакторный анализ взаимного влияния широкого круга факторов – связанных с пациентом (клинических, социальных, психологических) и близким окружением (социо-демографических, психопатологических и социо-психологических) на приверженность больного лечению и обременённость семьи. Получены модели предикции влияния семьи на приверженность пациентов медикаментозному комплаенсу и семейной обременённости в зависимости от выделенных параметров больных и семьи.

Теоретическая и практическая значимость.

Выявление предикторов нарушений медикаментозного комплаенса больных шизофренией, обусловленных семьей, расширяет представления о влиянии семейного окружения на проблемы приверженности больных лечению и позволит проводить сфокусированную коррекцию нарушений комплаенса больного. Рассмотренные проблемы семей больных РШС и обнаруженные предикторы, формирующие семейную обременённость, подчеркивают значимость поддержания благополучия членов семьи больного и необходимость разработки программ профилактики и коррекции.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Больные с расстройствами шизофренического спектра демонстрируют низкую приверженность лекарственной терапии, за счёт нарушений различных факторов, формирующих комплаенс, среди которых существенный вклад вносит семья больного.

2. Русскоязычная версия опросника оценки семейной обременённости Зарит (ZBI) характеризуется высокой согласованностью и чувствительностью.

3. В семьях, опекающих больных с РШС распространены разнообразные нарушения: структурно-функциональные, индивидуально-психологические, клиничко-психопатологические и социально-психологические.

4. Разработаны модели: для прогнозирования интенсивности медикаментозного комплаенса больных РШС на основании выделенных параметров семьи; а также для предикции выраженности семейной обременённости за счёт выделенных показателей пациентов и опекающих их родственников.

Степень достоверности и апробация диссертации.

Исследовательский протокол был рассмотрен и одобрен заседанием Независимого комитета по этике при ФГБУ НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева (выписка из протокола №5, дело №ЭК-2009 от 23.04.2020).

По материалам диссертационного исследования было опубликовано 6 статей в журналах, входящих в перечень ВАК, общее количество научных публикаций на основе материалов диссертационного исследования (6 - ВАК). Материалы исследования используются при формировании программ обучения института последипломного образования НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева.

Результаты работы доложены на: XVII Съезде психиатров России совместно с Международным конгрессом ВПА (WPA) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (15-18 мая 2021); Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского: «Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии. Наука и реальный мир в лечении психических расстройств» (29 октября 2021); Всероссийском конгрессе с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI», посвященном 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева (12-13 мая 2022), Всероссийском конгрессе с международным участием «Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике» (25-26 мая 2023).

Вклад автора в проведенное исследование.

Автор самостоятельно изучила литературу, посвященную изучаемой проблеме; разработала дизайн исследования, включила в исследование и провела обследование пациентов и родственников; создала исследовательскую базу

данных; провела математико-статистический анализ базы данных; проанализировала результаты и написала текст диссертации.

Глава 1. Обзор литературы.

1. Проблема приверженности лечению в психиатрии и факторы, определяющие его.

Недостаточная приверженность пациентов лечению является глобальной общемедицинской проблемой и характерна для больных с различной нозологией (Вольская Е.А., 2013; World Health Organization, 2003; Carter S, Taylor D, Levenson R., 2005). Глобально несоблюдение пациентами рекомендаций врача существенно снижает эффективность лечения, качество жизни больных и негативно влияют на экономику здравоохранения (Николаев Н.А., Мартынов А.И., Скирденко Ю.П. и др., 2022).

При этом для пациентов с психическими расстройствами нарушения режима приема лекарств, назначенных врачом, имеют особое значение в связи с высокой распространённостью нарушений комплаенса (Ревенкова Ю.А., 2007; Semahegn A. et al., 2020) и их тяжёлыми последствиями (Robinson D. et al., 1999; Misdrahi D. et al., 2002; Herings R., Erkens J., 2003). В частности, Y. Tiihonen et al. (2018) показали, что риск смерти у пациентов, не принимавших антипсихотические препараты или рано прекративших прием лекарств,—был на 174-214% выше в сравнении с пациентами, принимавшими лечение непрерывно в течение 16,4 лет.

Сложность феномена комплаенса/нонкомплаенса подтверждается отсутствием единой концепции, объясняющей этот феномен. В научной литературе

описаны различные модели комплаенса (Weiden P.J., 2016). В частности, предлагаются:

- биомедицинская модель комплаенса, в основе которой лежат фармакологические факторы (эффективность, переносимость, удобство приёма лекарств, полипрогмазия);

- бихевиористская модель, рассматривающая влияние социальной среды в формировании поведенческих паттернов, связанных с приемом лекарств;

- образовательная модель, акцентирующая внимание на значимости взаимоотношений системы врач-пациент, информирования больного о целях и режиме медикации;

- модель популярных в обществе представлений о здоровье, основанная на представлениях об оценке пользы и вреда лечения;

- модель саморегулирующихся систем, основанная на анализе баланса когнитивных и эмоциональных реакции на угрозу заболевания (Захарова Е.В., 2019).

Каждая из приведённых моделей анализирует множество различных факторов, которые можно разделить на связанные с особенностями самого пациента (психологическими, клиническими особенностями заболевания и его течения, специфичностью восприятия внутренней картины болезни, сопутствующими медицинскими проблемами, особенностями лечебной программы) и его социальной средой (семейной, социальной и медико-социальной). При этом любой из перечисленных факторов может играть как конструктивную, так и деструктивную роль в процессе поддержания приверженности больного лечению (Захарова Е.В., 2019).

Исследования, проведённые за последние десятилетия, выделили многообразие факторов, имеющих отношение к соблюдению/несоблюдению пациентами режима приёма лекарственной терапии, образующих несколько взаимодействующих друг с другом подсистем (Лутова Н.Б., 2011; Fleischhacker W. et al., 2003; Osterberg L, Blaschke T., 2005):

- подсистема, характеризующая особенности самого пациента (социально-демографические, клинические (психопатологические и динамические), личностные, специфичность восприятия пациентом своей болезни (внутренняя картина болезни) и лечения), формирующие его отношение к медикации;

- подсистема, связанная с медикаментозной терапией: опытом переживания побочных эффектов от лекарств или опасений перед ними, путями введения препаратов, сложностью режима приёма лечения (дозы, кратность, полифармация), длительностью и стоимостью лечения;

- подсистема, описывающая особенности восприятия и оценки больным взаимоотношений с врачом;

- подсистема, характеризующая взаимодействие пациента с близким окружением - семьёй (социальная и материально-бытовая поддержка).

Особенности фармакотерапии и комплаенс

Одними из факторов, определяющих уровень комплаенса, бесспорно являются параметры медикаментозной терапии: эффективность назначаемых лекарств, наличие или отсутствие побочных эффектов (Незнанов Н.Г., Иванов М.В., 2012; Лутова Н.Б., 2014; Weiden P.J., 2016), простота и удобство приёма препаратов, способ введения (пероральный, парентеральный).

В частности, продемонстрирована лучшая приверженность больных, получающих антипсихотики второго поколения и пролонгированные формы, в сравнении теми, кто получал лечение типичными нейролептиками (Сорокин М.Ю. и др., 2021; Weiser M. et al., 2021).

Одной из наиболее частых проблем, определяющей от 35% до 50% случаев нонкомплаенса, являются нежелательные явления или опасения возможного появления побочных эффектов от психотропной терапии (Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2004; Незнанов Н.Г., Иванов М.В., 2012; Hudson T.J. et al., 2004; Higashi K. et al. 2013). Это подтвердил недавний опрос 832 потребителей антипсихотических

препаратов из 30 стран, проведённый J. Read & J. Williams (2019), где причиной отказов больных от лечения в 64% были побочные эффекты, а в 52% случаев – опасения возможного развития проблем с физическим здоровьем на фоне приёма лекарств (Read J., Williams J., 2019). Чаще всего с приёмом антипсихотических препаратов пациенты связывали “чувство усталости, седативный эффект” (92%), “потерю мотивации” (86%) “замедление мыслей” (86%), “эмоциональное онемение” (85%) и “суицидальные наклонности” (58%). Похожие результаты опубликованы S. Subedi et al. (2020), продемонстрировавшие ассоциацию нонкомплаенса с побочными эффектами в виде головокружения (60,6%) и седации (66%). Также авторы отмечали длительную продолжительность заболевания (92,8) и полипрагмазию (47,8) как факторы дополнительного риска нарушений режима приёма лекарственной терапии (Subedi S., Paudel K., Thapa D.K., 2020).

Результаты исследований показывают, что полипрагмазия (одновременное назначение большого количество лекарств) является одним из факторов, снижающих приверженность лекарственному лечению (Tesfaye S. et al., 2016). Этот негативный эффект может реализовываться прямо – за счёт усложнения лекарственного режима (многократность приёма комбинаций из нескольких препаратов в варьирующихся дозах), снижающего комплаенс (Medic G. et al., 2013; Xia X.S. et al., 2020), или опосредованно за счёт повышения рисков развития побочных эффектов. Так развитие метаболического синдрома, гиперпролактинемии, нарушений в выработке антидиуретического гормона при комбинации нескольких препаратов одной группы или разных групп (Дмитриев М.Н. и др., 2017), приводящие к набору массы тела, могут провоцировать искажения комплаентного поведения у 72% пациентов (Wong M.M. et al., 2011). А примерами, подтверждающими позитивное влияние на комплаенс упрощённых схем лечения и одновременно демонстрирующими значение формы лекарственного препарата, являются публикации, отражающие улучшение приверженности лечению при использовании пролонгированных форм препаратов (Султанова А.Н. и др., 2022; Ropp B. et al., 2014).

Параметры пациентов и комплаенс

К настоящему времени изучено множество параметров пациента, ассоциированных с приверженностью лечению, однако данные об их влиянии на интенсивность и структуру приверженности лечению не всегда однозначны.

При том, что существует несколько работ, не обнаруживших взаимосвязей между социодемографическими характеристиками больных и уровнем медикаментозного комплаенса (Aldebot S., Weisman de Mamani A. G., 2009; Acosta F. et al. 2012), в большинстве публикаций указываются положительные взаимосвязи между приверженностью пациента лечению и его возрастом, полом, семейным и социальным статусами (наличием занятости и уровнем образования) (Лутова Н.Б., 2013; Ястребова В.В. и др., 2016; Дмитриева Е.Г., 2018; Janssen B. et al., 2006; De las Cuevas C. et al., 2017; Akter H. et al., 2019; Okasha T.A. et al., 2020). Эти данные подтверждены в работе S. Subedi et al. (2020), выявившей ассоциированность нонкомплаенса с мужским полом (52,1%), возрастом младше 40 лет (54,2%) и низким экономическим статусом больных (52%). Также в литературе встречаются упоминания о зависимости комплаенса от расовой и этнической принадлежности – так представители негроидной расы были менее комплаенты (Valenstein M. et al., 2002; Mahaye S. et al., 2012).

Другим аспектом, влияющим на приверженность больных лечению, большинство исследователей считает клиническое состояние пациента, которое определяется соотношением и выраженностью продуктивных и негативных симптомов, выраженностью когнитивных нарушений и наличием коморбидных расстройств.

В ранних работах, посвященных изучению медикаментозного комплаенса приводятся данные о негативном влиянии на соблюдение больным режима приема лекарств продуктивной симптоматики (Norman R.M. et al., 2000; Hofer A. et al., 2002; Rosa M.A. et al., 2005). Отмечалось негативное влияние на комплаенс

выраженности параноидных идей и недостаток сознания болезни (Abdel Aziz K. et al., 2016). Практически одновременно публиковались данные о снижении уровня комплаентности больных при наличии у них выраженной негативной симптоматики из-за выраженной алогии, абулии и апатии, затрудняющих самостоятельное соблюдение режима приёма лекарств (Лутова Н.Б., 2012; Putzhammer A., et al., 2005). С другой стороны, в исследовании E. Sacchetti и A. Vita (2014) более выраженная негативная симптоматика пациентов коррелировала с большей комплаентностью при отсутствии данных о взаимосвязях с продуктивными симптомами, что объяснялось влиянием факторов окружающей социальной среды (медицинскими работниками и опекающими лицами).

В последние годы большая часть публикаций на данную тему свидетельствует об отрицательных взаимосвязях общей выраженности психопатологической симптоматики (по шкалам PANSS и BPRS) с интенсивностью комплаентности (Bosch P. et al., 2016; Raghavan V. et al., 2019). P. Bosch et al. (2016), помимо этого, описывали нарушения качества сна как фактор снижающий приверженность больных лечению. При этом в публикации W. Yu et al. (2021) демонстрировалось отсутствие значимых корреляций комплаентности пациентов с клиническими симптомами.

В настоящее время принято отдельно рассматривать когнитивные нарушения при расстройствах шизофренического спектра (РШС), на основании чего была сформулирована концепция о “нейрокогнитивном дефиците” (Lewis R., 2004). Большая часть исследований в этом направлении, проведённых за последние годы, позволили описать особенности “нейрокогнитивного профиля” пациентов с шизофренией и установить достоверные корреляции между нейрокогнитивным дефицитом и другими нейропсихологическими и неврологическими симптомами (“маркёрами”), определяющими характер нарушений при РШС (Гурович И.Я. и др., 2012; Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2014).

Аналитический обзор A. Spiekermann et al. (2011), включавший данные 18 исследований, позволил показать взаимосвязь между низкой комплаентностью и

выраженными когнитивными нарушениями у пациентов с шизофренией, что подтвердилось и в более поздней работе A. El-Missiry et al. (2015): некомплаентные больные по тесту Векслера имели достоверно более низкие показатели IQ в сравнении с комплаентными, а применение регрессионного анализа выявило, что основное влияние на приверженность лечению оказывают исполнительные функции и память (El-Missiry A. et al., 2015; Tyburski E. et al., 2017). Аналогичные данные были получены и в исследовании Н.Н. Петровой и К.А. Цыреновой (2019), в котором отмечалось значение нарушений памяти в слухоречевой модальности.

Отдельным направлением в исследовании факторов, влияющих на комплаенс, является изучение феноменов, связанных с эмоциональной и когнитивной переработкой пациентом психотического опыта и формированием у него инсайта (критики к заболеванию). В течение последних двух десятилетий многомерный феномен, обозначаемый ранее как критика к болезни, трансформировался в психиатрии в понятие “инсайт”, описывающее различные уровни опознавания пациентом своего заболевания. Принято выделять 4 уровня инсайта: 1) осознание наличия заболевания; 2) понимание необходимости лечения; 3) осознание симптомов как признаков заболевания; 4) понимание, что причиной или источником симптомов является психическое заболевание (Ибрагимов Д.Ф., 2007). Несмотря на сложность структуры и функций инсайта в психиатрии, большинство авторов выявляли его прямую взаимосвязь с приверженностью лечению у больных (Lysaker P.H. et al., 2018; Elowe J. et al., 2022; Deng M. et al., 2022). А в исследовании K. Deroui et al. (2022), с одной стороны, была показана прямая взаимосвязь между наличием инсайта к факту развития заболевания и уровнем комплаентности, а с другой, отсутствие взаимосвязей между недостаточным инсайтом и интенсивностью нейрокогнитивных нарушений. Сходные данные опубликованы также Л.М. Алиевой и Т.А. Солохиной (2020), которые в качестве факторов, влияющих на комплаенс, помимо инсайта, описывают и механизмы психодинамической защиты (идеи грандиозности собственного “Я” или ничтожности собственного “Я”, а также возможную

вторичную выгоду от болезни и симптомов) и ослабление в личностно-мотивационной сфере за счёт когнитивного дефицита и негативной симптоматики.

Мотивация пациента к лечению является значимым, сложным и многомерным фактором, играющим существенную роль в следовании пациента рекомендациям врача. Так в работе М.Ю. Сорокина, Н.Б. Лутовой, В.Д. Вида (2016) отражаются особенности взаимовлияния феноменов мотивации и комплаентности, где, с одной стороны, описывается высокая значимость собственной мотивации пациента для формирования общей приверженности лечению, а с другой, демонстрируется разнонаправленное влияние различных уровней мотивации к лечению на подсистемы комплаенса. Сходные данные о положительных корреляциях между мотивационными компонентами и комплаентностью демонстрируется в работе L. Na'fra'di et al. (2017).

Ещё одним барьером на пути формирования комплаентного поведения у пациентов с психотическими расстройствами является психиатрическая стигма, связанная с приемом психофармакотерапии (Петрова Н.Н., Кучер Е.О., 2012). В литературе это снижение комплаентности при формировании самостигматизации объясняется разными процессами: изменениями личностных представлений о себе (Я-концепции) и принятием статуса психически больного (Ерзин А.И., 2017; Солохина Т.А. и др., 2017; Алиева Л.М., Солохина Т.А., 2020) или изменениями мотивационных компонентов (Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д., 2017). Данные о том, что самостигматизация ослабляет комплаентность и может приводить к преждевременным обрывам лечения, подтверждается и международными публикациями (Kamaradova D. et al., 2016; Abdisa E. et al., 2020).

Уровень функционирования больных и их качество жизни также являются факторами, взаимозависимыми с комплаентностью. Так в работе К.Н. Швеца и И.С. Хамской (2019) было показано, что адекватный уровень приверженности лечению и критики к болезни предопределяет социальную адаптацию больных. А в исследованиях В. Puschner et al. (2006), М. Esmkhani et al. (2018) и L. Endriyani et al.

(2019) были описаны корреляции между интенсивностью приверженности пациентов лечению и их качеством жизни.

Особой категорией пациентов с недостаточной комплаентностью и более тяжёлым течением эндогенного процесса являются больные с РШС, имеющие коморбидный диагноз, связанный с употреблением психоактивных (наркотических) веществ и алкоголя (Misdrahi D., et al., 2012; Akter H., et al., 2019). Исследования показывают, что у данной группы имеются сложности в выстраивании терапевтического альянса, поддержании приверженности медикаментозному лечению терапии, опознавании симптомов, связанных с обострением. Это приводит к проблемам на этапе различных форм стационарного лечения, которые становятся ещё острее на амбулаторном этапе (Добровольская А.Е. и др., 2015).

Результаты других исследований демонстрируют значимость внешних факторов для формирования мотивации с целью повышения приверженности медикаментозному лечению у пациентов с психотическими расстройствами. Так в работах В.П. Соколова, И.В. Белокрылова (2017) и J. Dobber et al., (2018) продемонстрировано улучшение комплаентности после проведения различных видов мотивационных интервенций. Последующие результаты исследования J. Dobber et al., (2020) показали значимость качества контакта врач-пациент (терапевтического альянса) для формирования мотивации к лечению у пациента.

Похожие данные о влиянии на комплаенс факторов внешней среды, связанных с медико-социальными службами и\или обусловленных особенностями микросоциальных характеристик (объёмом и ресурсами социальной поддержки – финансовой, физической, бытовой, эмоциональной), отмечались и в других публикациях (Deng M. et al., 2022; Kirchner S-K. et al., 2022).

Терапевтические отношения врач-пациент и комплаенс

Взаимодействие врача и пациента в процессе лечения, называемое терапевтическим альянсом (ТА), большинство исследователей рассматривает как один из важнейших факторов, определяющих качество и интенсивность приверженности больного медикаментозной терапии (Усов Г.М. и Коломыцев Д.Ю., 2021; Mac Cabe R., Priebe S., 2004; Novick D. et al., 2015; Chang J.G., et al. 2019; Dobber, J., et al., 2020; Lim M. et al., 2021).

Механизмы влияния лечебного взаимодействия на приём лекарств описываются исследователями с разных точек зрения. Согласно результатам ряда публикаций, воздействие терапевтического альянса на комплаентность больных может опосредоваться через влияние врача на: факт осознания заболевания и распознавание психопатологических симптомов (развитие инсайта) (Tessier A., et al., 2017; Dobber, J., et al., 2020) и/или формирование мотивации к стабильному приёму лекарственной терапии (Dobber, J., et al., 2018, 2020).

Другие исследования рассматривают саму структуру феномена «лечебного взаимодействия», выделяя когнитивно-бихевиоральную и эмпатическую составляющие ТА, пытаясь определить наиболее значимый для формирования комплаенса компонент. Например, D. Misdrahi et al. (2012) подчеркивал значимость влияния интеллектуально-когнитивной составляющей терапевтического альянса на уровень комплаенса, а в работах С. De las Cuevas С. (2017) и J. Dobber et al. (2020) большее значение для удовлетворительно комплаенса отводилось эмоциональным составляющим: доверию пациента врачу и эмпатии.

Были изучены и характеристики участников терапевтического взаимодействия, способные оказывать влияние на качество и интенсивность лечебного альянса. Например, в работе D. Novick et al. (2015) показано, что выраженность негативных симптомов, наличие коммуникативных, когнитивных нарушений, стигматизации, проблем с социальной адаптацией и функционированием у больного приводили к ослаблению ТА. Изучение особенностей лечащих врачей в исследованиях D.I. Velligan et al. (2009) и Е.И.

Лозинской и др. (2014) показали, что понимание специалистом важности терапевтических отношений и/или наличие у него проблем, связанных с эмоциональным выгоранием или дефицитом времени, влияли на уровень ТА.

И, хотя изначально терапевтический альянс рассматривался в контексте диадных отношений «врач-пациент», получены данные что семья опосредованно соучаствует в формировании ТА (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2012; Алиева Л.М., Солохина Т.А., 2020).

Семья и комплаенс

Согласно большинству изученных публикаций, большинство авторов (Ривкина Н.М., Сальникова Л.И., 2009; Cutting L., Docherty N., 2000; Peterson E., Docherty N. 2004) подчеркивали особую роль семьи в формировании и поддержании приверженности больного рекомендациям врача. Известно, что семья больного, с одной стороны, может становиться источником поддержки и помощи пациенту в соблюдении режима медикаментозной терапии, а с другой, иметь собственное отношение и установки относительно медикации.

До недавнего времени основным параметром семьи, чьё влияние на комплаенс было доказано большим количеством научных публикаций, оставался уровень выраженных эмоций - критики и враждебности (ЕЕ, expressed emotions) родственников в адрес пациента.

Различные виды негативного отношения родственников к больному: чрезмерно выраженные эмоции, дисциплинарные меры (манипуляции родственниками госпитализацией в психиатрическую больницу с целью устрашения больного), гиперопека, – способны провоцировать рецидивирование заболевания за счёт увеличения эмоционального напряжения (Петрова Н.Н., Серазетдинова Л.Г., Малеванная О.В., 2007; Зверева Е. В., Рощина И.Ф., 2012). Другим аспектом, способным ухудшать комплаентность, являются варианты

неадекватного понимания родственниками болезненных проявлений как результата «порчи», «сглаза», переутомления или влияния психологических факторов, что приводит к отсутствию полноценного понимания необходимости медикаментозного лечения (Холмогорова А.Е., Воликова С.В., 2007; Солоненко А.В., 2009). Ещё одним вариантом особого восприятия заболевания и его лечения родственниками является неадекватная оценка состояния пациента, которая может заключаться как в недооценке тяжести состояния («временная случайность»), так и излишняя трагедизация (крах) с проявлениями самостигматизации (Солоненко А.В., 2009).

Таким образом особенности внутрисемейного взаимодействия, реакция на развитие болезни и понимание проблем, связанных с ее течением и лечением, способны увеличивать частоту рецидивов у больных с эндогенными психотическими расстройствами за счёт недостаточного психиатрического наблюдения в межгоспитальный период и\или отсроченного обращения за специализированной помощью в период обострения, прямой или опосредованной провокацией нонкомплаенса. Совокупное влияние всего перечисленного приводит к ухудшению течения психического расстройства и социального функционирования, что в свою очередь провоцирует нарастание обременённости.

Исследования последних лет позволили обнаружить влияние различных параметров семьи больного на уровень медикаментозного комплаенса. Так, за счёт разработки специального инструмента удалось выделить различные типы отношения родственников к проводимой медикаментозной терапии и продемонстрировать их взаимосвязь с комплаентностью больных с психическими расстройствами (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009). Помимо этого, имеются данные об ассоциации между типом отношения к медикации и степенью вовлеченности/включенности в лечебный процесс опекающих лиц (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2012). Однако, на уровень комплаенса больных шизофренией влияет не только сам тип отношения семьи к психофармакотерапии, но и степень

ее сплоченности, которая может как усилить, так и ослабить позитивное или негативное отношение близких больного к приёму психотропной терапии (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2010; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2014).

Следует отметить, что само понимание «включённости» у близких пациента и специалистов медицинской сферы существенно различается. Так психиатры рассматривают включённость родственников в сопровождение больного как активность, направленную на реализацию рекомендаций врача по проведению медикаментозной терапии. Для родственников пациента сама необходимость обратиться за помощью, подключить врача и применить лекарственный препарат, при отсутствии гарантий сохранения привычного образа жизни, способна восприниматься не только неоднозначно, но и враждебно. Кроме того, близкие пациента предъявляют больше требований к качеству оказываемой им и их больному родственнику помощи, чаще отмечая её недостаточность (Вид В.Д., 2008), помимо этого, здоровые члены семьи в той или иной степени испытывают давление стигмы как со стороны общества в целом, так и со стороны медицинских работников (Бурковский Г.В., 1980). Описанные процессы приводят к усилению барьера, препятствующего обращению родственников за специализированной помощью, и отсутствию или искажению у них необходимых знаний и представлений об организации адекватной поддержки лечения пациента, способных снизить давление бременем (Витакер К., Бамберри В., 1997). Результатом этого становится формирование порочного круга: особенности оказания родственниками поддержки пациенту могут провоцировать его нонкомплаенс (Алексеев Б.Е., Лукина И.С., 1995), что приводит к усилению обременённости и психоэмоционального напряжения у опекающих лиц, провоцирующих еще большее нарушение приверженности лечению. Активная позиция родственников по сопровождению лечения, вне зависимости от её направленности (конструктивной или деструктивной), сопровождается средним уровнем ощущения «бремени», усиливаясь и достигая высоких значений при сочетании определённых факторов.

Литературные данные о влиянии семьи на комплаентность носят неоднозначный характер, поддерживая актуальность дальнейших исследований, результаты которых позволят формировать более эффективные психокоррекционные программы (для родственников и пациентов) с целью повышения приверженности лечению у больных шизофренией. При этом нельзя забывать о том, что сама семья пациентов с РШС является особой средой, имеющей целый ряд специфических характеристик как на этапе до манифестации заболевания, так и в процессе развития и течения болезни.

Тот факт, что близкое окружение больных способно прямо и\или опосредовано влиять на разные аспекты подсистем комплаенса (отношение к лечению, мотивацию, осознание болезни, терапевтический альянс), указывает на необходимость более тщательного исследования семьи пациентов с РШС.

2. Значимость семейного окружения больных шизофренией.

В настоящее время признается, что вовлечение семьи больного и значимых для пациента лиц в лечебный процесс является важным аспектом качественной клинической практики (АРА, 1994, 2021). Близкое окружение является ключевым аспектом жизни индивида, поскольку родственники пациента, с одной стороны становятся источником информации об истории развития и проявлениях заболевания, оказывающих влияние на диагностику и составление лечебного плана, а с другой - оказывают модулирующее влияние на течение заболевания, включая выраженность психопатологической симптоматики, за счет возможного дистресса в силу нарушений межличностного взаимодействия в семье и\или нарушений медикаментозного комплайенса, провоцирующих увеличение частоты обострений и госпитализаций (McDonagh MS., Dana T., Selph S., et al., 2017).

В тоже время появление в семье психотического больного наносит огромный урон близким, провоцируя состояние тревоги, гнева и замешательства, восприятие

стигмы и отвержения, а также ухудшение здоровья близкого окружения (Johnson D., 1990).

Изучение взаимного влияния больного на семью и семью на больного обусловлено тем фактом, что больные шизофренией нередко лишены возможности автономного проживания. Так, в разных странах проживание пациента в семейном окружении сильно варьируется в соответствии с социо-культуральными особенностями различных сообществ. Например, для итальянских семей или латиноамериканцев США вероятность совместного проживания с психически больным составляет от 70% до 85%, в то время как для большинства населения Соединённых Штатов - это характерно приблизительно в 17% случаев (Уорнер Р., 2004). В России, по данным В.Н. Краснова (2006) процент пациентов с шизофренией, проживающих в семьях, достигает 80-85%. Исследования, проведённые Д.С. Петровым (2012) в Рязанской, Липецкой, Тульской и Нижегородской областях показали, что процент проживания пациентов с психотическими расстройствами в кругу семьи варьировался от 77,2 до 92,2%, при этом большинство больных (от 43,6 до 61,8%) проживали в родительских семьях.

Исследование семьи больных с эндогенными психозами в контексте оказания психиатрической и психотерапевтической помощи имеет длинную историю, в которой фокус изучения многократно менялся, а подходы пересматривались.

На инициальных этапах изучения семейное окружение рассматривалось как источник развития эндогенных заболеваний, исходя из двух вариантов научного воззрения: генетико-биологического или психодинамического.

Исследования генетико-биологического направления фокусировались на изучении распространённости нервно-психической патологии и специфических личностных паттернов у родственников больных шизофренией (Галачьян А.Г., 1937; Вартанян М.Е., 1983), описывали особенности когнитивной сферы членов

семьи сходные с когнитивными нарушениями при шизофрении (Шахматова И.В., 1972; Heydebrandt, 2006).

В настоящее время исследования генома человека, посвящённые поиску возможных предикторов эндогенных психических расстройств, проводятся во многих странах мира. Недавние исследования выявили (Palo O.M., 2010; Nakamura T. et al., 2018; Pejaver V. et al., 2020; Chen Q. et al., 2021) специфические участки генетического кода, мутации которых могут приводить к развитию психического заболевания. Однако, обнаруженный генетический полиморфизм не позволяет выделить однозначные «источники» заболеваний шизофренического спектра или аффективных нарушений, более того, многие выделяемые генетические маркеры являются общими для обеих нозологических форм.

В настоящее время убедительно доказано, что синергизм между генетической представленностью и экологическими причинами является причиной развития большей части тяжелых психических расстройств (Uher R. et al., 2014). Риск развития тяжелого психического расстройства передается в семье и распространяется пропорционально степени родства (Gottesman I. et al., 2010; Uher R., 2013). При этом существуют сильные экологические факторы риска, которые способствуют как возникновению значительной части психических расстройств, так и препятствующих их манифестации: например, снижению риска развития шизофрении и связанных с ней расстройств у лиц с наследственной отягощенностью способствовали правильное воспитание и четкое общение (Tienari P. et al., 2004), а социально-экономическое неблагополучие семей повышало риск возникновения психоза у усыновленных, имеющих семейный анамнез тяжелого психического расстройства у биологических родителей (Wicks S. et al., 2010). Это же и касается и депрессии – генетическая представленность значительно взаимодействовала с триггерами окружающей среды, приводя к депрессивным эпизодам (Kendler K.S. et al., 1995). Таким образом, исследования показывают, что патогенные эффекты многих, но не всех факторов окружающей среды зависят от

генетической предрасположенности к тяжелым психическим расстройствам. На настоящий момент взаимосвязь между генетической составляющей и влиянием среды подтверждено рядом исследований (Kendler K.S., 1995; Tienari P., et al., 2004; Wicks S. et al., 2005, 2010; Uher R., 2013, 2014).

Среди факторов окружающей среды, играющих определенную роль в звеньях патогенеза и течения психического расстройства упоминается семья больного. За время изучения проблемы фокус внимания в исследовании близкого окружения эндогенных больных менялся. Так, изначально было сформулировано несколько теоретических моделей, описывающих нарушения семейного функционирования и адаптации, приводящих к развитию патологии и семья рассматривалась, как среда, в которой формировалась первичная предрасположенность для развития психического расстройства. В частности, были выдвинуты гипотезы, что когнитивные расстройства больных шизофренией, дефекты социальной перцепции, оценка реальной действительности могут быть связаны со специфическим поведением родителей (Schenck K., 1984), а нарушения межперсонального взаимодействия больных нередко воспроизводят присущий родителям стиль. Были изучены особенности ролевых взаимодействий в семьях психически больных, а также стили поведения родных по отношению к больному, провоцирующие учащение рецидивирования психических расстройств (Солохина Т.А. и др., 1998; Залуцкая Н.М., 2003; Leff J., Vaugant C., 1985; Hogarty C., et al., 1986;).

Исследования в рамках психодинамического подхода включали изучение психологических особенностей родственников больных, а также специфики поведенческих и коммуникативных паттернов, формирующихся внутри семьи. К этому направлению относятся работы D. Levy (1943 г.) – с выделением двух типов родительского воспитания: по типу подавляющей и потакающей гиперпротекции; описание F. Fromm-Reichmann (1948 г.) особенностей «шизофреногенной» матери, а Th. Lidz с соавт. (1956) - «шизофреногенного» отца.

Позднее в семьях больных шизофренией были описаны: коммуникативные нарушения (Brown G.W. et al., 1972; Bowen M., 1978), нарушения возрастных и половых границ (Lidz R., Lidz Th., 1949), ролевые и эмоциональные нарушения семьи (Захаров А.И., 1978; Brown G.W. et al., 1972; Voughn C.E., 1989; Butzlaff R.L., Hooley J.M., 1998), другие варианты стилей патологизирующего воспитания. Наиболее значимыми из обнаруженных нарушений были: специфические коммуникации между родителем и ребенком по типу «двойной связи», обнаруженные G. Bateson et al. (1956); «псевдовраждебность» и «псевдолюбовь», описанные L.C. Wynne et al. (1958). Также, в группу межличностных нарушений входили: эротизированные отношения «родитель-ребенок» (Walsh F., 1979); симбиотические связи в семьях (Аммон Г., 1995; Summers F., Walsh F., 1979). Помимо этого, Б.Д. Карвасарским и С.М. Бабиным (2003) была описана низкая конструктивность Я-функций родителей. В ходе других научных изысканий исследователями (Аммон Г., 1995; Залуцкая Н.М., 2003) была выявлена взаимосвязь защитных механизмов больных и их родителей, взаимообусловленность стилей коммуникаций и личностных функций родителей и больных эндогенными психозами.

Другим фокусом исследований стало близкое окружение пациентов, поскольку появление в семье психически больного у части семей формирует совокупность отрицательных эффектов, называемых в литературе «семейным бременем» (Grandón P. et al., 2008). Многочисленные исследования, посвященные изучению этого феномена, выявили ряд факторов, обуславливающих тяжесть или препятствующих семейной обремененности. Так, были выделены: этнические и культуральные факторы, эмоциональные реакции на факт болезни (ЕЕ), стресс близких из-за симптоматического проявления болезни, их беспокойство из-за вероятного прогноза и возможностей контролировать симптомы, наличие и особенности социальной поддержки, семейная позиция относительно пациента, специфика семейного совладающего поведения и участие членов семьи в психосоциальных программах. (Panayiotopoulos C. et al., 2013; Caqueo-Urizar A. et

al., 2014; Neeli Uma Yothi et al., 2015). При этом было показано, что выраженная обремененность семьи, усиливает тревогу и напряжение, ухудшает здоровье и качество жизни родственников больных (Osman C.V. et al., 2010; Boyer L., Saqueo-Urizar A. et al., 2012).

Важнейшим направлением для практического здравоохранения стали исследования влияния параметров семьи больного на их вовлеченность в лечебный процесс, поскольку до настоящего времени, одним из широко исследуемых вопросов, связанных с оказанием помощи психотическим пациентам, является проблема нарушения приверженности лечению, которое влечет за собой тяжёлые последствия в виде учащения обострений и ухудшения социальной адаптации пациента (Osterberg L., Blaschke T., 2005). Исследования показали, что семье отводится особая роль в формировании установок на лечение, что, при возможном отрицательном влиянии на комплаентность, приводит к целому ряду негативных последствий, ещё более дестабилизирующих семейную систему в целом (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2010; Hanzawa S. et al., 2013).

Однако изучение отдельных параметров приводит к редукционизму в понимании влияния семьи на течение психического расстройства, как и взгляда на влияние особенностей психического расстройства на семейное окружение больного. Важно отметить, что для решения этой проблемы представляется важным всестороннее изучение совокупности параметров, связанных как с семейной системой, так и с особенностями клинических параметров пациентов, находящихся в реципрокных отношениях.

Важно отметить, что изолированное рассмотрение двух составляющих - либо с точки зрения только нарушений семейного функционирования, либо неполноценности генетико-биологического базиса носит редукционистский характер. В этом отношении, сформулированная диатез-стрессовая модель эндогенных расстройств (шизофрении), позволившая консолидировать результаты

исследований обоих направлений является наиболее релевантным подходом (Zubin J, Spring B., 1977).

Анализируя изменения состояния здоровых членов семьи, опекающих пациентов с эндогенными психозами, в условиях развития и течения заболевания невозможно не рассматривать особенности семейной системы и её функционирования, формирующиеся чаще всего до манифестации расстройства.

Преморбидные особенности семьи и их участие в формировании болезненной симптоматики.

Роль семейного окружения в формировании мыслительных процессов описана в целом ряде социо-психологических исследований.

Так, воспитывая и опекая ребёнка, родители участвуют в развитии его мышления за счёт процесса коммуникации. Взаимодействие и общение ребенка со взрослыми членами семьи позволяет ему выстраивать и развивать логическое и понятийное мышление, являющиеся основными инструментами освоения окружающего мира (Выготский Л.С., 1932; Поляков Ю.Ф., 1972; Зейгарник Б.В., 1986; Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2014; Tienari P. et al., 2004).

Наиболее наглядным примером, иллюстрирующим формирование особых искажений когнитивных процессов, является противоречивость коммуникаций родителей и ребенка («двойной связи»), описанная G. Bateson et al. (1956). Этот вид взаимодействия построен таким образом, что ребенок не имеет возможности разрешить имеющиеся противоречия, не может уловить логику суждений, выстроить закономерности, что затрудняет развитие мышления, усугубляющиеся при развитии заболевания.

Кроме того, формированию структурных нарушений мышления, характерных для шизофрении, способствуют нелогичность, противоречивость

отношений между членами семьи. Исследования L. Wynne (1958), R. Laing (1965) и представителей миланской школы М. Палацолли с соавт. (2002) позволили описать наличие таких структурно-функциональных особенностей семей пациентов с шизофренией как «псевдоотношения» («псевдовражда», «псевдовзаимность»), «мистификация» и «парадоксальная игра», которые затрудняют понимание ребёнком сути и последовательности семейных взаимоотношений, мешают правильно распознавать мотивы окружающих людей и удерживают участников внутри сформированного патологического семейного взаимодействия. Таким образом, ребёнок оказывается в своеобразной ловушке, тормозящей развитие его процессов мышления и нарушающей его микро- и макро-социальную адаптацию. Безусловно, определённая доля подобных нарушений характерна и для условно здоровых семей, однако, их удельный вес в семьях, где имеется идентифицированный пациент с шизофренией значительно выше.

Затруднения процесса мышления не могут не сказываться на качестве построения и эффективности коммуникации. По данным ряда авторов (Hahlweg K., 1987; Solana R.M., 1988; Corcoran R., Frith C.D., 1996; Docherty N.M. et al., 1997), нарушения отмечаются как у самих пациентов (Corcoran R., Frith C.D., 1996; Docherty N.M. et al., 1997), так и у их родственников (Wild C.M. et al., 1975, 1977; Hahlweg K., 1987; Solana R.M., 1988; Corcoran R., Frith C.D., 1996), при этом взгляды на основную причину данного феномена у учёных разнятся. Одни считают это результатом патологии познавательных процессов (Docherty N.M. et al., 1999, 2000; DeLisi L.E., 2001), в то время как другие видят причины возникновения коммуникативных нарушений в снижении потребности в общении, сложностях построения речевых оборотов и непонимании психического состояния других людей (Критская В.П. и др., 1991; Hardly Bayle M.C. et al., 1994) – те есть нарушениях социального интеллекта. Работа М.В. Алфимовой и др. (2002) показала наличие нарушений коммуникации у родственников пациентов с шизофренией, связанных с проблемами фильтрации информации. Другое, сравнительное исследование родственников первой степени родства с

психотическими пациентами по методикам, основанным на Модели психики человека (Theory of Mind (ToM)) показало, что по уровню эмпатии они не отличаются от условно здоровых представителей социума. Однако, результаты тестов, связанных с восприятием и пониманием метафор, бестактности и ложных убеждений второго рода, у родственников и больных членов семьи оказались одинаково низкими по сравнению со здоровыми лицами, не имевшими психотических больных в семье (Ay R. et al., 2016).

Другими значимыми (Сухарева Г.Е., 1974) нарушениями при эндогенных психических расстройствах являются искажения эмоционального реагирования. В этом случае семья, также, представляет собою первичную среду для формирования адекватных или, напротив, патологических аффективных реакций (аутизации, амбивалентности, эмоциональной нестабильности, неадекватности эмоционального реагирования). Аффективная составляющая взаимоотношений членов семьи, её конгруэнтность текущим жизненным ситуациям и проблемам, поддержание или подавление определённых типов эмоционального реагирования, является основой становления аффективного фона ребёнка.

Также, целым рядом исследований подтверждена взаимосвязь родительского контроля, сверхвключенности, критики с депрессивными и тревожными расстройствами у взрослых пациентов (Воликова С.В., 2006; Холмогорова А.Б. и др., 2011; Холмогорова А.Б. и др., 2016).

Помимо особенностей аффективной и коммуникативной сфер, важную роль в процессе развития ребёнка и формирования преморбидной уязвимости имеют особенности структуры личности родителей. В частности, понятие «шизофреногенной матери», описывает такие особенности, как ригидность, поверхностность, склонность к доминированию, неуверенность и тревожность (Fromm-Reichman F., 1948). Th. Lidz et al. (1956) привел особенности, характерные для «шизофреногенных отцов», описывая их как завышено требовательных, создающих коалиции с детьми в борьбе за власть, соперничающих с сыновьями за

внимание жены и активно стремящиеся подорвать их уверенность, одержимых идеями величия, которые компенсируют собственные неудачи, подчиняемость и отсутствие авторитета в семье.

Каким бы ни было сочетание личностных черт родителей и/или стилей дисгармоничного воспитания в семье, ключевым моментом, способствующим развитию нарушений у пациентов, является неспособность членов семьи выстраивать адекватные отношения друг с другом, выражающаяся в коалиционности, симбиотичности, отсутствии эмоциональной синтонности и доверия друг к другу. В рамках процесса роста и развития ребёнка – это приводит к подавлению или отсутствию поддержки познавательной и аналитической активности ребенка (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2002).

При таких преморбидных искажениях неосознанную поддержку со стороны родственников чаще всего получают личностные нарушения, способствующие развитию патологизирующих изменений таких, как аутизм, амбивалентность во взаимоотношении с окружающими, эмоциональная нестабильность, отсутствие консолидированного и чёткого представления о собственном Я.

Следует отметить, что описанные нарушения типичны не только для семей с идентифицированными пациентами, имеющими психотические расстройства, но и среди условно здоровых семей или семей, где имеются пациенты, страдающие неврозами. В своей работе М. Bowen (1978) отмечал, что нарушения формируются в семейной системе в течении минимум трех поколений, а их накопление и усиление являются базисом для возникновения уязвимости, приводящей к развитию эндогенного процесса. Это соотносится с данными Y. Alanen (1964), который выявил, что в семьях больных шизофренией отмечается большее количество и интенсивность описанных нарушений.

Таким образом, на преморбидном этапе семья пациента имеет ряд специфических особенностей, которые затрудняют или нарушают ход

нормального цикла развития семейной системы и осложняют прохождение его кризисных этапов.

Семья в условиях развития заболевания

Помимо того, что развитие тяжёлого психического расстройства является тяжёлым стрессом для здоровых членов семьи, с точки зрения динамики семейных систем манифестация заболевания представляет собой ненормативный кризис, к которому семья должна адаптироваться.

Проблемы адаптации семьи в условиях манифестации и развития заболевания стало новым направлением изучения, в рамках которого исследуются несколько взаимосвязанных процессов таких как: динамика семьи в условиях болезни; влияние семьи на состояние пациента, его лечение и течение заболевания; влияние морбидных процессов на различные аспекты жизни и здоровья семьи больных с эндогенными психозами.

Исследования К.Г.Теркелсен (1987) показало, что при возникновении заболевания у члена семьи происходит реорганизация (расслоение) семейных структур с формированием разных «слоев». Первый слой представлен своеобразным симбиозом пациента с одним из членов семьи – основным опекуном (чаще с матерью). Этот человек возлагает на себя основные заботы по обеспечению пациента всем необходимым, а также отвечает за построение всех видов социальных контактов, как внутри семьи, так и с социумом. Второй слой формируется из членов семьи, менее вовлеченных в опеку над больным по сравнению с основным опекуном. Родственники, входящие в этот слой, очень часто занимают оценивающую позицию по отношению к основному опекающему лицу, что значительным образом усиливает его напряжение и стигматизацию. Третий слой формируется из дальних родственников и друзей, входивших в круг общения семьи до появления в семье больного. Это микроокружение может значимо

формировать и усиливать стигматизацию и напряжение за счёт критики в адрес семьи больного в целом и основного опекуна в частности. Нередко сюда относятся и работники сферы здравоохранения. Формирование и поддержание такого жесткого распределения ролей приводит к неблагоприятным последствиям для семейной системы. Позже было установлено, что интенсивность и особенности влияния появления психически больного в семье могут меняться в зависимости от распределения опеки над пациентом (Szalita A., 1968; Костерева В.Я., 1978).

Известно, что появление в семье лица с тяжелым психическим расстройством влияет и на другие параметры семейной структуры. Например, в ряде случаев происходит повышение ее адекватной сплоченности, которая рассматривается как вариант конструктивного развития семейной системы при манифестации болезни. При этом, часть исследований отмечает, что чрезмерная сплочённость (симбиотичность) пациента и опекающего лица, при эмоциональной сверхвключенности последнего, способна приводить к формированию коалиций внутри семьи, провоцируя такие негативные эффекты (Lippi G., 2016; Koutra K. et al., 2016) как повышение критичности (Schlosser D. et al., 2010), напряжённости и тревожности родственников (Юрьева Л.Н., Шустерман Т.И., 2009; Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2015).

Противоположно, ослабление сплоченности описывается как деструктивный фактор, приводящий к нарастанию конфликтности в семье. Работа K. Gurak, A. G. Weisman de Mamani (2016) демонстрирует взаимосвязь выраженности симптомов с низким уровнем сплочённости, эти же результаты подтверждаются и исследованиями Dewangan R. et al. (2018).

Установлено, что, как высокая, так низкая сплочённость в случае неадекватной выраженности повышает риск развития рецидива психоза (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2015; Tienari P. et al., 2004).

Больной и семья

Помимо нарушений структуры семьи, важно учитывать и особенности больного шизофренией: их повышенную чувствительность и ранимость относительно широкого круга психотравмирующих факторов (Смулевич А.Б., 1987). Вполне переносимые для любой другой семьи кризисы, противоречия и конфликты в семье психотического больного могут стать фактором психической травматизации пациента.

Рядом исследований доказано влияние негативных форм отношения к больному (чрезмерной эмоциональной экспрессии родственников, игнорирования больного близким окружением, попытками принятия дисциплинарных мер, попытками разубеждения психотической симптоматики, излишней критики и гиперопеки) на увеличение частоты рецидивов психотических состояний (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2007; Солоненко А.В., 2009). В этом случае сниженная стрессоустойчивость больного шизофренией с одной стороны и неблагоприятный социально-психологический климат с другой, вступают во взаимодействие, усиливая друг друга.

Широко известно, что частые рецидивы у больных шизофренией приводят к ухудшению течения заболевания за счёт более интенсивной продуктивной симптоматики на стадии обострения и сохранения её в резидуальной форме в период ремиссии, нарастанию негативной симптоматики, когнитивных нарушений, снижению функционирования, а также возрастанию социально-психологических проблем, в целом усиливая дезадаптацию пациента. Совокупность описанных проблем пациента приводит к прогрессивному увеличению нагрузки на семью, создавая замкнутый круг (Pazvantoglu O. et al., 2014).

Таким образом, семейное окружение, с одной стороны оказывает влияние на состояние пациента, а с другой, испытывает целый ряд негативных эффектов и феноменов, таких как ухудшение собственного здоровья и качества жизни,

нарастание социальной ангедонии, формирования эмоционального выгорания, семейной обременённости и семейной стигмы.

Бремя семьи.

Первые предпосылки к рассмотрению проблем родственников пациентов с шизофренией появились с 40-х годов 20 века. Тогда же впервые возник термин «бремя семьи», введённый М.В. Treudley (1946). Этот термин отражал ряд негативных последствий, связанных с появлением в семье индивида с тяжёлым психическим заболеванием и необходимостью организации ухода за больным, что, в свою очередь, требовало преобразовать сложившийся образ жизни членов семьи.

Осознание влияния психического заболевания члена семьи на его ближайшее окружение стало толчком для всесторонних исследований, направленных на изучение различных проблем и аспектов жизнедеятельности членов семьи пациентов с шизофренией. Так, за последние три десятилетия были изучены уровень тревоги и нервно-психического напряжения, качество жизни, здоровье, супружеские и семейные отношения (Стоянова Н.Я., 1989; Солохина Т.Д. и др., 1998; Harbin H., Madden D., 1979; Gibbons J. et al., 1984).

Ряд исследователей выделяют объективное и субъективное бремя семьи (Судьин С.А., 2012; Carers U.K., 2003).

Субъективные проблемы обремененности связаны с эмоциональными переживаниями, сопровождающими развитие и течение психического расстройства у члена семьи: принятие\ семейная перцепция заболевания; переживание скорби, печали и вины; ощущение «символической» потери/ «краха» имевшихся ожиданий и планов; хроническое переживание негативных эмоциональных реакций; боль сопереживания. Интенсивность эмоциональных переживаний во многом обусловлена структурно-функциональными особенностями семьи, степенью эмоциональной близости между родственниками

и их вовлечённости в помощь пациенту – с одной стороны и особенностями течения заболевания (тяжестью расстройства и особенностям его проявления).

Объективная обремененность обусловлена следующими причинами: институциональными, включающими особенности законодательства в области психиатрии и/или взаимодействия с медико-социальными службами); отсутствием опыта взаимодействия с больным, стигматизацией психиатрических пациентов и их окружения, изменением структуры семьи, изменением бытового функционирования, финансовыми затруднениями, ухудшением здоровья (физического и/или психического здоровья), ограничением привычной социальной активности.

Изучалась распространенность семейного бремени в семьях с психически больными. В работе M. Viana et al. (2013) представлены данные распространенности семейного бремени в странах с различными уровнями достатка (высоким, выше среднего и низким / ниже среднего) среди родственников первой линии родства, чьи близкие имеют серьезные проблемы со здоровьем в диапазоне от 18,9 до 40,3%. При этом, в 22,9–31,1% случаев обременённость была в большей степени обусловлена нехваткой времени, у 10,6–18,8% близких родственников финансовыми проблемами, в 23,3–27,1% случаев - психологическим стрессом, а в 6,0–17,2% чувством неловкости.

Благодаря существующим исследованиям выделены факторы, влияющие на выраженность бремени семьи, которые можно разделить на две группы: связанные с особенностями пациента и течением его заболевания и обусловленные самой семейной системой.

Исследования, связанные с самим больным, фокусируются на социо-демографических показателях: уровне образования, наличии работы, собственном семейном статусе пациента и клинико-anamnestических данных: нозологической принадлежности заболевания, качестве и выраженности психопатологической

симптоматики, длительности заболевания и частоте обострений. Сравнительное исследование выраженности семейного бремени S. Koujalgi & S. Patil (2013) у родственников опекающих аффективных больных и пациентов с расстройствами шизофренического спектра показало менее интенсивное переживание обременённости у первых.

Исследование M.M. Peng et al. (2019) показало, что молодой возраст пациентов взаимосвязан с большей выраженностью обременённости у лиц, опекающих пациентов с шизофренией.

Результаты работы D. Ukpong (2012), указывают на прямую взаимосвязь выраженности негативной симптоматики и интенсивности бремени. Другие исследователи (Hjärthag F. et al., 2010; Koutra K. et al., 2016) отмечали, что уровень семейного бремени преимущественно связан с выраженностью продуктивной симптоматики. Усугубление семейного бремени близкого окружения пациента за счёт частых обострений продуктивной симптоматики и нарастание негативной симптоматики, ухудшающей социальную адаптацию больных, также описывается и в работах M.A. González-Torres et al. (2007) и J. Gutiérrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar (2009).

Анализ интенсивности семейного бремени в различных литературных источниках на разных этапах заболевания неоднороден. Например, работа M. Ruggeri et al. (2017) показывает, что выраженность «бремени» показатель достаточно стабильный по своей выраженности, а K. Koutra et al. (2016) показали возможность формирования более интенсивной обременённости на ранних этапах заболевания при значительном нарушении социального функционирования у пациента. В исследовании (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2020) была продемонстрирована динамичность интенсивности семейного бремени. В начале заболевания обнаружен более низкий уровень обременённости родственников, с его возрастанием на отдаленных этапах заболевания, что, по-видимому, было обусловлено постепенным и неизбежным накоплением проблем в жизни семьи и

напряжением адаптационно-компенсаторных механизмов у близких больного. При увеличении длительности заболевания происходило снижение интенсивности бремени семьи за счет постепенной адаптации близкого окружения к изменившейся жизненной ситуации. Важной находкой стало выявление нарастание интенсивности бремени при многократном стационарном лечении.

Работы, посвященные изучению факторов, связанных с самой семьей, влияющих на распространенность и интенсивность семейного бремени, позволили выделить 9 основных причин:

- этнические и культуральные,
- эмоциональные реакции на факт болезни (ЕЕ — expressed emotions);
- стресс, связанный с симптомами,
- беспокойство членов семьи из-за вероятного прогноза заболевания и возможности контролировать симптоматику,
- наличие и особенности социальной поддержки у семьи,
- семейная позиция относительно пациента,
- специфика семейного совладающего поведения и
- участие в психосоциальных программах,
- возраст опекунов (Panayiotopoulos C. et al, 2013; Caqueo-Urizar A. et al. 2014; Neeli Uma Yothi et al., 2015).

По данным исследований A.L. Horowitz & S.C. Reinhard (1995) и С. Panayiotopolus et al. (2013) степень обременённости может значительно отличаться в зависимости от этнической принадлежности семьи. Например, в странах, где семья традиционно состоит из нескольких поколений и большого количества родственников, обязанности по уходу за больными шизофренией распределяются

более равномерно. Кроме того, эти семьи реже обращаются за помощью в службы социальной поддержки при отсутствии ремиссии. K. Gurak & A. G. Weisman de Mamani (2016) также отмечали, что этнические меньшинства за счёт своей сплочённости испытывают менее интенсивную обременённость. R. Dewangan et al. (2018) отмечают, что при наличии больного в большой семье даже интенсивно выраженная негативная симптоматика вызывает меньшую обременённость.

Работа других учёных (Саqueo-Urizar A. et al., 2011) показала, что уровень семейного достатка (семейный доход) так же является значимым фактором, способным снижать или повышать степень семейной обременённости. В исследовании M. Viana et al. (2013) получены данные, что финансовая обременённость семьи составляла в среднем 15,1% от дохода семьи в странах с высоким уровнем дохода, 32,2% в странах с уровнем дохода выше среднего и 44,1% в странах с низким уровнем дохода / уровнем дохода ниже среднего. R. Dewangan et al. (2018) подтвердили значимость семейного дохода при формировании негативных эффектов для семьи при наличии больного.

Ряд работ была посвящена изучению гендерных различий переживания обременённости. По данным M. Viana et al. (2013), женщины переживают семейное бремя более интенсивно, что подтверждается и работой A. Saqueo-Urizar с соавт. (2014), обнаружившей наиболее выраженное негативное отношение к шизофрении у матерей, опекающих больных детей.

Также получены данные о большей выраженности бремени семьи среди родственников первой степени: родителей, супругов и детей, проведённый показал большую выраженность семейного бремени у родителей, супругов и детей пациентов, по сравнению с братьями и сестрами (Viana M. et al., 2013), что, вероятно, обусловлено более частым совместным проживанием и включённостью в сопровождение больного в процессе лечения. Эти данные подтверждается и другими исследованиями (Wai-chi Chan S., 2011; Shamsaei F. et al., 2015).

Исследования N. Fujino & H. Okamura (2009), F. Shamsaei et al. (2015) показали зависимость уровня бремени семьи от возраста лиц, опекающих больного. Обнаружено, что лица старшего возраста, опекающие больного, сильнее тревожатся из-за необходимости оставить на кого-то заботу о своём больном родственнике в случае их смерти.

Говоря о феномене семейной обременённости невозможно не затрагивать вопросы, касающиеся выраженности уровня психологического дистресса, как психоэмоциональной реакции на появление лица с тяжёлым психическим расстройством.

Психологическое и соматическое здоровье у опекунов

Среди многочисленных трудностей, испытываемых людьми, опекающими больных с тяжёлыми расстройствами, выделяют риск развития психологических и эмоциональных проблемы (Salleh M.R., 1994).

В работы (Mitsonis V. et al., 2012) были обнаружен ряд нарушений, которые испытывали опекуны «тяжелых» больных. Среди них: высокий уровень соматизации и межличностной чувствительности, депрессии, тревожности, неприязни и обсессивно-компульсивных симптомов в сравнении с не имевшими на попечении пациентов с эндогенными расстройствами. Подобные результаты получены и в исследовании В. Булыгина и др. (2019): 64,71% обследованных родственников психотических больных выявляли более высокую, по сравнению с нормативами, выраженность дистрессовых реакций по следующим симптомам «обсессивно-компульсивные симптомы», «межличностная сензитивность», «депрессивность», «тревожность», «фобия», «паранойяльность», «психотизм», «общий индекс тяжести симптомов».

Выявлено, что большая включенность родственников в помощь и заботу больному человеку ассоциировалась с наличием негативных изменений

физического здоровья, интенсивности стресса, депрессии и меньшим ощущением субъективного благополучия (Pinquart M., Sörensen S., 2003). В обзоре R. Schulz и P.R.Sherwood (2008) отмечается, что лица, опекающие психически больных, чаще страдают от депрессии и, в процессе сопровождения пациентов, начинают более пренебрежительно относиться к своему здоровью, реже поддерживая собственный режим питания и своевременное обращение за медицинской помощью. В частности, в работе S. Lee et al. (2003) было продемонстрировано повышение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, опекающих больных супругов девять и более часов в неделю. Данные о влиянии нагрузки опекуна на физическое здоровье подтверждается и в исследовании B. Lovell и M.A. Wetherell (2011), которое показало изменение в функционировании гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и иммунной систем, что особенно значимо проявляется у лиц старшего возраста. Исследование Chang H.Y. et al. (2010) показало более высокую частоту цефалгий, эпизодов учащённого сердцебиения, болей и ощущения сжимания за грудиной, неприятных ощущений в виде покалывания в различных частях тела и бессонницы.

Существуют и исследования, посвященные изучению гендерного и возрастного параметров опекунов на уровень дистресса, связанного с уходом за больным родственником. Наиболее согласованы результаты исследований относительно взаимосвязи уровня психологического дистресса и пола опекающих лиц, согласно которым женщины более уязвимы (Gutie'rrrez J. et al., 2005; Mitsonis D. et al., 2012).

Большинство исследователей отмечают возраст, как фактор для формирования дисстрессовых реакций и усиления обременённости опекуна. Этот факт характерен не только для лиц, опекающих пациентов с шизофренией (Souza A.L.R. et al., 2017), но и для тех, кто осуществляет уход за пациентами с болезнью Альцгеймера (Díaz Martinez A., Manuel J., Tornal P., 2017).

Помимо параметров опекающих лиц, на уровень их дистресса оказывают влияния и клинические характеристики заболевания члена семьи. Хотя данные об этом, в существующей литературе носят противоречивый характер. Так в исследовании, проведенном Alzheimer's Association в 2007 указывается на наибольший стресс и обременённость при деменции, в то время как более поздняя работа M. Shahnawaz, R. Kumar Gaur, S. Kumar (2017) не выявила достоверных различий в уровне обременённости родственников, опекающих пациентов с шизофренией и болезнью Альцгеймера.

Исследования, посвященные обремененности членов семьи, проживающих и ухаживающих за больными с тяжелыми психическими расстройствами, показали следующие результаты. Результаты по взаимосвязи с длительность заболевания и выраженностью симптоматики крайне неоднозначны. Так, в отношении продуктивной и негативной симптоматики, часть исследователей описывает влияние и тех и других симптомов (Provencher H. et al., 2003; Mitsonis D. et al., 2012), часть отмечает значимость негативной симптоматики (Roick C. et al., 2006), а некоторые работы демонстрируют отсутствие взаимосвязей между выраженностью обоих видов симптомов (McDonell M.G. et al., 2003).

Качество жизни опекающих лиц

Совокупность негативных воздействий и особенностей собственных реакций на ситуацию болезни члена семьи приводит к изменению качества жизни и степени удовлетворённости ею. Ряд зарубежных исследований продемонстрировали негативное влияние продолжительности заболевания, выраженности агрессивного поведения, низкого социального функционирования больных на качество жизни членов семьи больного. Также снижает качество жизни выраженная инвалидизация пациентов. (Rabinowitz J. et al., 2013; Kate N. et al., 2013; Gutiérrez-Maldonado J. et al., 2012; Caqueo-Urizar A. et al., 2017).

Отечественные исследователи Т.А. Корман и В.В. Бочаровым (2010), установили, что наименьшая удовлетворённость качеством жизни отмечалась у женщин, одиноких родителей и в группах родственников старшего возраста.

Эмоциональное выгорание родственников

Известно, что длительный дистресс лиц «помогающих» профессий тесно связан с развитием синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). На основании этого концепта появились и работы, рассматривающие выраженность и структуру СЭВ у родственников, опекающих больных. Термин эмоционального выгорания (Pines A. et al., 1981) подразумевает под собой состояние физического, эмоционального и психического (mental) истощения, вызванного длительной вовлеченностью человека в эмоционально перегруженные ситуации. Хотя, до недавнего времени проблема выгорания рассматривалась в рамках психологии профессиональной деятельности, однако, в последние годы в зарубежной психологии проведено достаточно большое количество исследований проблемы вне рамок профессиональной деятельности, в том числе и в контексте детско-родительских отношений (Lindstrom C. et al., 2010; Roskam I. et al., 2017).

В России вопрос эмоционального выгорания вне трудовой деятельности до недавнего времени не поднимался. Однако в последние годы появилась тенденция к переосмыслению сложившегося подхода, что отражено в целом ряде отечественных работ, посвященных эмоциональному выгоранию родителей больных детей (Ефимова И.Н., 2013; Базалева Л.А., 2010). Е.В Корень Е.В. и др., (2009) указывая, на значимость семьи пациента в лечебно-реабилитационном процессе в условиях деинституализации психиатрического лечения, акцентирует внимание на значимости адекватного эмоционально-психологического функционирования членов семьи, и главным образом матерей больных, поскольку в нашей культуре чаще всего они обеспечивают сопровождение лечения. Страх за жизнь ребенка и желание сделать все возможное для его выздоровления

обуславливают высокую вовлеченность родителей в лечебный процесс, нередко превращая деятельность, направленную на борьбу с болезнью, в смысл жизни. Однако, особенности и длительность течения заболевания со временем приводят к личностным изменениям и нарастанию социально-психологической дезадаптации, провоцируя у опекающих лиц ощущение бесполезности и бесперспективности. Эти тяжелые переживания и последующая трансформация эмоционально-психологического реагирования возможно рассматривать с точки зрения концепции выгорания.

Изучение феномена эмоционального выгорания по сопровождению больных родственниками, а не специалистами в сферах социальной помощи и здравоохранения, развивается постепенно (Бочаров В.В., Шишкова А.М. 2021). Благодаря исследованию, проведенному К.В. Кмить и др., (2018), на основе опросника MBI и трехкомпонентной модели выгорания С.Maslach, была разработана методика для оценки эмоционального выгорания матерей подростков, страдающих шизофренией. Эта методика позволила описать процесс динамического формирования выгорания в виде трёх, развивающихся относительно независимо во времени, процессов: истощения, дистанцирования и снижения эмоциональной вовлечённости, а также разочарования и утраты мотивации.

А в зарубежной литературе особое место занимает разработка специфических моделей формирования данного феномена (Gérain P., Zech E., 2019).

Проблема стигмы семьи и пациента

Стигма – или этикетирование различных меньшинств или групп населения по определённому признаку - явление универсальное, охватывающее многие сферы жизни человека (медицинскую, социальную, культуральную). Психически

больные – особая группа, подвергающаяся остракизму на всем протяжении истории человечества. (Biernat M., Dovidio J., 2000).

Исследования источников стигматизации обнаружили, что социальная или внешняя стигма – это сложный конструкт, включающий 3 концептуальных уровня: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Когнитивная составляющая – это стереотипные стойкие, иррациональные и эмпирические неподтвержденные негативные убеждения о людях с психическими расстройствами и их семейном окружении, снижающие терпимость к этой группе людей. Эмоциональный уровень определяется как предрассудки, накладывающие эмоциональную реакцию на стереотипные убеждения. Это способствует обесцениванию больного и его родственников в личностном и социальном контекстах. Третий уровень – это проявление дискриминации в виде поведенческой реакции, сформировавшейся на основании стереотипов и предрассудков.

Факт наличия психиатрического диагноза нередко становится стрессом как для пациентов, так и для их семей, провоцируя трудности в межличностных отношениях, профессиональной жизни, снижая их самооценку (Kashdan T.V., Rottenberg J., 2010). Исследования, проведенные как среди пациентов, страдающих шизофренией (Üçok A., Brohan E., Rose D., et al., 2012; Gerlinger G., Hauser M., De Hert M., et al., 2013), так и среди их родственников (Angermeyer M., Schulze B., Dietrich S., 2003), описывают переживаемые ими стигматизацию и дискриминацию со стороны социума.

Семья психически больного сталкивается не только с проблемами, связанными с внутренними изменениями из-за заболевания одного из своих членов. Значимую долю неблагополучия как пациента, так и его родственников составляет стигматизация (Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В., 1999; Финзен А., 2001; Косенко В.Г., Солоненко А.В., 2008; Солоненко А.В., 2009; Herman V.F. Jores J.E., 1976). Представления о психических заболеваниях и психически больных в обществе фокусируются вокруг опасности и

непредсказуемости данного феномена для окружающих. В связи с этим, происходит этикетирование больных и их семей, что приводит к их постепенному обособлению от основной массы общества, а также различным видам дискриминации, ущемлению в правах и интересах (Hoenig J., Hamilton M.W., 1969).

Однако, ещё одной стороной проблемы является тот факт, что как пациенты, так и их родственники, также являются носителями стереотипов и предрассудков. Это приводит к тому, что сами пациенты могут проецировать социальную стигму и дискриминировать других больных (Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д., 2017) или родственники усиливать страдания от стигматизации у опекаемых ими лиц (González-Torres M.A., Oraa R., Arístegui M. et al., 2007).

Негативным последствием социальной стигмы в отношении психически больных и их близких является формирование у них внутренней стигмы или самостигматизации, когда речь идёт о пациентах, и\или семейной стигмы, если касается их близкого окружения.

В обзоре D.Kriesman et V.Joy (1974 г.), включившем анализ более 50 исследований, посвящённых изучению семейной стигмы было показано, что подавляющее большинство родственников психически больных испытывали «чувство вины и стыда», а в случае наличия больного шизофренией им было свойственно сокрытие психической патологии и чрезмерное переживание из-за возможного факта разглашения, что приводило к отсроченному обращению за специализированной помощью в случае обострения психического заболевания, а так же нарастанию самоизоляции и обремененности у опекающих лиц.

Источниками внешней стигмы для семьи больного являются как общество в целом, так и часть медицинского персонала, формируя ощущение инакости у пациента и его родственников (Финзен А., 2001). «Особое» отношения к родственникам (Бурковский В.Г., 1980) со стороны психиатрического персонала, часто построенное на предубеждении о психическом нездоровье всех членов семьи

пациента с шизофренией, приводит к усилению ощущения неполноценности, снижая личностную адаптацию.

Факторы, влияющие на интенсивность и структуру семейной стигмы, можно разделить на две группы: связанные с социо-демографическими параметрами пациента, особенностями течения его заболевания и связанные с самой семейной системой.

Несмотря на то, что ряд авторов S.M. Fernando et al. (2017) и M. Koschorke et al. (2017) отмечал наличие взаимосвязи молодого возраста и наличия занятости пациентов больных эндогенными психозами с выраженностью семейной стигмы, данные мета-анализов 2010 и 2018гг. этого не подтвердили (Livingston J.D., Boyd J.E., 2010; Shi Y. et al., 2019).

В работе C.C. Chang et al. (2017) показана, большая интенсивность семейной стигмы родственников, опекающих больных шизофренией по сравнению с семьями, где имелся больной с аффективной патологией.

Данные исследований взаимосвязи выраженности психопатологической симптоматики и семейной стигма неоднозначны. M. Koschorke et al. (2017) описывает тесную взаимосвязь между выраженностью психопродуктивной симптоматики и интенсивностью семейной стигмы, а в исследовании E.S. Chen et al. (2016) связь не прослеживается.

Существуют исследования, посвященные взаимосвязи нагрузки родственников и семейной стигмы. Рядом авторов получены данные прямой корреляции возрастания переживания родственниками стигмы и длительности заболевания родственника, а также часов, проводимых с больным (Mac W.W.S., Cheung R.Y.M., 2008; Shi Y. et al., 2019).

Изучение социо-демографических особенностей родственников и внутренней семейной стигмы показало общую положительную взаимосвязь между

возрастом опекающих лиц и уровнем внутренней стигмы С.С. Chang et al. (2017). А исследование Т. Shibre et al. (2001) обнаружило максимальную выраженность семейной стигмы в группе от 45 до 65 лет. Подобная динамика стигмы чаще всего объяснялось ростом семейной обременённости и снижением адаптивных ресурсов опекающих лиц с возрастом. Аналогичные данные были получены при изучении семейной стигмы и в русскоязычных семьях. В частности, в работе Н.Б. Лутовой и О.В. Макаревич (2020) получены данные об увеличении интенсивности семейной стигмы с увеличением возраста родных. При этом ряд исследований не обнаруживают взаимосвязи между переживанием стигмы и возрастом опекающих больного (Weldeslasie Hailemariam K., 2015; Shi Y. et al. 2019).

Большинство исследований, анализирующих гендерный фактор, как в общих выборках семейного окружения, так и в подгруппе «родители», показывают, что у мужчин общий уровень переживания стигмы ниже, чем у женщин (Thara R., Shrinivasan T.N., 2000; Fernando S.M. et al., 2017). Однако, в исследовании, проведённом в Южной Индии, была отмечена обратная закономерность – мужчины испытывали более высокую стигму (Charles H. et al., 2007). Противоречивость имеющихся данных гендерных различий переживания стигмы принято объяснять особенностями этно-культуральных традиций ухода за больным членом семьи (Snowden L.R., Yamada A., 2005; Петров Д.С. 2012). Отечественное исследование продемонстрировало тенденцию к увеличению общей интенсивности переживания семейной стигмы у женщин при более заметной разнице ее структуры: женщины более интенсивно переживали социальную самоизоляцию и сокрытие факта болезни, а мужчины - ощущение воспринимаемого обесценивания (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2020). При этом встречаются работы, не подтверждающие наличие взаимосвязи между полом опекающих лиц и выраженностью семейной стигмы (Fernando S.M. et al., 2017; Shi Y. et al., 2019)

Изучение степени переживания семейной стигмы среди близкого окружения с различной степенью родства к пациенту следующие результаты.

Среди родителей пациентов с шизофренией, по данным многочисленных исследований, переживание стигмы у матерей было выше, чем у отцов (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2020; Thara R., Shrinvasan T.N., 2000; Fernando S.M. et al., 2017). Однако, в исследовании, проведенном в Южной Индии, была отмечена обратная закономерность – мужчины испытывали более высокую стигму (Charles H., Manoranjitham S.D., Jacob K.S., 2007). Противоречивость данных об уровне внутренней стигмы у членов семьи исследователи достаточно часто объясняют этно-культуральными традициями, связанными с уходом за больными в семьях (Snowden L.R., Yamada A., 2005). Однако, переживание интенсивной внутренней стигмы у матерей пациентов, обнаруженное в разных исследованиях, может объясняться более тяжёлым восприятием диагноза (Caqueo-Urizar A., Maldonado J.G., Ferrer-Garcia M., 2011) и большим давлением чувства вины за возможные «плохие гены» или «неправильное» воспитание.

Супруги психически больных (мужья и жёны), обнаруживали более высокий уровень переживания воспринимаемого обесценивания по сравнению с биологическими родственниками (Gilbert P., 2004; Лутова Н.Б., Макаревич О.В. 2020). Предполагается, что подобные переживания проистекают из «эволюционных источников» формирования стигмы, обуславливающих восприятие партнера как «непригодного ни генетически, ни сексуально, ни для совместной деятельности» (Gilbert P., 2004), что приводит к собственному обесцениванию (Brady N., McCain G., 2004).

Сиблинги больных отличались более низким уровнем сейной стигмы, что скорее всего определялось их опосредованным участием в сопровождении пациента. Тем не менее, сокрытие факта психического заболевания было для них достаточно актуальным (Лутова Н.Б., Макаревич О.В. 2020; Yin Y. et al., 2014).

Хотя в большинстве литературных источниках не изучается влияние трудового статуса и наличия других опекаемых лиц (детей) на уровень переживания внутренней стигмы членов семьи, в работе Н.Б. Лутовой и О.В.

Макаревич (2020) получены данные, что родственники, имеющие регулярную занятость, испытывали опасения негативной реакции окружающих на факт наличия в семье психически больного, что приводило к потребности сокрытия и повышению воспринимаемого обесценивания, наличие в семье других, нуждающихся в опеки (в том числе детей), способствовало формированию менее интенсивной социальной самоизоляции.

Отдельный интерес представляют исследования влияния выраженности семейного бремени и параметры семейной стигмы, но работ, посвященных этой теме – единицы. Данные M. Yildiz et all. (2018) демонстрируют наличие ассоциированности между семейной обремененностью и выраженностью семейной стигматизацией. В отечественном исследовании интенсивность взаимосвязи между этими двумя параметрами оказалась более устойчивой, что по мнению авторов обусловлено социо-культуральными особенностями изучаемой выборки (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2020).

Суммируя все вышеизложенное, следует отметить, что с одной стороны, родственники психически больных находятся в состоянии постоянного напряжения, обусловленного как субъективными переживаниями, так и объективными нагрузками и подвержены значительному влиянию неблагоприятных факторов, среди которых можно выделить: стигматизацию, нарушения семейных взаимоотношений, бытовые и материальные затруднения. С другой стороны, данные о реакциях и переживаниях родственников относительно больного в различных работах достаточно противоречивы, что нуждается в дополнительных исследованиях русскоязычной выборки. Кроме того, значимость исследования параметров семьи обусловлена возрастанием ее роли находящаяся в состоянии постоянного напряжения, обусловленного как внутренними, так и внешними конфликтами в лечебном процессе и необходимостью оказания ей сфокусированной помощи, исходя из имеющихся нарушений.

Среди многочисленных негативных последствий социальной стигмы отдельно выделяют внутреннюю стигму (самостигматизацию).

Самостигматизацию рассматривают как деструктивный процесс принятия и переживания стигмы и нового для себя статуса, который приводит к трансформации социальной и личностной идентичности больного в связи с принятием им роли больного (Link B.G., 2001). Формирование самостигматизации представляет собой последовательный процесс, когда при установлении диагноза психического расстройства общественные стереотипы и предрассудки становятся для индивида особенно релевантны и заметны, воспринимаясь как собственная личностная характеристика. Затем возникает их эмоциональное одобрение, приводящее к снижению самооценки и формируется поведенческий ответ в виде дистанцирования и социальной изоляции индивида. Это, в свою очередь, провоцирует избегание обращения и отказы от психиатрической помощи и далее – повторные обострения, госпитализации, снижение качества жизни. Так формируется «порочный круг», усугубляющий переживание самостигматизации. Важным представляется, что в формировании внутренней стигмы больного соучаствует и его семейное окружение, испытывающее, в свою очередь, давление внешней стигмы. Важно отметить, что развитие и интенсивность самостигматизации больного ухудшает его состояние, течение и прогноз заболевания, становясь источником дополнительной обремененности семьи.

Рассматривая влияние клинико-динамических параметров больного на его близкое окружение, представляется важным рассмотреть явление социальной ангедонии, как характеристику, влияющую на общую адаптацию пациентов и близкого окружения.

Под ангедонией, в целом, принято понимать недостаточность способности к переживанию удовольствия (Рибо Т., 1898). Сложность идентификации и интерпретации данного феномена складывается из многочисленных спорных моментов.

Изначально концепция социальной ангедонии была сформулирована в рамках психологического исследования, как нарушение способности получать удовольствие больными с тяжёлыми соматическими расстройствами, а также частично использовалась в психоаналитических концепциях. В дальнейшем наибольшее развитие она получила в психиатрии.

Данный феномен рассматривался и как неспецифический элемент дефицита психического функционирования при разных формах психической патологии (Harrison A. et al., 2014), и как один из основных компонентов депрессии (Klein D., 1974).

Исследование феномена в рамках заболевания шизофренией позволили выделить различные формы ангедонии – физическую и социальную (Chapman L.J. et al., 1976). Последняя обладает особым значением для психотических пациентов и определяется как снижение способности испытывать интерес и получать удовольствие от социального взаимодействия, что приводит к нарушению социальной компетенции пациента в целом и способствует его изоляции.

Дальнейшие исследования показали, что интенсивность социальной ангедонии у больных с шизофренией взаимосвязана с ростом числа негативных эмоций, что при одномоментном уменьшения спектра и амплитуды положительных эмоций сопровождается повышением показателей как социальной, так и физической ангедонии (Blanchard J.J. et al., 1998). Одновременно это делает пациента более уязвимым к восприятию негативных эмоций (Strauss G., Gold J., 2012). Постепенно сниженную способность испытывать удовольствие от социального взаимодействия стали квалифицировать как один из ключевых эмоциональных дефицитов при шизофрении, в значительной степени предопределяющий нарушения социального функционирования у пациентов (Blanchard J.J. et al., 2011).

Другой проблемой феномена социальной ангедонии в рамках изучения психотических больных, является наличие данного феномена и у родственников, опекающих пациентов. Так, F. Schürhoff и соавт. (2003) описывали предполагаемое увеличение риска развития шизофрении при наличии определенного генотипа, проявляющегося выраженной ангедонией у членов семьи первой степени родства. A W. Hogan с соавт. (2004) описывают тот факт, что здоровые родственники больных шизофренией отличаются выраженной ангедонией и у них часто отмечаются признаки, относящиеся к симптомам шизоидного, шизотипического, параноидного расстройств личности по DSM.

Наличие и выраженность социальной ангедонии у пациентов с эндогенными психозами и её влияние на особенности социального функционирования больного могут оказывать существенное влияние на состояние членов его семьи напрямую, как отдельно взятый феномен, или опосредованно, в комплексе проявлений дефицитарной симптоматики. С другой стороны, опекающие лица могут быть и сами уязвимы за счёт «носительства» ангедонии, что может снижать их социо-адаптивные ресурсы и, при воздействии негативных факторов (обременённости, стигмы), усугублять их неблагополучие, усиливая потребность в профессиональной помощи. Однако, данный вопрос требует более детального изучения (Кананович П.С., Бархатова А.Н., 2017).

Таким образом, многообразие факторов, связанных с комплаентностью больного и с обременённостью его близких формируют сложные, взаимодействующие системы, взаимное влияние которых друг на друга нуждается в прояснении.

Однако, хотя попытки исследования семейного бремени в популяции русскоязычных родственников, опекающих пациентов с психическими расстройствами, делались неоднократно (Гурович И.Я. и др., 2004; Корень Е.В., Куприянова Т.А., 2012; Brannan A.M. et al., 1997), данных об инструментах с подтверждёнными психометрическими характеристиками в изученных

литературных источниках обнаружить не удалось. Так, даже широко используемый в международных исследованиях опросник бремени ухаживающего лица Зарит (Zarit Burden Interview - ZBI), несмотря на наличие перевода и адаптации для русскоязычных респондентов, выполненных компанией разработчиком (Marí), и использованный в ряде исследований (Гантман М.В., 2015; Gavrilova S.I. et al., 2008), не имел опубликованных данных о валидации. Данный факт стал отдельной задачей проведённого диссертационного исследования.

Глава 2

Материалы и методы исследования

В исследовании было включено 226 человек. В 26 респондентов выбыли из исследования, не полностью пройдя процедуры исследования. В окончательный анализ вошло 200 человек. Из них: 100 пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, проходящих добровольное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; и 100 человек - родственников, опекающих этих больных.

Критерии включения, невключения и исключения

Критерии включения для пациентов:

- добровольное информированное согласие на участие в исследовании;
- возраст от 18 до 70 лет;

- добровольное лечение в психиатрическом стационаре;
- этап формирования медикаментозной ремиссии.

Критериями невключения больных:

- диагнозы пациентов, отличные от рубрики F2;
- состояние, требующее режима усиленного наблюдения в связи с остротой психопродуктивной симптоматики;
- выраженные когнитивные расстройства.

Критерии исключения:

- отказ от участия в исследовании на любом из его этапов;
- выявление критериев невключения на любом из этапов исследования (обострение психического состояния);
- неполное заполнение предложенных методик.

Критерии включения родственников больных:

- подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании;
- возраст от 18 до 85 лет,
- отсутствие участия в психосоциальных семейных интервенциях в течение последних 3-х месяцев перед включением в исследование;
- диагноз опекаемых больных соответствовал критериям рубрики МКБ-10 F2.

Критерии невключения:

- диагнозы опекаемых пациентов, отличные от рубрики F2;
- наличие у родственников тяжёлой соматической или неврологической патологии, не позволяющей справиться с процедурами исследования.

Критериями исключения являлись:

- отказ от участия на любом из этапов исследования;
- неполное заполнение опросников.

Родственники и пациенты обследовались независимо друг от друга на этапе становления ремиссии заболевания пациента.

Этические аспекты. Все процедуры диссертационного исследования прошли экспертизу независимого этического комитета при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и были одобрены для проведения (выписка из протокола №5 от 23.04.2020), как соответствующие требованиям последней версии Хельсинской декларации и стандартам GCP (good clinical practice – надлежащая клиническая практика).

Материалы исследования.

В окончательный анализ вошло 200 обследованных – 100 пациентов с диагнозами, относящимися к рубрике F2 по МКБ-10, и 100 родственников, сопровождающих их в процессе лечения.

Описание выборки пациентов

Для обследованных пациентов средний возраст составил 38 ± 10 лет. Пациенты, так же как и опекающие их лица, были распределены на 4-е возрастные группы: 20-29 лет – 18 (18%) опрошенных, 30-39 лет – 38 (38%) пациента, 40-49 лет – 34 (34%) респондента, 50 и более лет – 10 (10%) человек. Состав выборки по полу: 24 (74%) женщины, 26 (26%) мужчин. Диагноз 72 (72%) пациентов соответствовал рубрике F20 (Шизофрения), а у остальных 28 (28%) обследованных больных соответствовал другим рубрикам раздела F2 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) согласно МКБ-10.

Описание выборки родственников, опекающих больных.

Средний возраст обследованных родственников составил $53,1 \pm 11,1$ года. Респонденты были распределены в четыре возрастные группы: 30-39 лет – 14 (14%) человек, 40-49 лет - 24 (24%) человека, 50-59 лет – 35 (35%) респондентов, 60 и более лет – 27 (27%) включённых в исследование родственника. Среди них было 69 (69%) женщин и 31 (31%) мужчин.

Методы исследования.

В настоящем исследовании применялись: клинико-психопатологический, клинико-anamnestический, экспериментально-психологический, математико-статистический.

Обследование пациентов:

Обследование пациентов включало: сбор социо-демографических и анамнестических данных; фиксацию клинико-динамических параметров; оценку состояния по клиническим шкалам и диагностику уровня и структуры медикаментозного комплайенса и выявление психологических проблем больного с помощью опросников.

Социо-демографические данные включали: возраст, пол, наличие занятости, семейный статус, наличие детей, наличие инвалидности; клинико-anamнестические данные: диагноз, возраст дебюта заболевания, длительность заболевания, частота обострения.

Для оценки клинического состояния использовались шкалы Краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS), шкала оценки негативных симптомов (Scale for the assessment of negative symptoms - SANS) и шкала глобального функционирования (Global assessment scale - GAF),

данные которых в дальнейшем использовались для оценки по шкале медикаментозного комплайенса (ШМК).

Самостоятельно пациент заполнял: шкалу самостигматизации при психических расстройствах (Internalized stigma of mental illness scale - ISMI), опросник воспринимаемой стигмы (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD), шкала социальной ангедонии (Revised social anhedonia scale – RSAS).

Шкалы, заполняемые врачом специалистом:

Выраженность психопатологической симптоматики проводилось с использованием Краткой психиатрической оценочной шкалы (BPRS), разработанной J.F. Overall и D. Gorham в 1962 году. (Мосолов С.Н., 2001; Overall J.E., Gorham D.R., 1962) Шкала состоит из 18 пунктов (симптомов), оцениваемых по 7-ми бальной шкале (от 1 - симптоматика отсутствует, до 7 - крайне выраженная), которые затем объединяются в 5 основных синдромов: тревожная депрессия; нарушения мышления; апатия, заторможенность; подозрительность, враждебность; возбуждение-напряжение. Чем выше значение по шкале BPRS, тем более выражены нарушения, градация которых подразделяется на 3 уровня: низкий – до 40, средний – 40-60 баллов, высокий – выше 60.

Шкала негативной психопатологической симптоматики (англ. Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) (Ассанович М.В., 2017; Levine S.Z., 2013) - клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики. Шкала оценки негативных симптомов описывает 25 симптомов, оценивая каждый пункт по степени тяжести от 0 до 5 баллов; после чего симптомы группируются в 5 субшкал: Уплотнение и ригидность аффекта (1-8), Нарушения речи (9-13), Апато-абулические расстройства (14-17), Ангедония - асоциальность (18-22), Внимание (23-25). Результирующим результатом по шкале SANS является общий суммарный балл. Нарастание (утяжеление) симптоматики отражается как повышение балла. Оценка

уровней нарушения проводится по сумме баллов: низкий – до 30, средний – 30-60 баллов, высокий – выше 60.

Шкала глобального функционирования (Global assessment scale - GAF) - клиническая оценочная шкала, предназначенная для наиболее общей оценки способности психически больных к повседневному функционированию (Солдаткин В.А. и др., 2020; American Psychiatric Association, 1994). Функционирование пациента оценивается по шкале от 0 до 100 баллов, разделённой на определённые балльные интервалы, каждому из которых соответствует определённое функциональное состояние пациента. Конкретный балл выставляется после соотнесения с выбранным диапазоном функционирования, исходя из того, к какой его границе - верхней или нижней - ближе пациент. Выставленную оценку соотносят с 3-мя уровнями нарушений функционирования: низким – до выше 60 баллов, средним – 40-60 баллов, высоким – менее 40.

На каждого пациента врач исследователь заполнял шкалу медикаментозного комплайенса (ШМК). Эта клиническая шкала предназначена для определения прогноза уровня приверженности больного к длительному приёму медикаментов (Н.Б. Лутова и др., 2007). Данный инструмент позволяет проводить количественную оценку общего уровня комплайенса, а также выявлять нарушения в отдельных подсистемах, формирующих комплаентность больного. ШМК включает 25 вопросов, разделённых на 4 фактора, образующие структуру комплайенса: факторы, связанные с медикацией (13 вопросов), пациентом (8 вопросов), врачом (2 вопроса) и близким окружением больного (2 вопроса). Ответы на вопросы оцениваются по-разному от -1 до 5 баллов. Минимальное значение по шкале – 0, максимальное – 52 балла.

Шкалы, заполняемые пациентами самостоятельно:

Для оценки субъективного переживания стигмы использовалась шкала самостигматизации при психических расстройствах (Internalized stigma of mental illness scale - ISMI; Воронцова В.С. и др., 2019; Ritsher J.V. et al., 2003; Ritsher J.V. & Phelan J.C., 2004). Методика включает 29 вопросов, формирующих 5 субшкал: отчуждение, одобрение стереотипов, опыт дискриминация, социальная самоизоляция и сопротивление стигме (α -Кронбаха для шкалы ISMI составляет 0,87-0,9). Вопросы оцениваются по 4-балльной шкале Лайкерта (от 1 = полностью не согласен, до 4 = полностью согласен). Оценочные баллы по субшкале «Сопротивление самостигматизации» инвертируются. Чем выше общий показатель шкалы ИСМИ, тем выше уровень внутренней стигмы. При первом - полученные данные (по каждой субшкале и общему баллу) разделяются на высокий ($M(x) \geq 2,5$, далее в таблицах выделено жирным шрифтом), и низкий уровень ($M(x) < 2,5$) выраженности внутренней стигмы.

Для оценки внешней стигмы использовался Опросник воспринимаемой стигматизации (PSQ, Link, 1989) его раздел обесценивания / дискриминации (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD; Link, 2001) с α Кронбаха 0,78 - 0,87, имеющий в своём составе вопросы с обратной кодировкой. Оценка производится по общему суммарному баллу: чем выше его значение, тем меньше выраженность стигматизации.

Для оценки социальной ангедонии использовалась шкала социальной ангедонии (Revised social anhedonia scale – RSAS), включившая 40 пунктов с бинарным вариантом ответа (да/нет) (α Кронбаха 0,79 - 0,84 для отдельных пунктов) (Рычкова О.В., Холмогорова А. Б., 2016), имеющая инвертированные вопросы. Сумма баллов данной субшкалы отражает выраженность социальной ангедонии. Нормативный диапазон показателя шкалы RSAS составляет значения от 1 до 11 баллов, причем у мужчин нормативный коридор — от 1 до 12 баллов.

Обследование родственников.

Для определения типа семейной реакции на прием препаратов больным членом семьи использовалось структурированное интервью «Типология отношения семьи к психотропным препаратам». Интервью состоит из 12 высказываний, позволяющих выделить один из четырёх основных типа отношения семьи к медикаментозной терапии: враждебный, отстранённый, манипулирующий, поддерживающий (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009). Принадлежность к определённому типу отношения семьи к лечению определяется выбором 7 вариантов ответов с одинаковой кодировкой. .

Диагностика структурно-функциональных особенностей семьи проводилась при помощи шкалы FACES и опросника «F-SOZU»:

Шкала семейной сплочённости и адаптации (FACES) состоит из 20 утверждений, позволяющих определить уровни семейной сплочённости и адаптации (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М., 2007). Семейная сплочённость оценивает степень эмоциональной взаимосвязи между членами семьи, делится на 4 основных уровня от низкого до высокого: разобщённый, разделённый, связанный, сцепленный. Выделенные уровни разделяют на сбалансированные или умеренные (разделённый и связанный) и экстремальные или крайние (сцепленный и разобщённый). Умеренные виды внутрисемейных эмоциональных взаимосвязей указывают на успешность функционирования семейной системы. Экстремальные уровни сплочённости семьи рассматриваются, как дисгармоничные, приводящие к нарушениям функционирования семьи. Семейная адаптация отражает способность семьи приспосабливаться к воздействию стрессовых факторов, разделяется на четыре уровня: ригидный, структурированный, гибкий, хаотичный; которые так же делятся на сбалансированные (структурированный, гибкий) и экстремальные (ригидный, хаотичный). Экстремальные уровни семейной адаптации являются признаком семейной дисфункции. Существует 16 возможных комбинаций семейной сплочённости и адаптации, описывающие возможные типы семейных систем:

четыре сбалансированных типа (умеренные показатели по обоим параметрам), четыре экстремальных типа (крайние показатели по обоим типам), восемь средних типов, когда один параметр экстремален, а другой сбалансирован.

Опросник социальной поддержки (F-SOZU-22) в адаптации А.Б. Холмогоровой, Г.А. Петровой (2007), который состоит из 22 пунктов, позволяющих субъективно оценить испытуемому свою жизнь в социуме, ее благоустроенность, взаимоотношения с окружающими и удовлетворенность сложившейся ситуацией (Sommer G., Fydrich T. 1989; Холмогорова А.Б., Петрова Г.А., 2007), α -Кронбаха 0,791. Выделяют 4 шкалы: шкала эмоциональной поддержки; шкала инструментальной поддержки; шкала удовлетворенности социальной поддержкой; шкала социальной интеграции. Оценка по каждому вопросу осуществляется от 1 балла (совсем не соответствует), до 5 баллов (почти полностью соответствует). Существуют вопросы с оцениваемыми инвертированно. Для данного инструмента существуют нормативы.

Диагностика психологических проблем близкого окружения больного осуществлялась с использованием следующих опросников:

Опросник Анализ семейной тревоги (АСТ) (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2002; Олиферович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф., 2006) - данный опросник включает шкалы: вина, тревожность, напряжённость, уровень общей семейной тревожности. Под термином «семейная тревога» подразумевается состояние тревоги у члена семьи, связанное с опасениями и страхами за здоровье и общее функционирование других её членов, и не распространяется на внесемейные сферы. Методика включает 21 утверждение, формирующие 3 субшкалы, отражающие различные переживания индивида: «вину», «тревожность», «напряжённость». Высокими считаются значения в 5 и более баллов по отдельным субшкалам или суммарному балу.

Изучение семейной стигмы проводилось с использованием опросника семейной стигмы (SSI-F - Self-Stigma Inventory for Family) (Yıldız M. et al., 2018; Corrigan P.W. et al., 2012; Ritsher J.B. et al., 2003). Шкала состоит из 14 вопросов, каждый из которых оценивается по 5-бальной шкале Лайкерта от 1 – совершенно не согласен, до 5 – абсолютно согласен. Вопросы делятся на 3 субшкалы: социальную самоизоляцию, сокрытие факта болезни, воспринимаемое обесценивание. Общую интенсивность самостигматизации выражает суммарный балл. Альфа Кронбаха по шкале составила 0.88, по субшкалам - 0.84, 0.82 и 0.84 соответственно. Значительным повышением по субшкалам и общему баллу являются значения $M(x) \geq 2,5$.

Для оценки семейной обременённости использовался самозаполняемый опросник бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) (Zarit S.H., 1980; Yu Yu, et al., 2018; ZBI-Russia/Russian – 29Jan2007 Mapi Research Institute ID 3060/ ZBI-22_AU1.0_RU.doc). Опросник состоит из 22 вопросов, сгруппированных в 5 субшкал, описывающих определённые аспекты (факторы) переживания семейного бремени: восприятие дефицита ресурсов, взаимозависимость пациент\опекун, эмоциональное напряжение, неопределённость, самокритика. Ответы на каждый вопрос оцениваются с помощью 5-бальной шкалы Лайкерта: от 0 – никогда до 4 баллов – почти всегда, что соответствует интенсивности переживания описываемых аспектов. Шкала позволяет оценить факторную структуру семейной обременённости и её общую интенсивность через суммарные средние значения, распределяющиеся по 4 уровням выраженности: 0-1 (0-22) минимальная; 1,1-2 – слабая (22,1-44); 2,1-3 (44,1-66) – средняя; 3,1- 4 (66,1-88) – высокая.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) - методика создавалась для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Методика, созданная Л. Дерогатис с соавт. (1976) и адаптированная для русскоязычной популяции Н.В. Тарабриной

(2001), содержит 90 утверждений, которые оцениваются врачом по пятибалльной системе (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 – «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации (SOM); обсессивности–компульсивности (O-C); межличностной сензитивности (INT); депрессии (DEP); тревожности (ANX); враждебности (HOS); фобии (PHOB); паранойяльных тенденций (PAR); психотизма (PSY). Помимо этого, имеются обобщенные шкалы второго порядка: индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI); общий индекс тяжести (GSI); общее число утвердительных ответов (PST). Подсчёт баллов осуществляется согласно инструкциям методики, полученные результаты оцениваются относительно нормативных данных, приведённых в работе И.Ф. Дьяконова и Б.В. Овчинников (2008).

Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, разделяющихся на 8 шкал (физическое функционирование (Physical Functioning (PF), ролевое физическое функционирование (Role Physical (RP), шкала боли Bodily Pain (BP), общее состояние здоровья General Health (GH), шкала жизнеспособности Vitality (VT), шкала социального функционирования Social Functioning (SF), ролевое эмоциональное функционирование Role Emotional (RE), психологическое здоровье Mental Health (MH)). Каждая шкала состоит из разного количества вопросов (от 2 до 10 вопросов). Сами шкалы формируют описание физического компонента здоровья (Physical health – PH; включает 1-4 шкалы) и психологического компонента здоровья (Mental Health – MH; состоит из шкал 5-8). Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение равно 100. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше КЖ по этому параметру. Перед подсчетом показателей 8 шкал проводилась перекодировка ответов в соответствии с инструкцией (Новик А.А, Ионова Т.И., 2007).

Статистическая обработка результатов

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 23.0. Проверка нормальности распределения демографических данных, а также данных по всем остальным методикам как у пациентов, так и у их опекающих лиц была выполнена с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

В связи с тем, что не все полученные данные имели характеристики, соответствующие критериям нормального распределения, для всех параметров были рассчитаны единообразные дескриптивные статистики средних арифметических и стандартных отклонений, помимо вычисленных квартильных значений.

Взаимодействие переменных в выборках с нормальным распределением были посчитаны с использованием корреляционного анализа Пирсона для интервальных шкал и Спирмена для порядковых шкал (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая).

Дисперсионный анализ для порядковых шкал осуществлялся с применением U-критерия Манна-Уитни. Дополнительно были рассчитаны размеры эффектов по критериям Cohen's d (отсутствует $\leq 0,19$, слабый 0,2-0,49, средний 0,5-0,79, сильный $\geq 0,8$), в статистически различавшихся группах $p \leq 0,05$.

Для выявления предикторов комплайентности больных РШС среди факторов их микросоциального окружения, и предикторов интенсивности семейной обременённости среди параметров родственников и пациентов применялась линейная логистическая регрессия с независимыми переменными - социо-демографические, социо-психологические, клинические показатели опекающих лиц. Регрессионная модель прогнозирования рассчитывалась по формуле:

$$z = b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + b_n * x_n.$$

В качестве критического уровня значимости (p), при котором отвергалась нулевая гипотеза, было выбрано значение – 0,05.

Уровень значимости всех полученных статистических данных - 95%.

Глава 3. Результаты

1. Изучение структуры комплаентности больных с расстройствами шизофренического спектра:

Социо-демографические данные пациентов с РШС, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Социо-демографические данные пациентов с РШС

	n (%)
Супружеский статус	В браке 33 (33%)
	Одинокие 67 (67%)
Наличие собственных детей	Есть 29 (29%)
	Нет 71 (71%)
Трудовой статус	Работает 44 (44%)
	Не работает 56 (56%)
Наличие инвалидности	Есть 34 (34%)
	Нет 66 (66%)

В обследованной выборке пациентов преобладали женщины, что соответствует потоку госпитализированных больных. В выборке были пациенты преимущественно трудоспособного возраста, 72% - от 30 до 49 лет. Менее половины из них работала, около трети - имела инвалидность (34%). В браке состояла только треть больных, и менее 30% из них имели собственных детей.

Клинико-динамические показатели обследованных пациентов представлены в таблицах 2 -4.

Таблица 2 – Распределение диагнозов в обследованной выборке по МКБ-10

Диагноз	Код МКБ-10	N (%)
Шизофрения	F20	72 (72%)
Шизотипическое расстройство	F21	9(9%)
Хроническое бредовое расстройство	F22	7(7%)
Шизоаффективное расстройство	F25	12(12%)

В обследованной выборке преобладали пациенты с диагнозом Шизофрения (F20), вторыми по распространённости диагноза были пациенты с Шизоаффективным расстройством (F25), Шизотипическое расстройство (F21) было диагностировано у 9% обследованных, а наименьшей была группа пациентов с Хроническим бредовым расстройством (F22). Формы шизофрении у обследованных представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение форм шизофрении в обследованной выборке согласно МКБ-10

Диагноз (Шизофрения, F20)	Код МКБ-10	N (%)
Шизофрения, параноидная форма	F 20.0	68 (68%)
Шизофрения, недифференцированная форма	F 20.3	1 (1%)
Шизофрения, простая форма	F 20.6	2 (2%)
Ипохондрическая шизофрения	F 20.8	1 (1%)

Параноидная форма шизофрении была диагностирована у большинства пациентов, включённых в исследование – 68 (68%) (Таблица 3).

Таблица 4 – Клинико-anamнестические данные пациентов с шизофренией

	Года, n (%)
Средняя продолжительность заболевания	14±9 лет
Средний возраст дебюта	24±8 года
Среднее количество госпитализаций	7±6

Согласно полученным результатам, средний возраст дебюта в обследованной выборке соответствует литературным данным о возрастных особенностях начала заболеваний шизофренического спектра. Средняя длительность заболевания и количество госпитализаций за время болезни не однородны.

Для оценки выраженности психопатологических симптомов использовалась краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS). Среднее значение общего показателя шкалы BPRS составило 51 ± 10 , что соответствует среднему уровню выраженности психопатологической симптоматики. Распределение выборки опрошенных пациентов по уровню интенсивности психопатологических симптомов представлено на рисунках 1-2.

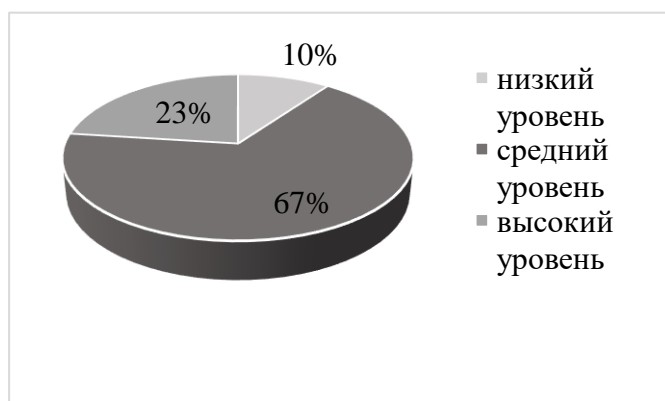


Рисунок 1 - Распределение интенсивности психопатологических симптомов по шкале BPRS

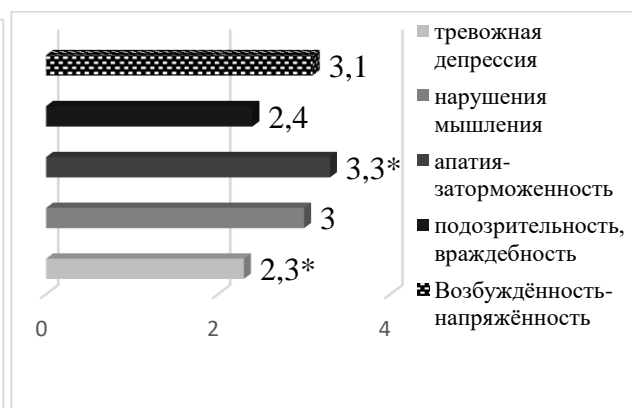


Рисунок 2 – Выраженность средних значений $M(x)$ психопатологических симптомов по шкале BPRS ($p \leq 0.05$)

Таким образом, у 10 (10%) обследованных больных была выявлена низкая интенсивность патопсихологических симптомов, у 67 (67%) – она соответствовала среднему уровню, что характерно для пациентов на стадии формирования медикаментозной ремиссии, а в 23 (23%) – была высокой (Рисунок 1).

Полученные результаты свидетельствуют, что в структуре психопатологических нарушений на момент оценки наиболее интенсивными были негативные симптомы (Рисунок 2).

Структура патопсихологических синдромов краткой психиатрической оценочной шкалы (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS) у обследованных пациентов отражена в таблице 5.

Таблица 5 – Описательные статистики средних значений по краткой психиатрической оценочной шкале (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS) у обследованных пациентов

BPRS	M(SD)	Квартили		
		Q25	Med	Q75
Тревожная депрессия	2,3 (0,9)	1,75	2	2,55
Нарушения мышления	3 (0,8)	2,3	3	3,5
Апатия, заторможенность	3,3 (0,9)	2,8	3,3	3,8
Подозрительность, враждебность	2,4 (0,9)	1,7	2,3	3
Возбуждение-напряжение	3,1 (0,8)	2,6	3	3,7
Общий балл (сырые баллы)	51 (10)	43	53	59

Наименее выраженной была интенсивность синдромов «Тревожной депрессии», «Подозрительности, враждебности», которая у 50% пациентов - была выражена весьма незначительно, а в оставшихся 50% - незначительно. Наиболее интенсивными оказались показатели синдромов «Апатия, заторможенность», «Нарушения мышления», «Возбуждения-напряжения», которые у менее чем 25% пациентов были выражены незначительно, а у остальных - умеренно.

Выраженность и структура негативной симптоматики у обследованных пациентов оценивались с помощью шкалы негативной психопатологической симптоматики (Scale for the assessment of negative symptoms - SANS).

Анализ данных по шкале SANS показал, что среднее значение общего балла в выборке составило $60,6 \pm 12$, что соответствует высокому уровню выраженности негативной симптоматики. Распределение выборки опрошенных пациентов по уровню выраженности негативных симптомов представлено на рисунках 3-4.

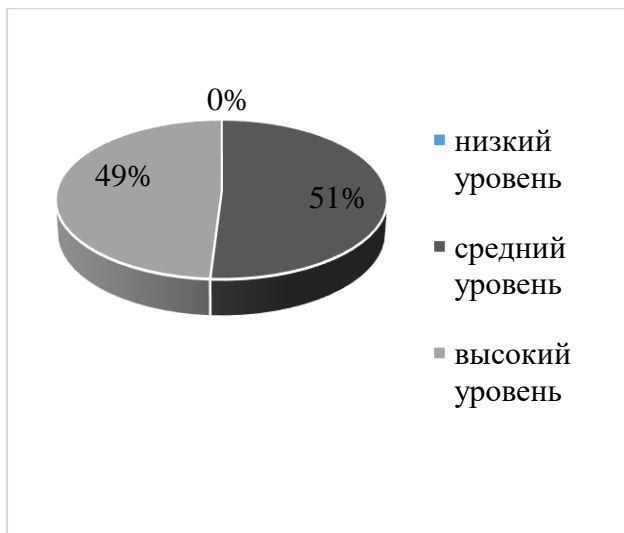


Рисунок 3 – Распределение интенсивности негативных симптомов по шкале SANS

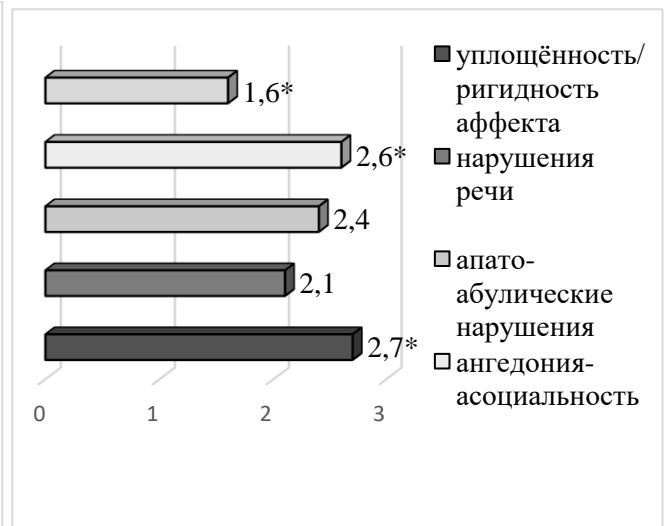


Рисунок 4 – Выраженность средних значений M(x) негативных синдромов по шкале SANS (*p≤0.05)

Полученные результаты свидетельствуют о том, что интенсивность негативной симптоматики у обследованных пациентов распределялась между средним и высоким уровнями практически в равной пропорции: у 51 (51%) из обследованных пациентов была средняя выраженность негативных симптомов, а у 49 (49%) пациентов – высокая. Критериям низкой интенсивности не соответствовал ни один из опрошенных (Рисунок 3).

Для обследованных больных было характерно преобладание уплощённости и ригидности аффекта, а также апато-абулических нарушений в спектре негативных нарушений (Рисунок 4).

Интенсивность выявленных у обследованных пациентов синдромов по шкале негативной психопатологической симптоматики (Scale for the assessment of negative symptoms - SANS) отражена в таблице 6.

Таблица 6 – Описательные статистики средних значений по шкале негативной психопатологической симптоматики (Scale for the assessment of negative symptoms - SANS) у обследованных пациентов

SANS	M(SD)	Квартили		
		Q25	Med	Q75
Уплотнение и ригидность аффекта	2,7 (0,6)	2	2,7	3
Нарушения речи	2,1 (0,6)	1,8	2,2	2,5
Апато-абулические расстройства	2,4 (0,5)	2,5	2,8	3
Ангедония – асоциальность	2,6 (0,6)	2	2,4	2,8
Внимание	1,6 (0,5)	1	1,3	2
Общий балл (сырые баллы)	60,6 (12)	52	59	67

Наименьшая интенсивность негативных нарушений отмечается по субшкале «Внимание», которая 75% обследованных пациентов соответствовала лёгкой степени нарушений, а у 25% - спорной. Наибольшая выраженность нарушений отмечалась по синдромам «Уплотнение и ригидность» и «Ангедония-асоциальность» - в 25% нарушения были средними, в 75% - слабыми. Слабые нарушения более чем у 75% обследованных характерны для синдромов «Ангедония-асоциальность», а у синдрома «Нарушения речи» выраженность нарушений в более чем 25% случаев выражены сомнительно, у остальных больных – были лёгкие нарушения.

Клиническое состояние пациентов по шкалам BPRS и SANS соответствовало этапу формирования медикаментозной ремиссии.

Данные, полученные с использованием шкалы глобального функционирования (Global assessment scale - GAF) показали, что среднее значение общего балла в выборке пациентов с шизофренией составило $48,6 \pm 13,4$ что соответствует среднему уровню нарушения социального функционирования.

Распределение выборки опрошенных пациентов по уровням глобального функционирования шкалы GAF представлено на рисунке 5.

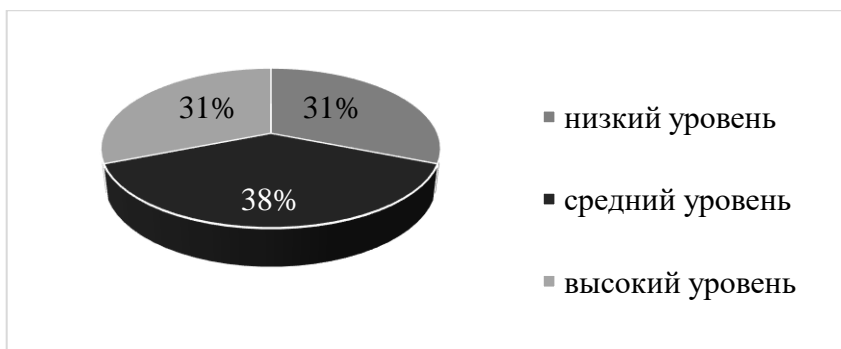


Рисунок 5 – Распределение пациентов по уровням глобального функционирования шкалы GAF

В обследованной выборке пациенты распределялись по уровням социального функционирования в практически равных пропорциях: у 31 (31%) больного был низкий или высокий уровень функционирования, а у 38 (38%) респондентов - средний.

Результаты изучения социальной ангедонии с использованием шкалы RSAS (Revised social anhedonia scale) показали, что среднее значение общего балла по шкале у обследованных пациентов было выше нормативного показателя ($M(x)=14,3$ vs. 1-11). А высокие значения ангедонии были выявлены более, чем у 50% обследованных пациентов.

Анализ выраженности внутренней стигмы у обследованных пациентов с РШС по шкале ISMI (Internalized stigma of mental illness scale) показал, что среднее значение общего балла в выборке составило $2,4 \pm 0,4$ и не достигает высокого уровня интенсивности самостигмы. Исследование показало, что у 55 (55%) обследованных пациентов была выявлена низкая интенсивность внутренней стигмы ($< 2,5$ баллов), а у 45 (45%) пациентов - высокая $\geq 2,5$ баллов.

Структура переживаний внутренней стигмы (Таблица 7) обследованных пациентов по шкале ISMI отражена в таблице 25 (высокими являются значения $\geq 2,5$).

Таблица 7 – Описательные статистики средних значений шкалы ISMI у обследованных пациентов ($M(x) \geq 2,5$)

ISMI	M(SD)	Квартили		
		Q25	Med	Q75
Отчуждение	2,7 (0,6)	2	2,7	3
Одобрение стереотипов	2,1 (0,5)	1,7	2,1	2,4
Опыт дискриминации	2,3 (0,5)	2	2,2	2,6
Социальная самоизоляция	2,4 (0,6)	2	2,3	2,7
Соппротивление стигме	2,5 (0,5)	2,2	2,3	2,8
Общий балл	2,4 (0,4)	2,1	2,4	2,6

Наибольшее среднее значение отмечалось по субшкале «Отчуждение», которая более чем у 75% обследованных соответствовала высокому уровню интенсивности. В структуре самостигматизации наименьшая выраженность отмечалась по субшкале «Одобрение стереотипов» ($M(x)=2,1$), значение которой соответствовали низкому уровню среди более 75% пациентов. Несмотря на то, что средний показатель субшкал «Опыт дискриминации» ($M(x)=2,3$), «Социальная самоизоляция» ($M(x)= 2,4$) не достигали пороговых 2,5 баллов, более чем в 25% случаев – эти показатели соответствовали высокой интенсивности переживаний.

Среднее значение субшкалы «Соппротивление стигме» ($M(x)=2,5$) отражает высокую интенсивность в общей выборке. При этом распространенность низкой сопротивляемости внутренней стигме встречалась более чем у 25% обследованных больных.

Высокие значения, полученные по субшкале «Отчуждение» и «Соппротивление стигме», отражают ощущение пациентом собственной неполноценности по сравнению с окружающими членами общества и, при этом, указывают на их низкую сопротивляемость инкорпорированию стигматизационных установок.

Анализ данных опросника воспринимаемой стигматизации (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD) у обследованных пациентов показал, что средний балл эксплицитной стигмы по опроснику воспринимаемой стигматизации (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD) у обследованных пациентов

составил $31 \pm 4,3$. При этом в 54% случаев пациенты выявляли уровень воспринимаемой стигмы выше среднего ($Me=30,0$) в обследованной выборке.

Среднее значение общего балла шкалы ШМК в обследованной выборке пациентов соответствовало среднему уровню приверженности лечению ($37 \pm 7,1$).

Описательные статистики Шкалы медикаментозного комплаенса у больных с расстройствами шизофренического спектра и процентное соотношение выраженности каждого фактора и суммарного балла представлены в таблице 8.

Таблица 8. Описательные статистики шкалы ШМК больных РШС

ШМК	Квартили			Mx(SD)	ME шкалы	Распространённость значений выше Q75 (N(%))
	Q25	Q50	Q75			
Отношение к медикации	17	21	25	21,1 (4,4)	15	26 (26%)
Факторы, связанные с пациентом	8	10	11,3	9,7 (2,7)	6,5	25 (25%)
Факторы, связанные с близким окружением пациента	4	4	5	3,9 (1,2)	2,5	30 (30%)
Факторы, связанные с врачом	2	2	3	2,4 (1)	2	29 (29%)
Суммарный балл шкалы	32	37,5	42,3	37 (7,1)	26	24 (24%)

Среднее значение общего балла ШМК в обследованной выборке пациентов соответствовало среднему уровню приверженности лечению ($M(x) 37 \pm 7,1$). По интенсивности приверженности лечению выборка обследованных пациентов была разделена на 3 группы по уровням интенсивности показателей: низкому уровню соответствовали значения ниже медианы, среднему – интервал от медианного значения до значения 75 квартиля, высокому - значения выше 75 квартиля. Далее пациенты с низким и средним уровнями комплаенса – рассматривались, как лица с нарушениями приверженности лечению. При использовании этой градации высокий уровень комплаенса имели 24% обследованных пациентов, а у 76% – приверженность лечению была снижена. 74% больных имели нарушения фактора «Отношение к медикации»; 75% - нарушения фактора, связанного с пациентом; у

70% обследованных имелись низкие показатели фактора, связанного с близким окружением; и у 71% - низкие показатели фактора, связанного с врачом.

2. Семейная обременённость и валидизация опросника бремени ухаживающего лица Зарит (Zarit Burden Interview - ZBI)

Коэффициент согласованности по опроснику в целом составил $\alpha = 0,93$.

В факторный анализ данных русскоязычных респондентов были включены все 22 пункта. Соответствие данных русскоязычной версии опросника для проведения факторного анализа подтверждено результатом теста Бартлетта $\text{Approx. Chi-Square} = 2440,5$; $\text{Sig.} = 0,000$ и критерием КМО = 0,934. Выделение в русскоязычной версии 5-и факторов было корректным, согласно значениям собственных чисел (Eigenvalue) (Таблица 9).

Структура итоговой русскоязычной версии опросника оценки обременённости родственников больных с РШС с описанием его факторов представлена в таблице 9.

Таблица 9 – Распределение факторных нагрузок показателей опросника обременённости ухаживающего лица по результатам вращения Varimax

Вопросы опросника ZBI, оригинальная нумерация	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5
12. У вас возникает ощущение, что из-за того, что вы ухаживаете за вашим родственником, пострадала ваша общественная жизнь?	,817	,085	,154	,123	,154
11. У вас возникает ощущение, что из-за вашего родственника вам не хватает уединённости?	,804	,206	,105	,083	,289
6. У вас возникает ощущение, что ваш родственник негативно влияет на ваши отношения с другими членами семьи или друзьями?	,649	,269	,032	,157	,428
10. У вас возникает ощущение, что состояние вашего здоровья ухудшилось из-за того, что вы ухаживаете за своим родственником?	,582	,243	,241	,307	,348
17. У вас возникает ощущение, что вы утратили контроль над собственной жизнью, с тех пор как ваш родственник заболел?	,569	,246	,156	,509	,092
16. У вас возникает ощущение, что скоро вы будете не в состоянии ухаживать за вашим родственником?	,509	,195	,184	,369	,396

15. У вас возникает ощущение, что, если учесть ваши прочие расходы, у вас недостаточно денег, чтобы ухаживать за вашим родственником?	447	,305	433	,351	,122
8. У вас возникает ощущение, что ваш родственник зависит от вас?	,174	788	,075	,161	,062
14. У вас возникает ощущение, что ваш родственник ожидает, что вы будете заботиться о нём, как будто вы единственный человек, на которого он может положиться?	,177	741	,126	,221	,226
18. Вам бы хотелось оставить вашего родственника на попечение кому-нибудь другому?	,428	653	,030	,140	,038
2. У вас возникает ощущение, что у вас не хватает времени на себя из-за того, что вы тратите время на вашего родственника?	,433	619	,233	,212	,059
1. У вас возникает ощущение, что близкий требует от вас большей помощи, чем это необходимо?	510	535	,218	,107	,241
4. Вы испытываете неловкость за поведение больного?	,233	,137	820	,180	,160
13. Вы испытываете неловкость за вашего родственника перед гостями?	,057	,308	653	,021	,320
5. Вы злитесь, когда находитесь с вашим родственником?	,433	,107	566	-,119	,374
9. Вы испытываете нервное напряжение, когда находитесь с вашим родственником?	477	,287	494	,275	,173
3. Вы испытываете стресс из-за того, что вынуждены совмещать уход за вашим родственником с другими делами дома и на работе?	411	,162	430	,399	,269
7. Вы переживаете по поводу того, что ожидает вашего родственника в будущем?	-,025	,271	-,029	830	,201
19. У вас возникает ощущение, что вы не вполне понимаете, как правильно ухаживать за вашим родственником?	,479	,084	,145	586	,041
20. У вас возникает ощущение, что вы мало делаете для вашего родственника?	,094	,155	,068	,001	890
21. У вас возникает ощущение, что вы недостаточно хорошо ухаживаете за вашим родственником?	,178	,041	,103	,063	874
22. В целом, насколько вас обременяет уход за вашим родственником?	,405	,202	,305	,274	581
Значения собственных чисел (Eigenvalue)	9,62	2,05	1,54	1,27	1,12
Процент объясненной вариабельности (%)	48,6	7,2	5,5	4,3	3,8

Первый фактор определял 48,6% процентов дисперсии при внутренней согласованности (Cronbach's alpha) $\alpha=0,9$. Второй фактор – 7,2% дисперсии, его коэффициент согласованности составлял $\alpha=0,8$. Третий фактор описывал 5,5% исследованной дисперсии при $\alpha=0,8$. Для четвертого фактора Cronbach's alpha составлял $\alpha=0,6$, и определял 4,3% дисперсии. Пятый фактор определял 3,8%

дисперсии при $\alpha=0,7$. Количество вопросов в составе каждого фактора варьировало от 2 до 7, их общая факторная структура объясняла 69,4% дисперсии.

Корреляционный анализ подтвердил наличие различных факторов, составляющих феномен обременённости, переживаемый родственниками пациентов с РШС (Таблица 10).

Таблица 10 – Интеркорреляция факторов опросника обременённости Зарит (ZBI) (* $p \leq 0.05$)

	Ф1	Ф 2	Ф 3	Ф 4	Ф 5
Ф 1	1				
Ф 2	0,655*	1			
Ф 3	0,198	0,573*	1		
Ф 4	0,129	0,330*	0,102	1	
Ф 5	0,433*	0,331*	0,219*	0,360*	1

Содержательная наполненность выявленных факторов была следующей.

Первый фактор, названный “Восприятие дефицита ресурсов” (Ф1), состоит из 7 пунктов (6,10,11,12,15,16,17) и описывает переживание недостаточности собственных ресурсов у опекающего лица (финансовых, физических, социальных).

Второй фактор, «Взаимозависимость пациент/опекун» (Ф2), включает 5 пунктов (1,2,8,14,18) и отображает переживания родственников, возникающие из-за недостатка автономности пациента, а также те ограничения, которые формируются у опекунов в связи с этой дефицитарностью.

Третий фактор, «Эмоциональное напряжение» (Ф3), состоит из 5 пунктов (3,4,5,9,13) и отражает отрицательные эмоциональные реакции опекающих лиц, возникающие при организации ему помощи.

В состав четвертого фактора, «Неопределенность» (Ф4), вошли 2 пункта (7,19), описывающие тревожные переживания за будущее пациента и отсутствие понимания своей роли в сопровождении больного.

Пятый фактор, «Самокритика к уходу и нагрузке» (Ф5), включал пункты 20,21,22, что отображало критическую оценку к объёму и качеству осуществляемого ухода, а также степени обременённости им.

Проведены процедуры внешней валидизации инструмента. Ассоциации социо-демографических и клинических параметров опекунов и пациентов с показателями обременённости были нечастыми, слабыми или умеренными по силе: возраст опекающих - с Ф1 ($r=0,33$; $p\leq 0,05$) и с общим баллом ZBI ($r=0,31$; $p\leq 0,05$); возраст пациента - с Ф4 ($r=-0,33$; $p\leq 0,05$); возраст дебюта заболевания - с Ф1 ($r=-0,3$; $p\leq 0,05$) и с Ф2 ($r=-0,31$; $p\leq 0,05$).

Оценка конвергентной валидности представлена в таблицах 11-12.

Таблица 11 – Корреляционный анализ показателей опросников Зарит (Zarith Burden Interview - ZBI) и выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) у родственников больных РШС (* $p\leq 0,05$)

ZBI		Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Сумма
SCL-90	SOM	0,48*	0,45*	0,34*	0,35*	0,39*	0,48*
	O-C	0,48*	0,38*	0,37*	0,40*	0,36*	0,40*
	INT	0,37*	0,29	0,30*	0,37*	0,35*	0,34*
	DEP	0,45*	0,40*	0,37*	0,32*	0,42*	0,44*
	ANX	0,34*	0,31*	0,19	0,29	0,34*	0,34*
	HOS	0,38*	0,30	0,32*	0,33*	0,33*	0,36*
	PHOB	0,34*	0,32*	0,20	0,28	0,30*	0,34*
	PAR	0,23	0,22	0,19	0,13	0,32*	0,26
	PSY	0,21	0,12	0,10	0,23	0,31*	0,21
	DOP	0,30	0,26	0,26	0,30	0,41*	0,31*
GSI	0,49*	0,42*	0,37*	0,41*	0,48*	0,47*	

Выявлены множественные корреляции средней интенсивности между большинством изучаемых параметров. Наименьшее количество достоверных корреляций параметры ZBI имели с субшкалами PHU и PAR, и только взаимосвязь фактора «Самокритика» с этими субшкалами достигала средней интенсивности ($r=0,32$, $r=0,31$, соответственно; $p\leq 0,05$). Наибольшее количество взаимосвязей

средней интенсивности с показателями SCL-90 было характерно для фактора «Восприятие дефицита нагрузки» (от $r=0,34$ до $r=0,49$; $p \leq 0,05$). Таким образом ожидаемо, полученные данные о наличии взаимосвязей между параметрами ZBI и SCL-90 демонстрируют вероятность ухудшения психоэмоционального состояния родственников при усилении семейной обременённости.

Таблица 12 – Корреляционный анализ показателей опросников Зарит (Zarith Burden Interview - ZBI) и оценки качества жизни (SF-36) у родственников больных РШС (* $p \leq 0,05$)

ZBI		Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Сумма
SF-36	PF	-0,19*	-0,16*	-0,11	-0,25*	-0,19*	-0,21*
	RPC	-0,14	-0,18*	-0,13	-0,14	-0,20*	-0,18*
	BP	0,33*	0,46*	0,40*	0,27*	0,31*	0,42*
	GH	-0,15*	-0,08	-0,13	-0,12	-0,04	-0,12
	VT	-0,33*	-0,40*	-0,39*	-0,20	-0,22*	0,35*
	SF	-0,30*	-0,44*	-0,32*	-0,23*	-0,30*	-0,34*
	RE	-0,24*	-0,32*	-0,42*	-0,37*	-0,31*	-0,36*
	MH	-0,53*	-0,52*	-0,49*	-0,33*	-0,33*	-0,50*

В большинстве случаев факторы обременённости имели отрицательные взаимосвязи, от низкой до умеренной интенсивности, с параметрами опросника ZBI, за исключением показателя интенсивность боли (BP), который демонстрировал прямые корреляции. Наибольшую интенсивность отрицательных связей с факторами ZBI показал параметр опросника SF-36 психическое здоровье (MH) (от $r=-0,33$ до $r=-0,53$; $p \leq 0,05$). Наименьшую – показатель общее состояние здоровья (GH) (SF-36) ($r=-0,15$; $p \leq 0,05$). Наибольшее количество интенсивных отрицательных связей с параметрами опросника SF-36 (7 показателей из 8-ми: от $r=-0,16$ до $r=-0,52$; $p \leq 0,05$) были характерны для фактора ZBI «Взаимозависимость пациент\опекун». Таким образом выраженная семейная обременённость лиц, опекающих пациентов с РШС, оказалась ожидаемо связанной с параметрами качества жизни.

Оценка дискриминантной валидности представлена в таблице 13.

Таблица 13 – Взаимосвязи показателей опросника ZBI с факторами шкалы медикаментозного комплаенса (* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$)

ZBI		Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Сумма
ШМК	Отношение к медикации	-0,32*	-0,37*	-0,29*			-0,32*
	Факторы, связанные с пациентом						
	Факторы, связанные с близким окружением	-0,33*	-0,36**				-0,37*
	Факторы, связанные с врачом						
	Сумма	-0,42*	-0,4*				-0,45**

Выявлено нарастание обременённости как по суммарному показателю, так и по факторам Ф1 и Ф2, ассоциированное с ухудшением общего балла медикаментозного комплаенса у пациентов (от $r = -0,4$ до $r = -0,45$; $p \leq 0,05$). Общий балл ZBI и факторы Ф1, Ф2, Ф3 Опросника обременённости опекающих лиц также продемонстрировали наличие отрицательных средних по силе корреляций с отдельными подсистемами медикаментозного комплаенса: «Отношением к медикации» и «Факторами, связанными с ближайшим окружением пациента» (от $r = -0,29$ до $r = -0,37$; $p \leq 0,05$). Полное отсутствие корреляций между показателями ZBI и факторами ШМК, связанными с параметрами пациентов и с врачебным наблюдением свидетельствует о полной независимости этих переменных и избирательной чувствительности параметров опросника семейной обременённости.

Проведена валидизация опросника обременённости ZBI с выделением его пятифакторной структуры, характерной для русскоязычных респондентов, опекающих пациентов с РШС.

3. Оценка параметры семьи пациентов с РШС (социо-демографические, психопатологические, психологические).

Социо- демографические показатели родственников, опекающих больных РШС.

Опрос членов семей больных, проходивших лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, позволил собрать социо-демографические данные лиц (Таблица 14).

Таблица 14 – Социо-демографические данные родственников пациентов с шизофренией

Степень родства с пациентом	Года, n (%)	
	Родители 64 (64%)	Отцы 6 (6%)
Дети 7%	Сыновья 4 (4%)	Дочери 3 (3%)
	Супруги 22%	Мужья 20 (20%)
Сиблинги 7%	Братья 1 (1%)	Сестры 6 (6%)
	Проживание	
Вместе с пациентом 68 (68%)		Отдельно от пациента 32 (32%)
Дополнительная опека (другие дети, пожилые родственники)	Есть опекаемые 41 (41%)	
	Нет опекаемых 59 (59%)	
Трудовой статус	Работает 77 (77%)	
	Не работает 23 (23%)	

Большинство респондентов, участвующих в сопровождении лечебного процесса больных шизофренией – это женщины, чаще матери, предпенсионного возраста. Большинство из них работают и проживают совместно с больным. 41% опрошенных родственников участвует в опеке не только пациента, но иного члена семьи (детей или пожилых родственников).

По данным опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) установлено, что среднее значение общего показателя семейного бремени в общей выборке обследованных родственников составило $41,7 \pm 14,7$ балла, что соответствует среднему уровню обременённости. Распределения обременённости представлены в таблице 15.

Таблица 15 – Распределение интенсивности бремени семьи по опроснику бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI)

ZBI	Среднее значение	SD	Минимальный	Низкий	Средний	Высокий
			0-20, n (%)	21-40, n(%)	41-60,n(%)	61-88, n(%)
	41,7	14,7	10 (10%)	43 (43%)	37 (37%)	10 (10%)

Согласно полученным данным минимальная выраженность семейного бремени была выявлена у 10 (10%) обследованных, слабая - у 43 (43%), средняя - у 37 (37%), высокая - у 10 (10%).

Использование дескриптивной статистики, представленной в таблице 16, вывило структуру семейного бремени по опроснику бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) опекающих лиц.

Таблица 16 – Описательные статистики средних значений показателей опросника бремени ухаживающего лица Зарит (ZBI) родственников психотических больных.

ZBI	Квартили			M(SD)
	Q25	Me	Q75	
Восприятие дефицита ресурсов (Ф*1)	1,2	2	2,8	2 (0,9)
Взаимозависимость пациента\опекун (Ф*2)	1,5	2,2	2,7	2,1 (0,7)
Эмоциональное напряжение (Ф*3)	1,3	2	2,8	2 (0,9)
Неопределённость (Ф*4)	2	2,5	3	2,5 (0,7)
Самокритика (Ф*5)	1,3	2	2,3	1,8 (0,7)

Наиболее выраженным было субъективное переживание бремени по фактору «Неопределённость»: у 25 человек (25%) получены высокие значения; у 75 (75%) — средние. У 75% родственников средние значения фактора «Взаимозависимость пациент/опекун» имели среднюю выраженность, у 25% — слабую. Значения факторов «Эмоциональное напряжение», «Восприятие дефицита ресурсов» и «Самокритика» — у 50% опрошенных достигали средних величин, а у остальных были слабыми.

При том, что в обследованной выборке родственников среднее значение общего показателя семейного бремени был средним, в структуре семейного бремени наиболее часто встречалось субъективно высокое переживание «неопределённости» в ситуации, связанной с развитием психического расстройства у близкого человека.

Описание дескриптивных статистических характеристик по данным опросника «Анализ семейной тревоги» (АСТ) представлено в таблице 17.

Таблица 17 – Описательные статистики средних значений показателей опросника «Анализ семейной тревоги» (АСТ) у родственников психотических больных (диагностически значимые показатели ≥ 5 баллам, выделены жирным шрифтом).

АСТ	Квартили			M(SD)	Распространённость значений выше 5 баллов (n (%))
	Q25	Me	Q75		
Вина	1	3	4	2,7 (1,6)	16 (16%)
Тревога	2	4	5	3,3 (1,6)	27 (27%)
Напряженность	2	3	5	3,6 (1,7)	34 (34%)
Суммарный балл	7	9	12,3	9,5 (3,6)	85 (85%)

Среднее значение общего показателя опросника «Анализ семейной тревоги» (АСТ) в выборке родственников было высоким – $9,5 \pm 3,6$ балла (*норматив* ≤ 5 по суммарному показателю или субшкалам опросника). Превышали нормативные

показатели для субшкалы «Вина» – у 16 (16%) опрошенных родственников; субшкалы «Тревожность» – у 27 (27%) респондентов; по «Напряжённости» – у 34 (34%); общий балл был выше пороговых 5-ти баллов у 85 (85%) опрошенных.

Таким образом, близкие, опекающие пациентов с шизофренией, испытывают высокий уровень тревоги, связанной с развитием в семье тяжелого психического расстройства. Наибольшая интенсивность переживаний семейной тревоги по субшкалам «Тревожность» и «Напряжённости» может являться: отражением ощущения собственного бессилия у родственников перед развитием психического расстройства; результатом дефицита информации о болезни, её прогнозах и лечении, или их искажением; отсутствием понимания своей роли при сопровождении пациента. Причиной интенсивного переживания «Вины» у части обследованных могут служить представления о «плохих генах» или «ошибках воспитания».

Данные показателей шкала семейной сплочённости и семейной адаптации FACES, отражающие структурно-функциональные характеристики обследованных семей представлены в таблице 18. Поскольку большая часть выборки (57%) - это семьи с не отделившимися детьми, то сравнение полученных значений проводилось относительно нормативов для семей с не отделившимися детьми.

Таблица 18 – Описательные статистики методики шкала семейной сплочённости и адаптации (FACES) в семьях пациентов с шизофренией

FACES	Квартили			M (SD)	Нормативы		
	Q25	Me	Q75		Сбалансированные уровни	Экстремальных уровни	
Семейная сплочённость	25	31	41	32±8,9	Разделённый+ Связанный	Разобщённый	Сцепленный
					32-43		
Семейная адаптация	22	30	33,3	28,3±7,2	Структурный+ Гибкий	Ригидный	Хаотичный
					20-29		

Результаты опроса респондентов показали, что 50% обследованных семей имели разобщенную сплоченность, согласно нормативам, представленным в таблице для каждого уровня. Это свидетельствует о том, что в этой подгруппе члены семьи пациентов были максимально эмоционально (а иногда и физически) дистанцированы друг от друга. У более чем 25% опрошенных родственников эмоциональная/физическая дистанция между членами семьи была оптимальной, относясь к нормативным сбалансированным разобщенному и связанному уровням. Менее 25% семей обнаружили сцепленный (экстремальный) уровень сплоченности, отражающий симбиотические отношения внутри семьи.

Анализ полученных данных адаптации семьи согласно нормативным показателям, выявил, что 50% обследованных семей на изменение жизненных обстоятельств реагировали хаотично, не имея четких стратегий по преодолению кризисов. Остальные 50% семей с равной вероятностью имели как гибкие или структурированные, то есть адаптивные варианты приспособления, так и ригидные стратегии, снижающие адаптацию при изменении жизненной ситуации.

Распределение вариантов сочетания уровней сплочённости и адаптации в обследованных семьях представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Распределение вариантов структурно-функциональных особенностей семьи по данным шкалы семейной сплочённости и адаптации (FACES) (дисфункциональные, *полуфункциональные*, функциональные).

Сочетания уровней семейной сплочённости и адаптации	N (%)
Дисфункциональные системы (54%)	
Разобщённый+ригидный	13 (13%)
Разобщённый+хаотичный	17 (17%)
Сцепленный+ригидный	2 (2%)
Сцепленный+хаотичный	22 (22%)
Полуфункциональные системы (39%)	
<i>Разобщённый+структурный</i>	11(11%)
<i>Разобщённый+гибкий</i>	9(%)

<i>Сцепленный+структурный</i>	3(3%)
<i>Сцепленный+гибкий</i>	1(1%)
<i>Разделённый+ригидный</i>	3(3%)
<i>Разделённый+хаотичный</i>	6(6%)
<i>Связанный+ригидный</i>	0
<i>Связанный+хаотичный</i>	6(6%)
Функциональные системы (7%)	
Разделённый+структурный	1(1%)
Разделённый+гибкий	5(5%)
Связанный+структурный	1 (1%)
Связанный+гибкий	0

Согласно проведённому анализу, в обследованной выборке отмечается значительное преобладание дисфункциональных (54%) и полуфункциональных (39%) семейных систем, над функциональными (7%) системами. При этом экстремальные уровни семейной сплочённости в 50% были обусловлены разобщённой сплочённостью, а в 28% сцепленной; общий процент структурных нарушений семейной системы – 78%. Экстремальные уровни семейной адаптации в 18% были ригидными, а в 51% - хаотичными; общий процент нарушений функционирования семейной системы – 69%.

Таким образом, проведённое исследование продемонстрировало преобладание дисфункциональных сочетаний сплочённости и адаптации над функциональными, а также выявило значительно более выраженные структурные нарушения в обследованных семьях.

Выявленные особенности структуры (сплочённости) могут являться результатом динамики семейной системы на фоне развития и течения болезни, и согласуются с наблюдениями Terkelsen (1987), согласно которым возможно два варианта динамики – конструктивный и деструктивный. В первом случае, происходит умеренная консолидация внутрисемейных взаимосвязей с увеличением уровня сплочённости, что позволяет распределять нагрузку между всеми членами семьи. Однако, при чрезмерной сплочённости возможно формирование симбиотических отношений между пациентом и основным

опекающим лицам, что, в конечном итоге, приводит к поляризации семейной системы и росту нагрузки на опекающее лицо. Во втором случае, члены семьи стремятся дистанцироваться от больного и проблем, связанных с его лечением и сопровождением.

Согласно литературным данным, адекватная социальная поддержка является одним из факторов, препятствующих формированию интенсивного семейного бремени и семейной стигмы. В связи с этим, нами было проведено исследование интенсивности и структуры социальной поддержки родственников с использованием опросника «Социальной поддержки F-SOZU», результаты которого представлены в таблице 20.

Таблица 20 – Описательные статистики опросника «Социальной поддержки» (F-SOZU-22) для обследованных родственников, опекающих больных эндогенными психозами (* $p \leq 0,05$)

F-SOZU-22	Квартили			Mx (SD)	Нормативы	
	Q25	Q50	Q75		M(x)	Интервал
Эмоциональная поддержка	24	30	34	28,9 (6,5)	36,2(8)*	28,2-44,2
Инструментальная поддержка	12	14	17	14,2 (3,2)	16,6(3)	13,6-19,6
Социальная интеграция	20	22	26	22,7 (4,3)	27,9(4,7)*	25,2-32,6
Удовлетворённость социальной интеграцией	5	6	8	6,2 (2)	7(1,9)	5,1-8,9
Суммарный балл	63	72	81	72 (11,4)	89(13,9)*	75,1-102,9

Согласно полученным данным, у обследованных родственников уровень «Инструментальной поддержки» и «Удовлетворённость социальной интеграцией» соответствовала нормативу (M(x)) в лишь более чем 25% случаев. А значения субшкал: «Эмоциональная поддержка», «Социальная интеграция» и суммарного балла F-SOZU была сопоставима с нормативом (M(x)) менее чем у 25% обследованных.

Сравнение полученных данных по субшкалам и общему баллу F-SOZU с нормативами шкалы показало достоверные отличия по субшкалам «Эмоциональной поддержки», «Социальная интеграция» и суммарному баллу F-SOZU – показатели в изученной выборке ниже нормы (* $p \leq 0,05$).

Эти результаты свидетельствуют о дефиците эмоционально-значимых, поддерживающих отношений у родственников пациентов с шизофренией, их неудовлетворённость вниманием и пониманием окружающих людей, отсутствием ощущения безопасности при взаимодействии с другими людьми.

Изучение субъективной выраженности психопатологической симптоматики среди близкого окружения больных шизофренией проводилось с использованием методики SCL-90. Полученные данные представлены в таблице 21.

Таблица 21 – Описательные статистики опросника психопатологических симптомов (SCL-90)

SCL-90	Квартили			M (SD)	Нормативные показатели здоровых лиц	Cohen's d
	Q25	Me	Q75			
SOM	0,33	0,58	0,75	0,57±0,25*	0,44±0,03	0,322
O-C	0,3	0,5	0,9	0,63±0,34*	0,75±0,04	0,269
INT	0,44	0,67	0,89	0,66±0,35	0,66±0,03	-
DEP	0,39	0,65	0,92	0,71±0,34*	0,62±0,04	0,200
ANX	0,3	0,4	0,73	0,57±0,3*	0,47±0,03	0,248
HOS	0,33	0,5	0,83	0,58±0,37	0,60±0,04	-
PHOB	0	0,14	0,43	0,28±0,28*	0,18±0,02	0,504
PAR	0,33	0,5	0,83	0,54±0,33	0,54±0,04	-
PSY	0,1	0,2	0,5	0,30±0,29	0,30±0,03	-
GSI	0,33	0,54	0,77	0,60±0,25*	0,51±0,02	0,241

Полученные данные респондентов демонстрируют достоверное повышение средних показателей по субшкалам SOM (0,57±0,25 и 0,44±0,03, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's d=0,322), DEP (0,71±0,34 и 0,62±0,04, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's d=0,200), ANX (0,57±0,3 и 0,47±0,03, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's d=0,248), PHOB (0,28±0,28 и 0,18±0,02, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's d=0,504) и

результатирующему показателю GSI ($0,60 \pm 0,25$ и $0,51 \pm 0,02$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,241$) в сравнении с нормативными данными здоровых людей.

Распространённость высокой в сравнении с нормативами здоровых людей соматизации выявляется у более чем 75% обследованных родственников, депрессивности – у более 50%, а фобий и тревожности – в более 25% случаев. Высокая интенсивность (выше нормативов здоровых лиц) общей выраженности клиникопсихопатологических симптомов (GSI) была характерна более чем 75% опрошенных опекающих лиц.

Резюмируя полученные результаты, можно отметить повышение выраженности и распространённости различных видов тревожности (соматической, фобической и собственно тревожности), а также депрессивных переживаний у родственников, опекающих больных с РШС по сравнению с нормативными показателями здоровой популяции.

На основании проведённого анализа, средний балл эксплицитной стигмы по опроснику воспринимаемой стигматизации (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD), у обследованных родственников больных шизофренией составил $34 \pm 4,1$. При этом в 48% случаев родственники, опекающие пациентов с РШС, выявляли уровень стигматизации выше среднего ($Me=34$).

Поскольку установлено, что одним из дезадаптирующих факторов семей больных шизофренией является стигма, было проведено исследование выраженности и структуры семейной стигмы. Данные, полученные с использованием опросника семейной стигмы (SSI-F - Self-Stigma Inventory for Family) представлены в таблице 22 (высокими являются значения $\geq 2,5$).

Таблица 22 – Описательные статистики опросника семейной стигмы (SSI-F - Self-Stigma Inventory for Family) для обследованных родственников, чьи близкие больны эндогенными психическими расстройствами ($M(x) \geq 2,5$)

SSI-F	Квартили			M(x)	SD
	Q25	Q50	Q75		

Социальная самоизоляция	1	1,3	1,33	1,3	0,3
Соккрытие факта болезни	2	2,7	3	2,6	0,8
Воспринимаемое обесценивание	1,4	1,6	2	1,6	0,4
Суммарный балл	1,4	1,7	1,9	1,7	0,3

Полученные результаты демонстрируют низкий уровень внутренней стигмы у опрошенных нами родственников по всем показателям опросника семейной стигмы (SSI-F - Self-Stigma Inventory for Family), кроме показателя «Соккрытие факта болезни», который более чем у 50% обследованных родственников превышает 2,5 балла.

Это свидетельствует о высокой потребности близких пациентов с шизофренией «оставить заболевание в тайне» в связи с опасениями перед этикетированием со стороны социума.

Поскольку важнейшим фактором, обуславливающим течение, прогноз и исход заболевания является медикаментозный комплаенс и семья больного способна оказывать значительное влияние на его уровень, было использовано структурированное интервью «Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами».

Использование этого инструмента позволил обнаружить следующие данные, представленные на рисунке 6.

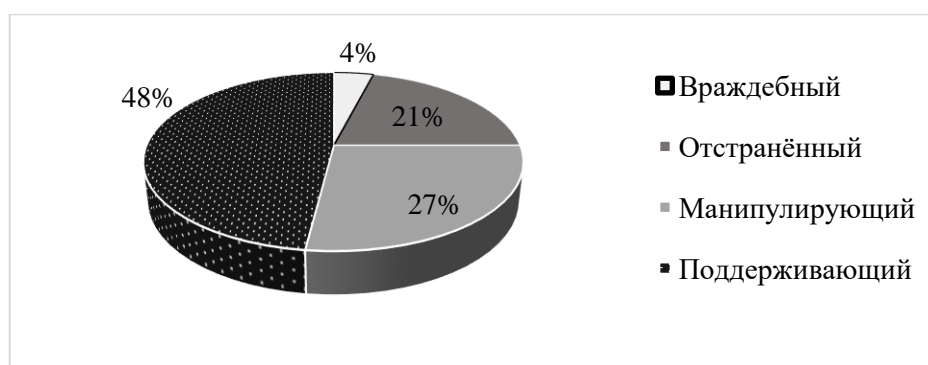


Рисунок 6 – Распределение типов отношения в обследованной выборке (%).

Опрос родственников пациентов с шизофренией показал, что у большинства обследованных был выявлен «Поддерживающий» (48(48%)) тип отношения, следующими по частоте встречаемости были «Манипулирующий» (27(27%)) и «Отстранённый» - у (21 (21%)), а наименьшее количество опрошенных родственников - 4 (4%) относились к принимаемому лечению враждебно.

4. Изучение влияния характеристик лиц, опекающих пациентов с РШС, на медикаментозный комплаенс пациента с последующим выделением предикторов приверженности лечению.

Корреляционный анализ показателей шкалы медикаментозного комплаенса и опросника семейной обременённости Зарит (ZBI) представлена в таблице 13, второго раздела результатов – валидизация опросника обременённости.

Среди структурно-функциональных особенностей семьи была выявлена положительная корреляция средней интенсивности (0,32) между суммарным баллом шкалы медикаментозного комплаенса и шкалой семейной адаптацией. Это отражает тот факт, что гибкость реагирования семейной системы способствует улучшению комплаентного поведения больных.

Данные корреляционного анализа показателей шкалы медикаментозного комплаенса и тревожных переживаний родственников отражена в таблице 23.

Таблица 23 – Корреляционный анализ показателей шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК) с различными параметрами родственников, опекающих психотических пациентов (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая)

ШМК	Отношение к медикации	Факторы, связанные с пациентом	Факторы, связанные с близким окружением	Факторы, связанные с врачом	Сумма

А С Т	Вина	-0,18		-0,20		-0,18
	Тревожность	-0,20	-0,19	-0,22		-0,27
	Напряжённость	-0,20				-0,21
	Сумма	-0,26		-0,24		-0,30

Все достоверные взаимосвязи между тревожными переживаниями родственников в связи с болезнью одного из членов семьи и параметрами комплаенса пациента были отрицательными, слабыми по силе и избирательными. Так, ни один из показателей семейной тревоги не имел корреляций с факторами, связанным с врачом ШМК; и только для тревожности была характерна корреляция с факторами, связанными с пациентом.

Взаимосвязь параметров медикаментозного комплаенса и показателей опросника семейной стигмы.

Корреляционный анализ между показателями комплаенса пациентов с шизофренией и параметрами семейной стигмы представлены в таблице 24.

Таблица 24 – Корреляционный анализ показателей шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК) и параметрами опросника семейной стигмы (SSI-F - Self-Stigma Inventory for Family) родственников, опекающих психотических пациентов (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая)

	ШМК	Отношение к медикации	Факторы, связанные с пациентом	Факторы, связанные с близким окружением	Факторы, связанные с врачом	Сумма
S S F - I	Социальная самоизоляция	-0,19	-0,15	-0,1	-0,00	-0,2
	Соккрытие факта болезни	-0,17	-0,16	-0,14	-0,06	-0,21
	Воспринимаемое обесценивание	-0,15	-0,00	-0,01	-0,01	-0,1
	Сумма	-0,21	-0,13	-0,1	-0,03	-0,21

Все выявленные корреляции были отрицательными и относились к диапазону слабой интенсивности. Только по суммарному баллу шкалы ШМК были выявлены отрицательные взаимосвязи, достигающие -0,2 (для параметра «Социальная самоизоляция») - -0,21 (для параметров семейной стигмой «Соккрытие факта болезни» и «Суммарного балла»). Эти находки говорят о том, что чем выше семейная стигма, тем хуже комплайентность пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Социальная самоизоляция и сокрытие факта болезни опекаемого лица родственниками приводит к ослаблению приверженности психотропной терапии у больных.

Взаимосвязь между показателями ШМК и параметрами опросника «Социальной поддержки» (F-SOZU-22).

Результаты корреляционного анализа между показателями опросника «Социальной поддержки» (F-SOZU-22) и параметрами шкалы медикаментозного комплайенса (ШМК) отражены в таблице 25.

Таблица 25 – Корреляционный анализ показателей шкалы медикаментозного комплайенса (ШМК) с различными параметрами родственников, опекающих психотических пациентов (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая)

ШМК		Отношение к медикации	Факторы, связанные с пациентом	Факторы, связанные с близким окружением	Факторы, связанные с врачом	Сумма
F-SOZU-22	Эмоциональная поддержка	0,12	0,07	0,08	0,06	0,14
	Инструментальная поддержка	0,13	0,05	0,21*	0,26	0,17
	Социальная интеграция	0,18	0,16	0,14	0,17	0,24*

Удовлетворённость социальной интеграцией	0,24*	0,17	0,15	0,14	0,27*
Сумма	0,2	0,14	0,17	0,18	0,24*

Все выявленные корреляции, как и в случае с показателями семейной стигмы, являлись слабыми, но являлись прямыми. Наиболее интенсивными были взаимосвязи фактором «Отношение к медикации» и «Удовлетворённостью социальной интеграцией», а также суммарным баллом опросника «Социальной поддержки» (F-SOZU-22) - ($r=0,24$, $r=0,2$ - соответственно, $p \leq 0,05$). «Факторы, связанные с близким окружением» и «Факторы, связанные с врачом» были положительно связаны с «Инструментальной поддержкой» ($r=0,21$, $r=0,26$ соответственно, $p \leq 0,05$). А общий балл шкалы медикаментозного комплайенса с показателями F-SOZU-22 «Социальной интеграцией», «Удовлетворённостью социальной интеграцией» и общим баллом опросника социальной поддержки ($r=0,24$, $r=0,27$, $r=0,24$ соответственно, $p \leq 0,05$).

Таким образом, возможность поддержки родственников в виде получения ими необходимой информации, реальной физической и\или финансовой помощи способствует улучшению комплайентности за счёт повышения значений по «Факторам, связанным с близким окружением» и «Факторам, связанным с врачом». Интеграция родственников психотических пациентов в окружающий социум способна благотворно влиять на «Отношение к медикации» у пациентов. Наличие безопасных отношений и с социумом у лиц, опекающих пациентов с шизофренией, и ощущение собственной значимости в этих отношениях способствует повышению общей приверженности медикаментозной терапии.

Корреляционный анализ между показателями опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и параметрами шкалы медикаментозного комплайенса (ШМК) отражены в таблице 26.

Таблица 26 – Корреляционный анализ показателей шкалы медикаментозного комплайенса (ШМК) с различными параметрами опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) родственников, опекающих психотических пациентов (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая)

ШМК		Отношение к медикации	Факторы, связанные с пациентом	Факторы, связанные с близким окружением	Факторы, связанные с врачом	Сумма
SCL-90	SOM	-0,16	-0,15	-0,13	-0,15	-0,21
	O-C	-0,06	-0,07	-0,25	-0,06	-0,13
	INT	-0,05	-0,04	-0,18	-0,00	-0,11
	DEP	-0,13	-0,27	-0,33	-0,01	-0,3
	ANX	-0,15	-0,17	-0,22	-0,1	-0,19
	HOS	-0,08	-0,01	-0,14	-0,06	-0,08
	PHOB	-0,21	-0,22	-0,18	-0,02	-0,23
	PAR	-0,1	-0,09	-0,07	-0,05	-0,12
	PSY	-0,03	-0,01	-0,00	-0,13	-0,01
	DOP	-0,07	-0,18	-0,33	-0,08	-0,22
	GSI	-0,14	-0,18	-0,26	-0,03	-0,22
	PSDI	-0,15	-0,15	-0,22	-0,02	-0,19

Проведённый корреляционный анализ показал наличие большого количества слабых обратных корреляций между факторами шкалы медикаментозного комплайенса и показателями опросника выраженности психопатологической симптоматики. Однако, именно для «Фактора, связанного с близким окружением» была характерна средняя взаимосвязь с показателем «Депрессивность» (DEP) - 0,33.

Таким образом, отсутствие адекватного отношения к медикаментозному лечению со стороны опекающих лиц способствует усилению у них депрессивных переживаний.

Уровень комплаентности в зависимости от типа отношения родственников к лечению показан на рисунках 7-8. Учитывая недостаточное количество

респондентов с враждебным типом отношения, эти данные не учитываются при проведении сравнительного анализа.

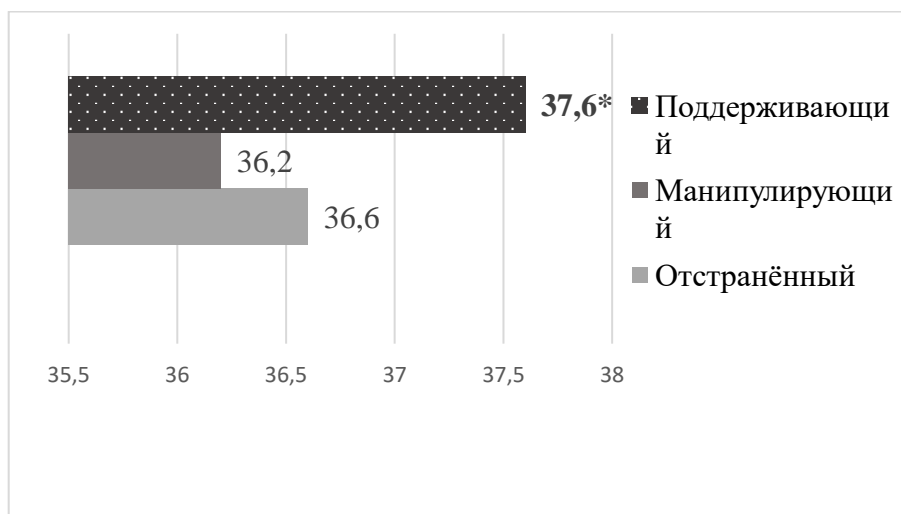


Рисунок 7 – Показатели суммарного балла ШМК (M(x)) больных РШС при различных типах отношения родственников к лечению

Общий показатель ШМК у больных, чьи родственники имели поддерживающий тип отношения к лечению был достоверно выше, в сравнении с остальными группами ($p \leq 0,05$) (рис.7).

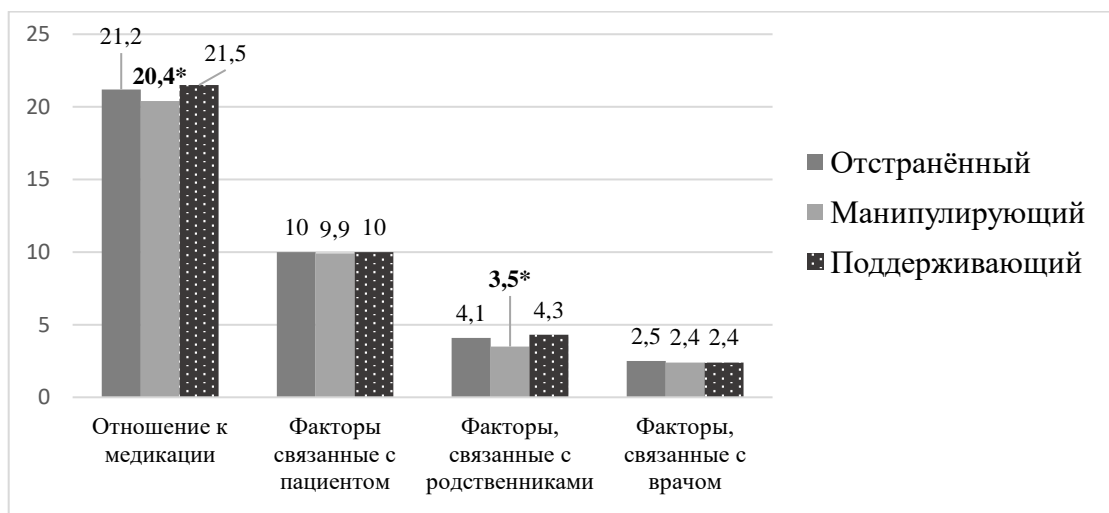


Рисунок 8 – Показатели факторов комплаенса больных РШС при различном типе отношения родственников к лечению

Значения субшкал, связанных с пациентом и врачом, у больных, чьи родственники имели различный тип отношения к лечению, достоверно не различались (рис.8). Показатели субшкалы «Отношения к медикации» были достоверно ниже у больных, чьи близкие демонстрировали манипулирующее отношение к лечению в сравнении с подгруппой больных, где родственники поддерживали терапию ($p \leq 0,05$). Значение фактора, связанного с родственниками, было достоверно ниже у пациентов, чьи близкие занимали манипулирующую позицию относительно лечения в сравнении с больными, опекаемыми членами семьи с поддерживающим и отстранённым типами отношения к терапии ($p \leq 0,05$).

Регрессионный анализ медикаментозного комплайенса пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Для определения факторов семейного окружения, определяющих уровень приверженности пациента к лечению, строилась линейная регрессия на различные переменные: клинические и социо-психологические параметры родственников.

При построении множественной регрессии проводился отбор признаков методом Forward. В этом случае признаки, значимо коррелирующие с зависимой переменной, последовательно, по степени убывания их связи с суммарным баллом семейной обременённости, вводятся в уравнение. Кроме того, перед обработкой был произведён анализ показателей опросника ШМК на их согласованность, который подтвердил, что суммарный балл Шкалы медикаментозного комплайенса является отражением тенденций каждого из составляющих его параметров.

Результаты проведённой линейной регрессии суммарного балла ШМК на клинические и социо-психологические параметры родственников представлены в таблицах 27-31.

Таблица 27 – Введённые переменные

Модель	Введённые переменные	Метод
1	ZBI 2	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)

2	F-SOZU22	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)
3	ZBI -4	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)

а. Зависимая переменная: ШМК_сум

Таким образом, среди всех принятых к анализу параметров, только 3 показателя (факторы «Взаимозависимость пациент/опекун», «Неопределённость» - по опроснику семейной обременённости ZBI и субшкала «Удовлетворённости социальной интеграцией» по опроснику Социальной поддержки (F-SOZU22)) являлись предикторами интенсивности комплаентного поведения больных.

Таблица 28 – Сводка для модели

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,404 ^a	0,163	0,155	8,507
2	,473 ^b	0,224	0,208	6,301
3	,516 ^c	0,266	0,243	6,160

а. Предикторы: (константа), ZBI 2

б. Предикторы: (константа), ZBI 2, FS22 4

с. Предикторы: (константа), ZBI 2, FS22 4, ZBI 4

е. Зависимая переменная: ШМК_сум

Коэффициент множественной детерминации R-квадрат (Таблица 28) свидетельствуют о том, что: с помощью показателя семейной обременённости «Взаимозависимости пациент/опекун» у опекающих родственников можно объяснить 16,3% вариабельности зависимого признака - интенсивность суммарного балла шкалы медикаментозного комплайенса; добавление в уравнение выраженности «Удовлетворённости социальной интеграцией» (F-SOZU 22) позволяет объяснить 22,4% вариабельности; а с включением значения фактора «Неопределённость» по опроснику ZBI вариабельность интенсивности семейного бремени объясняется уже на 26,6%. Таким образом, 26,6% дисперсии суммарного

балла шкалы медикаментозного комплаенса было обусловлено характеристиками родственников больного.

Далее, в таблице 29 оценивается значимость связи набора признаков в модели с зависимой переменной.

Таблица 29 – ANOVA

Модель		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	811,018	1	811,018	19,153	0,000 ^b
	Остаток	4149,732	98	42,344		
	Всего	4960,750	99			
2	Регрессия	1109,201	2	554,600	13,967	0,000 ^c
	Остаток	3851,549	97	39,707		
	Всего	4960,750	99			
3	Регрессия	1318,420	3	439,473	11,583	0,000 ^c
	Остаток	3642,330	96	37,941		
	Всего	4960,750	99			

a. Предикторы: (константа), ZBI 2

b. Предикторы: (константа), ZBI 2, FS22 4

c. Предикторы: (константа), ZBI 2, FS22 4, ZBI 4

e. Зависимая переменная: ШМК_сум

Последовательно, на всех шагах, F-критерий показывает высокую значимость взаимосвязи между суммарным баллом Шкалы медикаментозного комплаенса с выбранными параметрами. Остаточная же, необъяснённая, вариабельность последовательно уменьшается.

Таблица 30 – Параметры регрессионной модели и показатели их статистической значимости.

Коэффициенты ^a							
Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	T	Значимость	95% доверительный интервал для коэффициента «В»	
	B	Стандартная ошибка	Бета			Нижняя граница	Верхняя граница

1	(Константа)	45,051	1,962		22,961	0,000	41,157	48,945
	ZBI2	-0,658	0,150	-0,404	-4,376	0,000	-0,956	-0,359
2	(Константа)	37,976	3,206		11,847	0,000	31,614	44,338
	ZBI2	-0,569	0,149	-0,350	-3,818	0,000	-0,865	-0,273
	FS22_4	0,905	0,330	0,251	2,740	0,007	0,250	1,561
3	(Константа)	34,566	3,454		10,009	0,000	27,711	41,422
	ZBI2	-0,862	0,192	-0,530	-4,494	0,000	-1,243	0,481
	FS22_4	0,974	0,324	0,270	3,005	0,003	0,311	1,618
	ZBI4	1,334	0,568	0,277	2,348	0,021	0,206	2,461

а. Зависимая переменная: ШМК_сум

Из таблицы 30 следует, что все выбранные предикторы значимы и уравнение множественной линейной регрессии выглядит следующим образом:

$$Z_1 = 34,566 - X_1 * 0,862 + X_2 * 0,974 + X_3 * 1,334$$

Где Z_1 – прогнозируемое значение суммарного балла Шкалы медикаментозного комплаенса, X_1 – значения по фактору «Взаимозависимость пациент/опекун» по опроснику обременённости ZBI, X_2 – значения по субшкале «Удовлетворённость социальной интеграции» по опроснику Социальной поддержки (F-SOZU 22), X_3 – фактору «Неопределённость» опросника ZBI.

Наиболее ценным для прогнозирования зависимой переменной является признак «Удовлетворённость социальной интеграции», а самая слабая связь из выбранных значимых предикторов у признака «Взаимозависимость пациент/опекун».

Статистический анализ остатков, проведённой регрессии, представлен в таблице 31.

Таблица 31 – Статистика остатков

	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение	N
Предсказанное значение	29,11	44,47	36,95	3,649	100

Остаток	-14,322	12,490	0,000	6,066	100
Стандартное Предсказанное значение	-2,147	2,062	0,000	1,000	100
Стандартное Остаток	-2,325	2,028	0,000	0,985	100

а. Зависимая переменная: ШМК_сум

Расчёт доверительного интервала для зависимой переменной Z проводился по формуле:

$$\bar{x} - 1,96 * \sigma_o = 36,95 - 1,96 * 6,066 = 25,06$$

$$\bar{x} + 1,96 * \sigma_o = 36,95 + 1,96 * 6,066 = 48,84$$

Где \bar{x} – среднее значение переменной Z_1

σ_o – стандартное отклонение остатка

Таким образом, доверительный интервал для переменной Z_1 :

$$25,06 < Z_1 < 48,84$$

При этом: теоретические пределы Z_1 устанавливаются границами инструмента, в данном случае – Шкалы медикаментозного комплаенса от 0 до 52 баллов; экспериментальные границы в текущем исследовании от 29,11 до 44,47 баллов; доверительный интервал (рассчитывался по стандартной формуле) $25,06 < Z_1 < 48,84$. Около половины значений доверительного интервала лежат в области ниже медианного значения по выборке ($ME=37,5$), а нижняя граница доверительного интервала лежит ниже медианного значения инструмента ($ME=26$). Значения в $Z_1 \leq 26$ баллов указывают на значимое снижение приверженности лечению у больных.

Значения семейной обременённости при разном сочетании факторов в пороговых значениях

Пороговые значения:

X1 («Взаимозависимость пациент\родственник», ZBI, сырые баллы) 15 баллов – 12,93 (с учётом коэффициента B)

X2 («Удовлетворённость социальной интеграции», F-SOZU-22; норматив инструмента для субшкалы 27,5±4,8 – 28,2±4,5) 27,5 баллов – 26,79 (с учётом коэффициента B)

X3 («Неопределённость», ZBI, сырые баллы) 6 баллов – 8 (с учётом коэффициента B)

Значение отклоняющиеся от пороговых:

X1 («Взаимозависимость пациент\родственник», ZBI) 16 баллов – 13,79 (с учётом коэффициента B)

X2 («Удовлетворённость социальной интеграции», F-SOZU-22) 26 баллов – 25,32 (с учётом коэффициента B)

X3 («Неопределённость», ZBI) 5 баллов – 6,67 (с учётом коэффициента B)

1	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 12,93 + 26,79 + 8 =$	56,42
2	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 13,79 + 26,79 + 8 =$	55,57
3	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 12,93 + 26,79 + 6,67 =$	55,1
4	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 12,93 + 25,32 + 8 =$	54,95
5	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 13,79 + 26,79 + 6,67 =$	54,24
6	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 13,79 + 25,32 + 8 =$	54,1
7	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 12,93 + 25,32 + 6,67 =$	53,63
8	$Z_1 = 34,566 - X1 * 0,862 + X2 * 0,974 + X3 * 1,334$	$34,566 - 13,79 + 25,32 + 6,67 =$	52,76

Интервал при различном сочетании пограничных значений предикторов составил $52,76 < Z_2 < 56,48$ и его отклонение от доверительного интервала $25,06 < Z_1 < 48,84$ свидетельствует о значительном дефиците социальной поддержки в семьях больных РШС

Рассеяние стандартизированных остатков отражено на рисунке 9, отражающем диаграмму рассеяния.

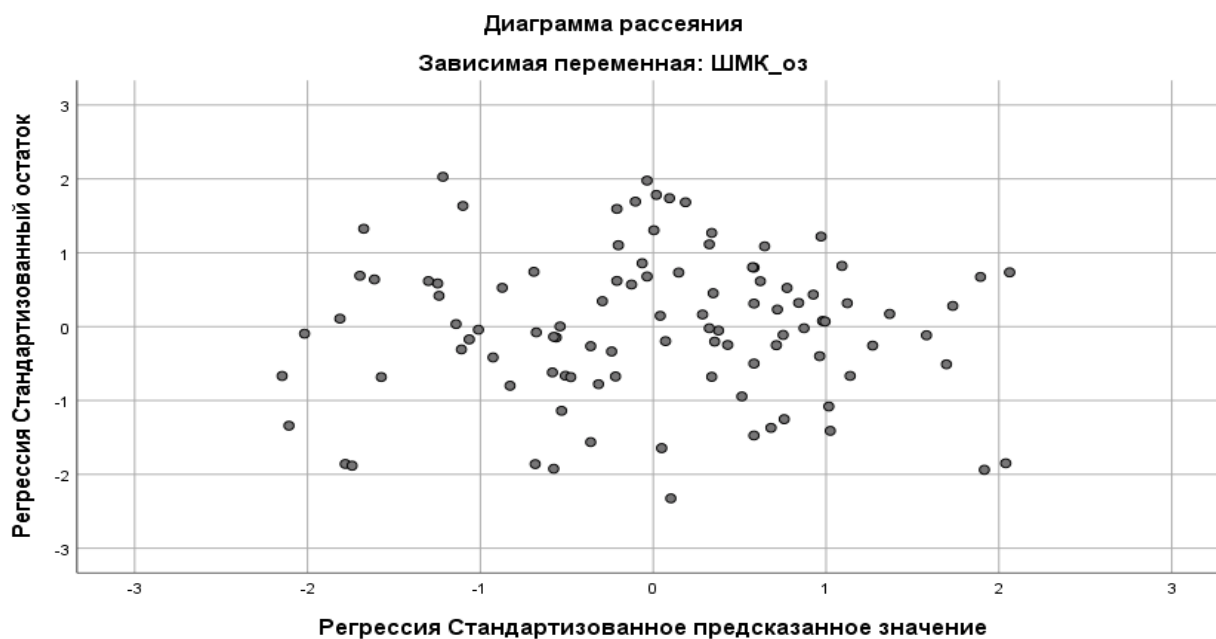


Рисунок – 9.

Диаграмма рассеяния представляется гетероскедаксичной и показывает сложную неоднородную структуру шкалы медикаментозного комплайенса и выбранных переменных.

Распределения остатков представлено на рисунке 10 в виде гистограммы.

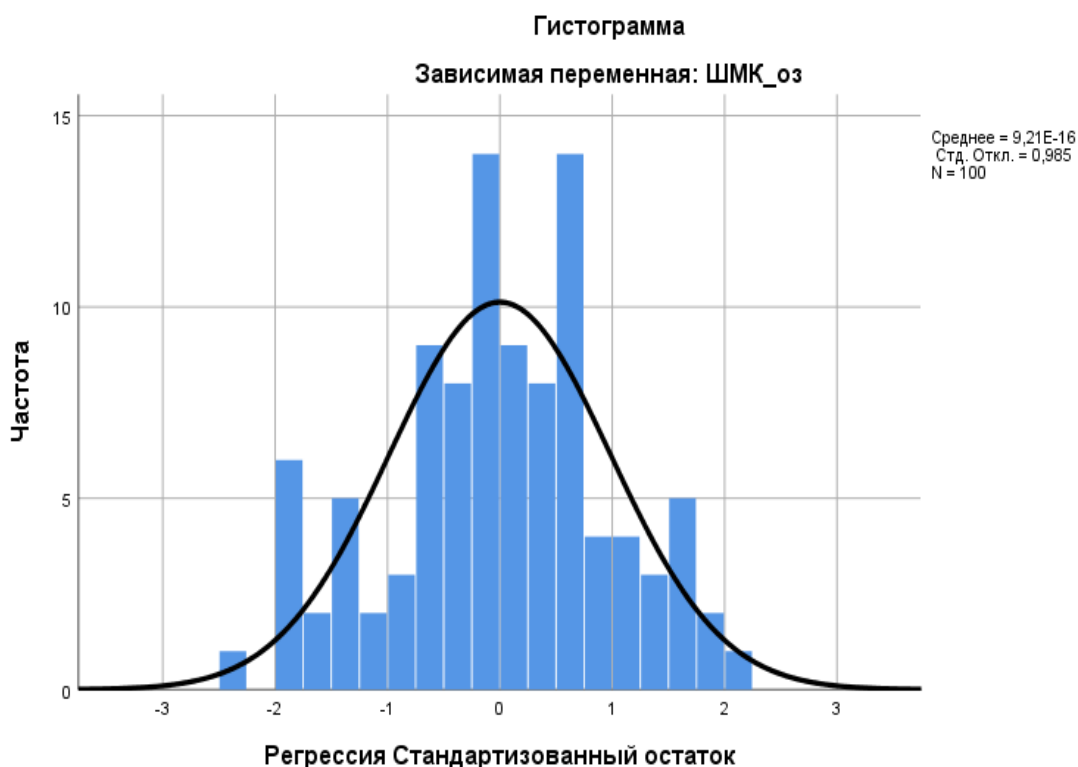


Рисунок – 10.

Гистограмма подтверждает графически нормальность распределения остатков.

5. Изучение влияния параметров больных с РШС и опекающих их лиц на семейную обременённость с выделением предикторов её интенсивности.

Изучение влияния социо-демографических данных родственников, опекающих психотических пациентов на интенсивность бремени семьи.

Проведение корреляционного анализа выявил наличие единственной достоверной корреляции средней силы между возрастом опекающих лиц и фактором «Восприятие дефицита ресурсов» ($r=0,32$, $p<0,05$), означающей, что чем старше возраст опекающего лица, тем выше показатель объективной обремененности «Восприятие дефицита ресурсов».

Полученные данные подтверждены дисперсионным анализом (Таблица 32)

Таблица 32 – Средние показатели семейной обременённости в разных возрастных группах (* $p \leq 0,05$)

	Возрастные группы (количество лет)				
	29-39 N=15	40-49 N=22	50-59 N=35	60-69 N=22	70-79 N=6
Общий балл	35,7±14*	36,9±16,7	45,1±7,8	45,6±15,3*	40±11,1
Восприятие дефицита ресурсов	9,4±4,2*	9,6±5,9	13,2±5,2	13,6±6*	12,9±5,1
Взаимозависимость пациент/опекун	10,4±4,8*	11,9±5,1	13,1±3,9*	13±4,2	12,5±3
Эмоциональное напряжение	6,4±3,5*	6,9±3,7	8,8±3,2	8,8±3,5*	6,8±3,6
Неопределённость	4,6±1,4	4,4±1,9*	5,2±1,2	5,2±1,4*	5±1,1
Самокритика	4,9±1,9	4,5±2*	5,6±1,8	6,3±2*	4±1,3

Обнаружены минимальные средние значения показателей опросника ZBI по факторам «Восприятие дефицита ресурсов», «Взаимозависимость пациент/опекун», «Эмоциональное напряжение» среди родственников в возрастной группе 29-39 лет и суммарному баллу по сравнению с более старшими возрастными группами родственников (* $p \leq 0,05$). Опекающие лица 50-59 и 60-69 лет выявили достоверно более высокие значения по всем факторам шкалы ZBI, в сравнении с группами 29-39, 40-49 и 70-79 лет (* $p \leq 0,05$).

Дисперсионный анализ показателей опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) в группах родственников разного пола и с разным социально-трудовым анамнезом представлены в таблице 33.

Таблица 33 – Различия факторов и общего балла опросника бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) в группах родственников разного пола и с разным социально-трудовым анамнезом (указаны $M(x) \pm SD$ при Cohen's $d \geq 0,2-0,49$ * слабый размер эффекта; Cohen's $d 0,5-0,79$ ** средний размер эффекта; Cohen's $d \geq 0,8$ *** - высокий размер эффекта)

	Пол			Трудовой статус	
	Мужчины $M(SD)$, n=30	Женщины $M(SD)$, n=70	Cohen's d	Работающие (учащиеся) $M(SD)$, n=77	Безработные (не учатся) $M(SD)$, n=23

Восприятие дефицита ресурсов	1,4 (0,6)**	2,3 (0,9)	0,77	2(0,9)	2,2(1)
Взаимозависимость пациент/опекун	1,7(0,6)*	2,2 (0,7)	0,39	2,1 (0,7)	2(0,7)
Эмоциональное напряжение	1,5(0,6)**	2,2 (0,9)	0,57	2(0,9)	2(0,9)
Неопределённость	1,9(0,6)**	2,7(0,7)	0,56	2,5(0,7)	2,4 (0,8)
Самокритика	1,5 (0,7)	1,9(0,6)	-	1,8(0,6)	1,8(0,8)
Суммарный балл	32,5(10,8)*	46,3(14,5)	0,49	42,5(14,8)	42,5(15,7)

При сравнении выраженности семейного бремени опекающих лиц разного пола было выявлено, что женщины испытывают достоверно более высокую обременённость, как по суммарному баллу ZBI ($46,6 \pm 14,5$ и $32,5 \pm 10,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,49$), так и по факторам «Восприятие дефицита ресурсов» ($2,3 \pm 0,9$ и $1,4 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,77$), «Взаимозависимости пациент/опекун» ($2,2 \pm 0,7$ и $1,7 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,39$), «Эмоциональному напряжению» ($2,2 \pm 0,9$ и $1,5 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,57$) и «Неопределённости» ($2,7 \pm 0,7$ и $1,9 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,56$) в сравнении с мужчинами. Трудовой статус опекающих родственников не оказывал влияние на выраженность обременённости.

Дисперсионный анализ бремени семьи у опекающих лиц с разной степенью родства относительно пациента представлен в таблице 34.

Таблица 34 – Различия показателей опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) в группах родственников с разной степенью родства относительно пациента (* $p \leq 0,05$).

	Родители N=64	Дети N=7	Супруги N=22	Сиблинги N=7
Общий балл	$46,7 \pm 13,8^*$	$41,4 \pm 8,2$	$33,7 \pm 13,6$	$30,1 \pm 18,2^*$
Восприятие дефицита ресурсов	$2,3 \pm 0,9^*$	$1,8 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,7$	$1,3 \pm 1^*$
Взаимозависимость пациент/опекун	$2,2 \pm 0,7^*$	$2,1 \pm 0,5$	$1,7 \pm 0,7$	$1,6 \pm 1,1$
Эмоциональное напряжение	$2,2 \pm 0,9^*$	$1,9 \pm 0,5$	$1,5 \pm 0,7$	$1,3 \pm 1,1^*$

Неопределённость	2,7±0,6*	2,2±0,5	2±0,7	1,2±1*
Самокритика	1,9±0,6	2±0,5*	1,6±0,8	1,2±0,4*

Выраженность обременённости у опекающих лиц с разной степенью родства по отношению к пациентам существенно различается, так «Родители» пациентов испытывают наиболее интенсивное бремя в сравнении с остальными 3-мя группами, особенно это касается факторов «Восприятие дефицита ресурсов», «Эмоциональное напряжение» и «Неопределённость» (* $p \leq 0,05$). Группа «Дети», опекающие родителей больных шизофренией, по общей интенсивности своих переживаний и их факторной структуре близки к показателям группы «родителей» и отличаются от них только по значению фактора «Восприятие дефицита ресурсов», который у них достоверно ниже (* $p \leq 0,05$). Наименьшую интенсивность (* $p \leq 0,05$) семейной обременённости, связанной с сопровождением пациента в процессе лечения испытывают сиблинги, показатели которых, как по отдельным факторам, так и по суммарному баллу соответствуют слабой выраженности. Группа «Супруги» наиболее близка по выраженности и структуре переживания семейного бремени к «Сиблингам», отличаясь от них более интенсивным переживанием по фактору «Неопределённость» (* $p \leq 0,05$).

Дисперсионный анализ показателей опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI): в группах родственников, проживающих совместно с пациентами или отдельно от них; а также между группами родственников, сопровождающих только психотических пациентов, и теми, кто, помимо больных, опекает и других членов семьи (малолетних детей, пожилых родственников) представлен в таблице 35.

Таблица 35 – Различия факторов и общего балла по опроснику Zarit (ZBI) в группах родственников, проживающих совместно с пациентами или отдельно от них; между группами родственниками, помогающими только психотических больных, и теми, кто дополнительно опекает других членов семьи (указаны

$M(x) \pm SD$ при Cohen's $d \geq 0,2-0,49^*$ слабый размер эффекта; Cohen's $d 0,5-0,79^{**}$ средний размер эффекта; Cohen's $d \geq 08^{***}$ - высокий размер эффекта)

	Проживание		Опекают	
	Раздельное M(SD), n=32	Совместное M(SD), n=68	Только пациента M(SD), n=59	И других членов семьи M(SD), n=41
Восприятие дефицита ресурсов	1,6 (0,8)*	2,1 (0,9)*	2(0,9)	2,2(1)
Взаимозависимость пациент/опекун	1,9(0,7)	2,1(0,7)	2,1 (0,7)	2(0,7)
Эмоциональное напряжение	1,7(0,8)*	2,1(0,9)*	2(0,9)	2(0,9)
Неопределённость	2,4(0,8)	2,5(0,7)	2,5(0,7)	2,4 (0,8)
Самокритика	1,9 (0,7)	1,9 (0,7)	1,8(0,6)	1,8(0,8)
Суммарный балл	37,7(13,6)	44,5(15,2)	42,5(14,8)	42,5(15,7)

При сравнении выраженности семейного бремени – интенсивность обременённости выше у опекающих лиц, проживающих совместно с пациентом, в сравнении с теми, кто живёт отдельно, по факторам «Восприятие дефицита ресурсов» ($2,1 \pm 0,9$ и $1,6 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$) и «Эмоциональное напряжение» ($2,1 \pm 0,9$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$). При сравнении выраженности семейного бремени – интенсивность обременённости выше у родственников, опекающих только психотического пациента, в сравнении с теми, кто опекает и других членов семьи, по факторам «Восприятие дефицита ресурсов» ($2,2 \pm 1$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$) и «Эмоциональное напряжение» ($2,2 \pm 0,9$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$).

Анализ взаимосвязей показателей опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) и опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) представлена в таблице 11, в разделе 2 диссертации, описывающих валидизацию опросника семейного бремени. Выраженность психопатологической симптоматики была наиболее взаимосвязана с объективной обременённостью за счёт большего количества и большей интенсивности взаимосвязей.

Данные корреляционного анализа между показателями опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) и шкалы семейной сплочённости и адаптации (FACES) у респондентов представлены в таблице 36.

Таблица 36 – Корреляционный анализ показателей опросника бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) и шкалы семейной сплочённости и адаптации (FACES) у родственников больных шизофренией (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая) $p \leq 0,05$

ZBI		Восприятие дефицита ресурсов	Взаимозависимость пациент/опекун	Эмоциональное напряжение	Неопределённость	Самокритика	Сумма
FACS	Семейная сплочённость	0,38	0,3	0,37	0,27	0,15	0,36
ES	Семейная адаптация	0,38	0,44	0,39	0,24	0,17	0,41

Выявлены достоверные средние корреляции между субшкалами семейная сплочённость и семейная адаптация методики FACES и показателями опросника ZBI «Физическая\финансовая нагрузка», «Эмоциональное напряжение» и суммарный балл (от $r=0,36$ до $r=0,41$, $p \leq 0,05$). Однако, для семейной адаптации была также характерна более интенсивная корреляция ($r=0,44$, $p \leq 0,05$) с фактором «Дефицит времени\зависимость пациента». Таким образом, отсутствие адекватных паттернов реагирования на жизненные ситуации с повышением хаотичности в принятии решения и действиях приводит к формированию большего дефицита времени и зависимости пациента, повышая обременённость родственников.

Исследование взаимосвязей между показателями опросников «Социальной поддержки» (F-SOZU-22) и бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) представлены в таблице 37.

Таблица 37 – Корреляционный анализ показателей опросников бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) и «Социальной поддержки» (F-SOZU-22) у родственников больных шизофренией (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая) $p \leq 0,05$

ZBI		Восприятие дефицита ремонта	Взаимозависим ость пациент/опекун	Эмоционал ьное напряжение	Неопределён ность	Самокри тика	Сумма
F- S O Z U- 22	Эмоциональная поддержка	-0,34	-0,3	-0,33	-0,36	-0,2	-0,35
	Инструментальная поддержка	-0,39	-0,33	-0,3	-0,32	-0,24	-0,37
	Социальная интеграция	-0,31	-0,25	-0,24	-0,34	-0,23	-0,31
	Удовлетворённость социальной интеграцией	-0,43	-0,4	-0,24	-0,28	-0,27	-0,4
	Сумма	-0,45	-0,39	-0,36	-0,43	-0,29	-0,45

Анализ показал наличие отрицательных средних корреляций между всеми показателями F-SOZU и факторами ZBI. Наиболее интенсивные корреляции были характерны для субшкалы «Удовлетворённость социальной интеграцией» и факторами «Восприятие дефицита ресурсов», «Эмоциональным напряжением», суммарным баллом ZBI ($r=0,43$, $r=0,4$, $r=0,4$ – соответственно, $p \leq 0,05$).

Таким образом, социальная поддержка в целом и удовлетворённость социальной интеграцией в частности являются факторами, которые способны ослабить обременённость родственников, осуществляющих уход за пациентами с шизофренией.

Данные корреляционного анализа между показателями семейной обременённости и семейной тревоги отражены в таблице 38.

Таблица 38 – Корреляционный анализ показателей опросников бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) и анализа семейной тревоги (ACT) у

родственников больных шизофренией (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая) $p \leq 0,05$

ZBI		Восприятие дефицита ресурсов	Взаимозависимость пациент/опекун	Эмоциональное напряжение	Неопределённость	Самокритика	Сумма
АСТ	Вина	0,64	<u>0,94</u>	0,63	0,59	0,5	0,77
	Тревожность	0,59	<u>0,92</u>	0,52	0,63	0,43	0,71
	Напряжённость	0,6	0,9	0,59	0,53	0,51	0,73
	Сумма	0,52	0,74	0,47	0,42	0,45	0,6

Обнаружены многочисленные связи между уровнем семейной тревоги (АСТ) и интенсивностью семейной обременённости: наиболее интенсивные взаимосвязи со всеми параметрами Анализ семейной тревоги (АСТ) имеет фактор ZBI «Взаимозависимость пациент/опекун», демонстрирующий, что выраженная семейная тревога приводит к ограничению автономии больного, усиливая объективную обременённость членов семьи, которая, в свою очередь, усиливает семейную тревогу. Наименее выражены связи с факторами, относящимися к субъективному бремени: «Неопределённость» и «Самокритика».

Таким образом, негативные эмоциональные переживания опекающих лиц взаимосвязаны с показателями семейной обременённости, как с объективными, так и субъективными. Для родственников, переживающих сильную вину обременённость усиливается за счёт фактора «Взаимозависимость пациент/опекун», тогда как для лиц, испытывающих сильное напряжение интенсификация семейного бремени происходит за счёт усиления переживания «Неопределённости».

Исследование взаимосвязей бремени семьи и суммарного балла PDD не выявило наличие корреляций с факторами и суммарным баллом опросника ZBI.

Результаты изучения взаимосвязей между показателями опросников обременённости Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) и семейной стигмы (SSI-F - Self-Stigma Inventory for Family) представлены в таблице 39.

Таблица 39 – Корреляционный анализ показателей опросников бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) и семейной стигмы (SSI-F) у родственников больных шизофренией (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая) $p \leq 0,05$

ZBI		Восприятие дефицита ресурсов	Взаимозависимость пациент/опекун	Эмоциональное напряжение	Неопределённость	Самокритика	Сумма
SSI-F	Социальная самоизоляция	0,32	0,23	0,31	0,27	0,2	0,31
	Соккрытие факта болезни	0,3	0,33	0,41	0,29	0,4	0,21
	Воспринимаемое обесценивание	0,35	0,45	0,3	0,45	0,55	0,41
	Сумма	0,5	0,35	0,51	0,69	0,76	0,85

Для большинства субшкал SSF-I характерны средние корреляции с показателями ZBI. Для показателей внутренней стигмы шкалы SSF-I наиболее интенсивные взаимосвязи были выявлены для суммарного балла SSF-I с факторами: «Эмоциональное напряжение», «Неопределённость» «Самокритика» (умеренный уровень корреляций - $r=0,51$, $r=0,69$; а также высокая $r=0,76$ – соответственно, $p \leq 0,05$), а также общим баллом ZBI (высокий уровень корреляций - $r=0,85$, $p \leq 0,05$).

Различия в интенсивности семейной обременённости у родственников с разным типом отношения семьи к психотропной терапии представлены на рисунке 11, а данные по различиям в факторной структуре приведены на рисунке 12.

Учитывая недостаточное количество респондентов с враждебным типом отношения, их данные приводятся в диаграммах приводятся, но не учитываются

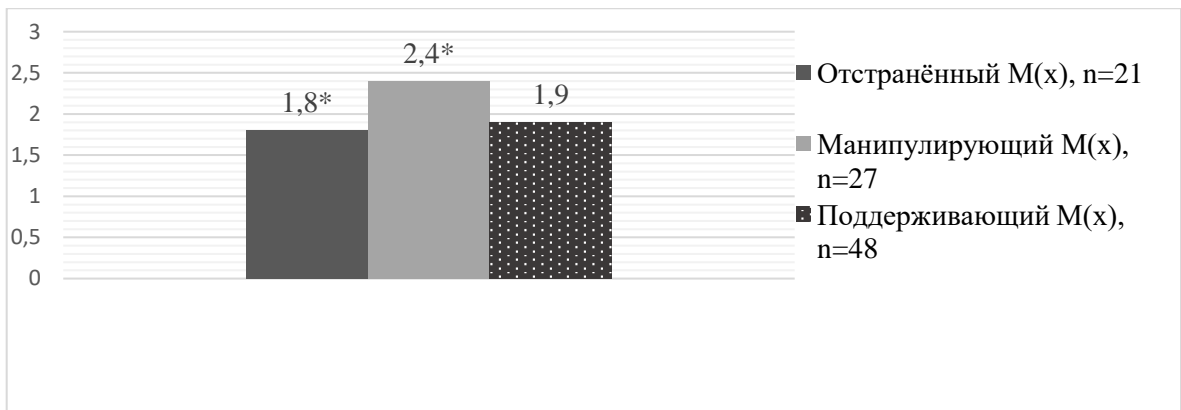


Рисунок 11 – Общая интенсивность семейного бремени (M(x)) по ZBI в зависимости от типа отношения родственников к лечению

Наименьшая выраженность семейной обременённости отмечается у родственников с отстранённым и поддерживающим типами отношения к лечению (Рисунок 11).

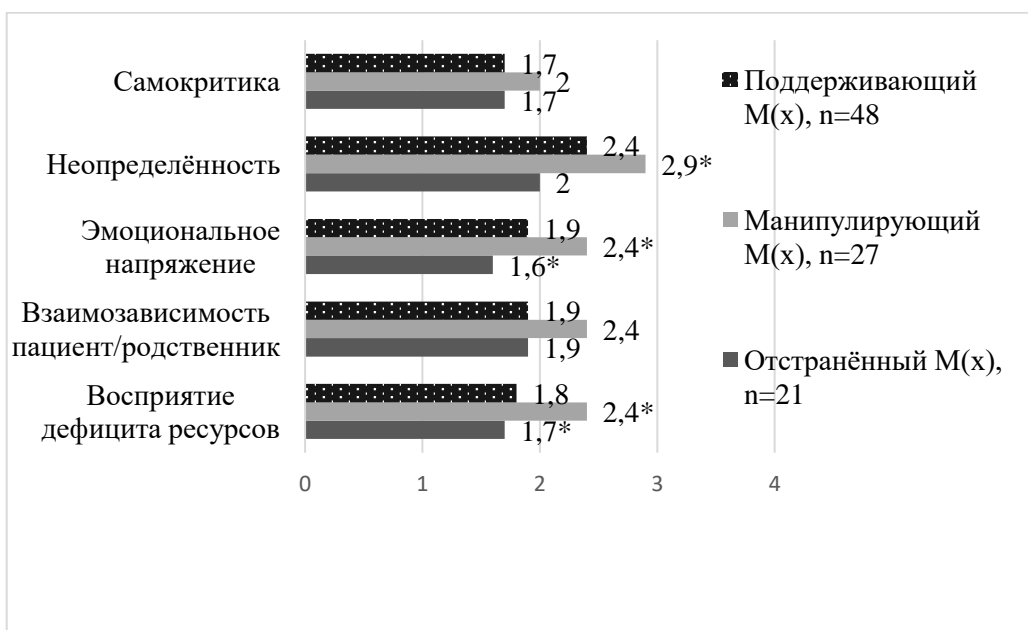


Рисунок 12 – Структура семейного бремени по ZBI в группах родственников с разными типами отношением к проводимой психотропной терапии

Значения фактора «Эмоциональное напряжение» было ниже у родственников с отстранённым ($M(x) \pm SD: 1,6 \pm 0,8$) и поддерживающим ($M(x) \pm SD: 1,9 \pm 0,8$) типами отношения к лечению в сравнении с теми, у кого выявлен манипулирующий тип

($M(x) \pm SD: 2,4 \pm 0,9$) (Cohen's $d=0,62$ и $=0,34$, соответственно; $p \leq 0,05$) (Рисунок 12). При отстранённом отношении к медикации опекающим лицам была свойственна меньшая выраженность значений по факторам «Восприятие дефицита ресурсов» и «Неопределённость» ($M(x) \pm SD: 1,7 \pm 1$; $M(x) \pm SD: 2 \pm 0,8$ – соответственно) в сравнении с родственниками с манипулирующими типом ($M(x) \pm SD: 2,4 \pm 0,9$; $M(x) \pm SD: 2,9 \pm 0,7$ – соответственно) (Cohen's $d=0,52$ и $=0,6$; $p \leq 0,05$) (Рисунок 12). Различия в переживании «Неопределённости» между родственниками, поддерживающими медикацию ($M(x) \pm SD: 2,4 \pm 0,7$) и манипулирующими ($M(x) \pm SD: 2,9 \pm 0,6$) ей, так же были статистически достоверны ($p \leq 0,05$), размер эффект был незначителен (Cohen's $d=0,24$) (Рисунок 12).

Корреляционный анализ социо-демографических показателей родственников больных с расстройствами шизофренического спектра и параметров опросника бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) выявил достаточный уровень взаимосвязи только между возрастом обследованных больных и фактором «Неопределённость», которая составила $r -0,31$ ($p \leq 0,05$).

Данные дисперсионного анализа по выраженности семейной обременённости у родственников, опекающих пациентов разных возрастных групп представлена в таблице 40.

Таблица 40 – Средние значения опросника бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) в родственников психотических больных разного возраста (* $p \leq 0,05$)

	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50 и более
	M(SD), n=18	M(SD), n=38	M(SD), n=34	M(SD), n=10
Восприятие дефицита ресурсов	2,2 (0,9)	2,2 (0,9)	1,8(1)	1,7(0,7)*
Взаимозависимость пациент/опекун	2,3(0,7)	2,1 (0,7)	1,9 (0,8)	2 (0,7)
Эмоциональное напряжение	2,2(0,8)	2,2 (1)	1,7(0,8)*	1,8(0,6)
Неопределённость	2,9(0,6)	2,6(0,7)	2,2(0,7)*	2,2 (0,5)
Самокритика	1,8 (0,5)	2(0,7)	1,5(0,7)*	1,8(0,5)
Суммарный балл	46,4(13,6)	45,5(14,6)	37,7(16,2)*	39(10,2)

При сравнении выраженности обременённости были выявлены следующие достоверные различия: родственники, опекавшие пациентов в возрасте 40-49 лет

испытывали наименьший ($p \leq 0,05$) уровень обременённости в сравнении с теми, кто опекал более молодых или более возрастных (50 и более лет – $49,5 \pm 10,1$) пациентов по факторам: «Эмоциональное напряжение», «Неопределённость» и «Самокритика», что, по-видимому, было связано со стабилизацией состояния больных. В группе больных 50 и более лет отмечалось снижение по объективной обременённости («Восприятие дефицита ресурсов»), что могло быть обусловлено снижением физической нагрузки за счет выхода на пенсию.

Дисперсионное исследование обременённости родственников, опекавших пациентов разного пола и с разным семейным статусом представлено в таблице 41.

Таблица 41 – Средние значения опросника бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) пациентов с различными социально-демографическими характеристиками (* $p \leq 0,05$)

	Соц-дем характеристики опекаемых пациентов		Семейный статус		Наличие детей		Трудовой статус		Наличие инвалидности	
	Пол		В браке	Не в браке	Есть M(SD), n=33	Нет M(SD), n=67	Работающие (учащиеся)	Безработные (не учатся)	Есть	Нет
	Мужчины	Женщины								
	M(SD), n=26	M(SD), n=74	M(SD), n=33	M(SD), n=67	2,5(0,9)*	1,7(0,8)	M(SD), n=44	M(SD), n=56	M(SD), n=33	M(SD), n=67
Восприятие дефицита ресурсов	2,5 (0,9)*	1,8 (0,9)	1,6(0,7)*	2,2 (1)	2,4(0,7)	1,9 (0,7)	1,6 (0,7)*	2,3 (0,9)	2,5(0,9)*	1,7(0,8)
Взаимозависимость пациент/опекун	2,3(0,7)	2 (0,7)	1,8 (0,6)	2,2 (0,7)	2,5(0,8)*	1,7(0,8)	1,7(0,6)*	2,3 (0,7)	2,4(0,7)	1,9 (0,7)
Эмоциональное напряжение	2,4(0,8)*	1,8 (0,9)	1,6(0,8)*	2,2(0,8)	2,6(0,7)	2,4 (0,7)	1,6(0,8)*	2,3 (0,8)	2,5(0,8)*	1,7(0,8)
Неопределённость	2,8(0,5)	2,4(0,8)	2,2(0,8)	2,6 (0,7)	2(0,6)	1,7(0,7)	2,3(0,7)	2,6(0,7)	2,6(0,7)	2,4 (0,7)
Самокритика	2 (0,5)	1,7(0,7)	1,6(0,7)	1,9(0,6)	50,4(13,8) *	38,2(13,8)	1,5 (0,7)*	2(0,6)	2(0,6)	1,7(0,7)
Суммарный балл	50,3(13,2)*	39,6(14,6)	35,8(13,1)*	45,8(14,8)	37,4 (13,2)	44,4 (15,2)	35,1(12,3)*	48,6(14,3)	50,4(13,8) *	38,2(13,8)

Сравнении семейной обременённости у лиц, опекающих больных разного пола показало, что родственники, сопровождающие пациентов мужского пола, испытывали большую обременённость – по общему баллу ZBI ($50,3 \pm 13,2$ и $39,6 \pm 14,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$), «Восприятие дефицита ресурсов» ($2,5 \pm 0,9$ и $1,8 \pm 0,9$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$) и «Эмоциональному напряжению» ($2,4 \pm 0,8$ и $1,8 \pm 0,9$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,33$) в сравнении с теми, кто помогал женщинам. Подобные результаты получены и при сравнении опекающих больных с разным семейным статусом: родственники сопровождающие незамужних\холостых пациентов испытывали более высокую обременённость по показателям ZBI: общему баллу ($45,8 \pm 14,8$ и $35,8 \pm 13,1$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,31$), «Восприятие дефицита ресурсов» ($2,1 \pm 1$ и $1,6 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$), «Взаимозависимости пациент/опекун» ($2,2 \pm 0,7$ и $1,8 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$) и «Эмоциональному напряжению» ($2,2 \pm 0,8$ и $1,7 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$). При сравнении групп родственников пациентов, которые имели своих собственных детей и бездетных, различия были найдены только по факторам «Взаимозависимость пациент/опекун» ($2,1 \pm 1$ и $1,7 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$) и «Эмоциональное напряжение» ($2,2 \pm 0,7$ и $1,6 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$) – у лиц, опекающих бездетных пациентов, эти показатели были выше.

При сравнении выраженности семейного бремени у лиц, опекающих больных с разным трудовым статусом было показано, что родственники работающих пациентов испытывали меньшую обременённость – по общему баллу ZBI ($35,1 \pm 12,3$ и $48,6 \pm 14,3$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$), «Восприятие дефицита ресурсов» ($1,6 \pm 0,7$ и $2,3 \pm 0,9$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$), «Взаимозависимость пациент/опекун» ($1,7 \pm 0,6$ и $2,3 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$), «Эмоциональному напряжению» ($1,6 \pm 0,8$ и $2,3 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$) и «Самокритике» ($1,5 \pm 0,7$ и $2,6 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,33$) в сравнении с теми, кто помогал

безработным больным. Похожие данные получены и при наличии или отсутствии группы инвалидности у опекаемого больного: родственники инвалидизированных пациентов выявили более высокие показатели ZBI по: общему баллу ($50,4 \pm 13,8$ и $38,2 \pm 13,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,34$), «Восприятие дефицита ресурсов» ($2,5 \pm 0,9$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,49$) и «Эмоциональному напряжению» ($2,5 \pm 0,8$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,43$).

Опираясь на социо-демографические параметры наибольшую обременённость испытывают родственники, опекающие пациентов мужского пола, молодого возраста, с ранним дебютом психотической симптоматики, потерявших трудоспособность, холостых, не имеющих собственных детей, инвалидизированных.

Изучение влияния течения заболевания на выраженность бремени семьи выявило ряд закономерностей. Использование корреляционного анализа обнаружило наличие достоверных отрицательных связей слабой интенсивности между возрастом дебюта и также факторами: «Восприятие дефицита ресурсов» ($r=-0,3$, $p0,05$) и «Взаимозависимость пациент/опекун» ($r=-0,3$, $p0,05$), что показало усиление объективного бремени при более раннем начале заболевания у пациента.

Дисперсионный анализ обнаружил достоверно более низкие показатели факторов шкалы ZBI: «Восприятие дефицита ресурсов» и «Взаимозависимость пациент/опекун» у родственников пациентов при первом стационарном лечении в сравнении с теми, кто опекал неоднократно лечившихся больных ($1,6 \pm 0,9$ и $2,1 \pm 0,9$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,31$; ($1,6 \pm 0,8$ и $2 \pm 0,9$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$).

Данные корреляционного анализа между синдромами по шкале BPRS, и параметрами опросника семейного бремени ZBI представлены в таблице 42.

Таблица 42 – Взаимосвязи показателей опросника ZBI с синдромами по шкале BPRS (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая)

ZBI		Восприятие дефицита ресурсов	Взаимозависимость пациент/опекун	Эмоциональное напряжение	Неопределённость	Самокритика	Сумма
BPRS	Тревожная депрессия	0,25	0,33	0,04	0,24	0,19	0,25
	Нарушения мышления	0,41	0,38	0,45	0,22	0,17	0,41
	Апатия, заторможенность	0,35	0,31	0,29	0,08	0,25	0,33
	Подозрительность-враждебность	0,41	0,33	0,2	0,16	0,22	0,34
	Возбуждённость-напряжённость	0,41	0,4	0,3	0,25	0,09	0,38
	Сумма	0,53	0,5	0,39	0,27	0,27	0,49

Наибольшее количество корреляций продемонстрировал фактор шкалы семейной обременённости «Взаимозависимость пациент/опекун», который имеет положительные средние взаимосвязи со всеми показателями шкалы BPRS и её суммарным баллом ($p \leq 0.05$). Для «Восприятие дефицита ресурсов» были характерны связи средней силы ($r=0,35-0,41$) с синдромами BPRS «Нарушения мышления», «Апатия\заторможенность», «Подозрительность, враждебность» и «Возбуждённость, напряжение», а корреляция этого фактора ZBI с суммарным баллом BPRS достигала умеренной интенсивности (0,53; $p \leq 0.05$). Фактор ZBI «Эмоциональное напряжение» имеет взаимосвязи средней силы ($r=0,45$) с показателем BPRS «Нарушения мышления» и суммарным баллом краткой психиатрической шкалы ($r=0,39$) и слабую связь ($r=0,3$) с «Возбуждённость/Напряжение» ($p \leq 0.05$). Для фактора «Неопределённость» корреляции слабой интенсивности с синдромом «Возбуждённость/Напряжение» и общим баллом по шкале BPRS ($p \leq 0.05$). Для показателя «Самокритика»

характерны две связи слабой силы с синдромом «Апатией\заторможенностью» и общим баллом по BPRS ($p \leq 0.05$). Суммарный балл шкалы ZBI имеет среднюю интенсивность корреляций со всеми показателями BPRS, кроме «Тревожной депрессии» ($p \leq 0.05$).

Таким образом, на интенсивность обременённости родственников влияет как продуктивная, так и негативная симптоматика пациентов, наибольший эффект на выраженность бремени семьи оказывают синдромы «Возбуждённость/Напряжение» и «Нарушения мышления».

Сравнение выраженности семейного бремени у родственников пациентов с высоким и средним уровнем BPRS представлен в таблице 43.

Таблица 43 – Различия факторов и общего балла опросника бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) в группах родственников психотических больных с разными уровнями BPRS (указаны $M(x) \pm SD$ при Cohen's $d \geq 0,2-0,49^*$ слабый размер эффекта; Cohen's $d 0,5-0,79^{**}$ средний размер эффекта; Cohen's $d \geq 08^{***}$ - высокий размер эффекта)

ZBI	Низкий уровень BPRS $40 < M(x)$ $M(SD), n=10$	Средний уровень BPRS $40 \leq M(x) \leq 60$ $M(SD), n=67$	Высокий уровень BPRS $60 > M(x)$ $M(SD), n=23$
Восприятие дефицита ресурсов	1,3(0,6)*	1,8 (0,8)	2,9 (0,5)*
Взаимозависимость пациент/опекун	1,5(0,6)*	2(0,7)	2,6 (0,5)*
Эмоциональное напряжение	1,4(0,6)	1,9 (0,8)	2,5 (0,8)*
Неопределённость	2,4(0,9)	2,3 (0,7)*	2,9 (0,6)
Самокритика	1,6(0,5)*	1,7 (0,7)	2,1 (0,6)
Суммарный балл	1,5(0,6)	1,9 (0,7)	2,6 (0,5)*

Согласно полученным данным обременённости в группах родственников, опекающих пациентов с низким BPRS, была достоверно ниже в сравнении с показателями родственников, помогающих пациентам со средней выраженностью симптомов ($p \leq 0,05$) по 3-м из 5-ти факторов семейного бремени и его общему баллу. Размеры эффектов при этом составили: по общему баллу ($1,5 \pm 0,6$ и $1,9 \pm 0,7$

соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,34$), по фактору «Взаимозависимость пациент/опекун» ($1,5 \pm 0,6$ и $2 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,43$) и «Эмоциональному напряжению» ($1,4 \pm 0,6$ и $1,9 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,44$) – что свидетельствует о слабой степени ассоциации синдромов по BPRS с показателями ZBI; а для фактора «Восприятие дефицита ресурсов» ($1,3 \pm 0,6$ и $1,8 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$) – что говорит о средней силе взаимосвязи показателей между собой.

При сравнении групп родственников, опекающих пациентов со средним и высоким BPRS, были получены достоверно более низкие показатели обременённости для первой группы относительно второй по: общему баллу ($1,9 \pm 0,7$ и $2,6 \pm 0,5$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$), а так же факторам «Восприятие дефицита ресурсов» ($1,8 \pm 0,8$ и $2,9 \pm 0,5$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,83$), «Взаимозависимость пациент/опекун» ($2 \pm 0,7$ и $2,6 \pm 0,5$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$) и «Эмоциональное напряжение» ($1,9 \pm 0,8$ и $2,5 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$) и «Неопределённость» ($2,3 \pm 0,7$ и $2,9 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$) – что свидетельствует о слабой степени ассоциации синдромов по BPRS с показателями ZBI; а для фактора «Восприятие дефицита ресурсов» ($1,3 \pm 0,6$ и $1,8 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$).

Таким образом, наибольшей степенью ассоциации с показателями BPRS обладает фактор семейной обременённости «Физическая\финансовая нагрузка».

В дальнейшем был проведён корреляционный анализ между показателями шкалы SANS и ZBI (Таблица 44).

Таблица 44 – Корреляционный анализ показателей опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview - ZBI) с субшкалами шкалы оценки негативных симптомов (Scale for the assessment of negative symptoms -

SANS). Сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая

ZBI		Восприятие дефицита ресурсов	Взаимозависимо сть пациент/опекун	Эмоциональ ное напряжение	Неопредел ённость	Самокрит ика	Сумма
SA NS	Аффективное уплощение	0,62	0,53	0,55	0,38	0,61	0,64
	Алогия (нарушения речи)	0,6	0,56	0,53	0,43	0,5	0,62
	Абулия, апатия	0,43	0,4	0,36	0,29	0,45	0,49
	Ангедония- асоциальность	0,59	0,59	0,53	0,33	0,52	0,62
	Нарушения внимания	0,39	0,45	0,35	0,25	0,4	0,44
	Сумма	0,68	0,64	0,61	0,43	0,64	0,71

Суммарный балл шкалы ZBI имеет достоверные положительные корреляции слабой, средней и умеренной интенсивности со всеми субшкалами SANS. Наибольшим количеством умеренных связей с параметрами SANS («Уплощением\ригидностью аффекта», «Нарушения речи», «Ангедония, асоциальность» и общий балл) обладают факторы ZBI «Восприятие дефицита ресурсов», «Взаимозависимость пациент/опекун» и «Эмоциональному напряжению» ($p < 0,05$). Наименее интенсивными взаимосвязями с параметрами SANS обладает фактор «Неопределённость». Для фактора ZBI «Самокритика» выявлены средние корреляции с показателями SANS «Нарушения речи», «Апато-абулические расстройства» и «Нарушения внимания», с остальными синдромами SANS – корреляции умеренные. Суммарный балл ZBI имеет умеренные корреляции с параметрами SANS «Уплощением\ригидностью аффекта», «Нарушениями речи», «Ангедонией, асоциальностью» и общим баллом и средние корреляции с показателями шкалы SANS ($p < 0,05$) «Нарушения речи» и «Нарушения внимания».

Сравнение выраженности семейного бремени у родственников пациентов с высоким и средним уровнем SANS представлен в таблице 45.

Таблица 45 – Различия факторов и общего балла опросник бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) в группах родственников психотических больных с разными уровнями SANS (указаны M(SD) при Cohen's $d \geq 0,2-0,49^*$ слабый размер эффекта; Cohen's $d 0,5-0,79^{**}$ средний размер эффекта; Cohen's $d \geq 08^{***}$ - высокий размер эффекта)

ZBI	Родственники со средним уровнем SANS $30 \leq M(x) \leq 60$ баллов	Родственники с высоким уровнем SANS $60 \leq M(x)$
	M(SD), n=57	M(SD), n=13
Восприятие дефицита ресурсов	1,5 (0,7)	2,6 (0,9)***
Взаимозависимость пациент/опекун	1,7 (0,7)	2,5 (0,7)**
Эмоциональное напряжение	1,6 (0,8)	2,4 (0,8)**
Неопределённость	2,2 (0,8)	2,7 (0,6)
Самокритика	1,4 (0,6)	2,2 (0,5)**
Суммарный балл	1,6 (0,6)	2,5 (0,6)**

Достоверное различие при сравнении групп со средним и высоким баллом шкалы SANS по выраженности ZBI было выявлено по всем факторам, кроме «Неопределённость» и общему баллу шкалы. Размеры эффектов были следующие: «Восприятие дефицита ресурсов» ($1,5 \pm 0,7$ и $2,6 \pm 0,9$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,9$), «Взаимозависимость пациент/опекун» ($1,7 \pm 0,7$ и $2,5 \pm 0,7$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,62$) и «Эмоциональное напряжение» ($1,6 \pm 0,8$ и $2,4 \pm 0,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,63$), «Самокритика» ($1,4 \pm 0,6$ и $2,2 \pm 0,5$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,76$), общий балл ZBI ($1,4 \pm 0,6$ и $2,5 \pm 0,5$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,75$).

Проведённый анализ показывает достаточно высокий уровень ассоциации интенсивность обременённости родственников психотических больных со специфичностью и выраженностью негативной симптоматики.

Исследование взаимосвязей бремени семьи и суммарного балла по шкале социальной ангедонии RSAS выявило наличие прямых умеренных корреляций со

всеми факторами и общим баллом ZBI (от $r=0,53$ до $r=0,66$, $p \leq 0,05$). При этом, для фактора «Неопределённость» уровень корреляции с RSAS был существенно ниже (от $r=0,41$, $p \leq 0,05$).

Корреляционный анализ между Шкалой глобального функционирования и показателями ZBI показал наличие средних отрицательных корреляций с фактором «Неопределённость» ($r=0,48$, $p \leq 0,05$) шкалы ZBI, для всех остальных параметров были характерны отрицательные корреляции умеренной интенсивности (от $r=0,53$ до $r=0,67$, $p \leq 0,05$).

Исследование взаимосвязей бремени семьи и суммарного балла PDD выявило наличие отрицательных средних корреляций с факторами «Эмоциональное напряжение», «Самокритика» и общему баллу ZBI ($r=-0,35$, $r=-0,33$, $r=-0,34$ – соответственно, $p \leq 0,05$).

Результаты корреляционного анализа между показателями семейной обременённости и параметрами самостигматизации больных представлены в таблице 46.

Таблица 46 – Корреляционный анализ показателей опросник бремени ухаживающего лица Zarit (ZBI) с субшкалами шкалы самостигматизации при психических расстройствах (ISMI). (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая)

ZBI		Восприятие дефицита ресурсов	Взаимозависимость пациент/опекун	Эмоциональное напряжение	Неопределённость	Самокритика	Сумма
ISMI	Отчуждение	-0,01	0,06	-0,02	-0,06	-0,11	-0,01
	Одобрение стереотипов	0,27	0,24	0,27	0,15	0,24	0,28
	Опыт дискриминации	0,33	0,32	0,37	0,26	0,27	0,36
	Социальная самоизоляция	0,13	0,16	0,12	0,08	0,04	0,14
	Сопrotивление самостигматизации	0,05	-0,03	-0,1	-0,08	-0,09	-0,03
	Сумма	0,2	0,2	0,17	0,09	0,09	0,19

Для показателей внутренней стигмы шкалы ISMI наиболее интенсивные взаимосвязи были выявлены для субшкалы «Опыт дискриминации» ISMI и факторами: «Восприятие дефицита ресурсов», «Взаимозависимость пациент/опекун», «Эмоциональное напряжение», (средний уровень корреляций - $r=0,33$, $r=0,35$, $r=0,36$ – соответственно, $p \leq 0,05$) и общим баллом ZBI (средний уровень корреляций - $r=0,36$, $p \leq 0,05$). Для остальных субшкал ISMI характерны слабые корреляции с показателями ZBI.

Взаимосвязь семейной обременённости и комплаентности у обследованных психотических пациентов представлено в таблице 13 и описаны во втором разделе результатов.

Регрессионный анализ обременённости ухаживающего лица (ZBI)

Для определения факторов риска развития более интенсивной семейной обременённости строилась линейная регрессия на различные переменные: клинические и социо-психологические параметры родственников и пациентов.

При построении множественной регрессии проводился отбор признаков методом Forward. В этом случае признаки, значимо коррелирующие с зависимой переменной, последовательно, по степени убывания их связи с суммарным баллом семейной обременённости, вводятся в уравнение. Кроме того, перед обработкой был произведён анализ показателей опросника ZBI на их согласованность, который подтвердил, что суммарный балл опросника обременённости является отражением тенденций каждого из составляющих его параметров.

Результаты проведённой линейной регрессии суммарного балла опросника обременённости опекающих лиц ZBI на клинические и социо-психологические параметры родственников и опекаемых ими больных представлены в таблицах 47-51.

Таблица 47 – Введённые переменные

Модель	Введённые переменные	Метод
1	ACT_сум	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)
2	RSAS	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)
3	SANS S4	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)
4	SCL-90-1	Прямой (Критерий: Вероятность F для включения $\leq 0,050$)

а. Зависимая переменная: ZBI_сум

Таким образом, среди всех принятых к анализу параметров, только 4 показателя (суммарный балл по опроснику семейной тревоги (ACT), субшкала соматизации (SOM) по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90) среди параметров родственников, а также суммарный балл социальной ангедонии (RSAS) и значение субшкалы «Ангедония-асоциальность» по шкале оценки негативной симптоматики (SANS) – из показателей пациентов) являлись предикторами интенсивности семейной обременённости.

Таблица 48 – Сводка для модели

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,819 ^a	0,670	0,667	8,627
2	,862 ^b	0,743	0,737	7,658
3	,879 ^c	0,772	0,765	7,248
4	,888 ^d	0,788	0,779	7,020

а. Предикторы: (константа), ACT_сум

б. Предикторы: (константа), ACT_сум, RSAS

в. Предикторы: (константа), ACT_сум, RSAS, SANS4

г. Предикторы: (константа), ACT_сум, RSAS, SANS4, SCL90_1

е. Зависимая переменная: ZBI_сум

Коэффициент множественной детерминации R-квадрат (Таблица 48) свидетельствуют о том, что: с помощью суммарного балла тревожных переживаний (ACT) у опекающих родственников можно объяснить 67% вариативности зависимого признака - интенсивность суммарного балла семейного

бремени; добавление в уравнение выраженности социальной ангедонии (RSAS) позволяет объяснить 74,3% вариабельности; с включением значения субшкалы «Ангедония-асоциальность» по шкале оценки негативных симптомов (SANS) вариабельность интенсивности семейного бремени объясняется уже на 77,2% и, наконец, включение в уравнение значения соматизации (SOM) по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) позволяет довести долю объяснённой вариабельности зависимой переменной до 77,8%, достоверность модели $p < 0,001$.

Далее, в таблице 49 оценивается значимость связи набора признаков в модели с зависимой переменной.

Таблица 49 – ANOVA

Модель		Сумма квадратов	ст. св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	14817,919	1	14817,919	199,106	0,000 ^b
	Остаток	7293,391	98	74,422		
	Всего	22111,310	99			
2	Регрессия	16423,233	2	8211,616	140,034	0,000 ^c
	Остаток	5688,077	97	58,640		
	Всего	22111,310	99			
3	Регрессия	17068,042	3	5689,647	108,298	0,000 ^c
	Остаток	5043,268	96	52,534		
	Всего	22111,310	99			
4	Регрессия	17429,514	4	4357,378	88,417	0,000 ^d
	Остаток	468,796	95	49,282		
	Всего	22111,310	99			

^a Зависимая переменная: ZBI_сум

^b Предикторы: (константа), АСТ_сум

^c Предикторы: (константа), АСТ_сум, RSAS

^d Предикторы: (константа), АСТ_сум, RSAS, SANS4

^e Предикторы: (константа), АСТ_сум, RSAS, SANS4, SCL90_1

Последовательно, на всех шагах, F-критерий показывает высокую значимость взаимосвязи между суммарным баллом семейной обременённости по

опроснику (ZBI) с выбранными параметрами. Остаточная же, необъяснённая, вариабельность последовательно уменьшается.

Таблица 50 – Параметры регрессионной модели и показатели их статистической значимости

Модел ль		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизова нные коэффициент ы	Т	Значимо сть (р)	95% доверительный интервал для «В»	
		В	Стандартная ошибка	Бета			Нижняя граница	Верхняя граница
1	(Константа)	13,341	2,231		5,980	0,000	8,914	17,768
	ACT_сум	3,082	0,218	0,819	14,110	0,000	2,648	3,515
2	(Константа)	6,574	2,365		2,780	0,007	1,880	11,268
	ACT_сум	2,439	0,229	0,648	10,631	0,000	1,984	2,895
	RSAS	0,896	0,171	0,319	5,232	0,000	0,556	1,235
3	(Константа)	-0,909	3,094		-0,294	0,007	-7,050	5,233
	ACT_сум	2,156	0,232	0,573	9,300	0,000	1,695	2,616
	RSAS	0,742	0,168	0,264	4,419	0,000	0,409	1,075
	SANS4	0,970	0,277	0,206	3,503	0,001	0,420	1,520
4	(Константа)	-2,891	3,085		-0,937	0,045	-9,016	3,233
	ACT_сум	1,961	0,236	0,521	8,315	0,000	1,492	2,429
	RSAS	0,733	0,163	0,261	4,506	0,000	0,410	1,056
	SANS4	0,913	0,269	0,194	3,394	0,001	0,379	1,447
	SCL90_1	0,690	0,255	0,142	2,708	0,008	0,184	1,196

а. Зависимая переменная: ZBI_сум

Из таблицы 50 следует, что все выбранные предикторы значимы и уравнение множественной линейной регрессии выглядит следующим образом:

$$Z_2 = -2,891 + X_1 * 1,961 + X_2 * 0,733 + X_3 * 0,913 + X_4 * 0,690$$

Где Z_2 – прогнозируемое значение суммарного балла семейной обременённости по опроснику ZBI, X_1 – значения суммарного балла опросника «Анализ семейной тревоги», X_2 – значения суммарного балл шкалы социальной ангедонии (RSAS), X_3 – значения по 4-й субшкале шкалы оценки негативных

симптомов (Scale for the assessment of negative symptoms - SANS), X4 - значения по 1-й субшкале опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Кроме того, можно сделать вывод, что наиболее ценным для прогнозирования зависимой переменной является признак «ACT_сум», а самая слабая связь из выбранных значимых предикторов у признака «SCL90_1».

При этом 95% доверительный интервал для коэффициентов В по выделенным параметрам составил: для суммарного балла ACT – 1,492-2,429, суммарного балла социальной ангедонии – 0,410-1,056, субшкалы «Ангедония-асоциальность» (SANS) – 0,379-1,447, субшкалы SOM (SCL-90) – 0,184-1,196.

Статистический анализ остатков, проведённой регрессии, представлен в таблице 51.

Таблица 51 – Статистика остатков

	Минимум	Максимум	Среднее	Стандартное отклонение	N
Предсказанное значение	17,68	70,18	42,37	13,269	100
Остаток	-16,587	22,335	0,000	6,877	100
Стандартное Предсказанное значение	-1,861	2,096	0,000	1,000	100
Стандартное Остаток	-2,363	3,182	0,000	0,980	100

а. Зависимая переменная: ZBI_сум

Расчёт доверительного интервала для зависимой переменной Z проводился по формуле:

$$\bar{x} - 1,96 * \sigma_o = 42,37 - 1,96 * 6,877 = 28,89$$

$$\bar{x} + 1,96 * \sigma_o = 42,37 + 1,96 * 6,877 = 55,85$$

Где – \bar{x} – среднее значение переменной Z

σ_o – стандартное отклонение остатка:

Таким образом, доверительный интервал для переменной Z₂:

$$28,89 < Z_2 < 55,85$$

При этом: теоретические пределы Z устанавливаются границами инструмента, в данном случае – опросника ZBI от 0 до 88 баллов; экспериментальные границы в текущем исследовании от 17,68 (min) до 70,18 (max) баллов; доверительный интервал $28,89 < Z_2 < 55,85$. Большая часть доверительного интервала лежит в диапазоне низкой (21-40 баллов) и средней (41-60 баллов) интенсивности согласно нормативу рекомендованному для опросника ZBI. Значения Z_2 , превышающие максимальное значение доверительного интервала ($Z_2 \geq 55,85$), указывают на выраженную семейную обременённость, требующую коррекции.

Значения семейной обременённости при разном сочетании факторов в пороговых значениях

Пороговые значение:

X1 (суммарный балл АСТ) 5 баллов – 9,81 (с учётом коэффициента В)

X2 (суммарный балл RSAS) 13 баллов – 9,53 (с учётом коэффициента В)

X3 («ангедония-асоциальность», SANS; сырые баллы при средней интенсивности субшкалы) 15 баллов – 13,7 (с учётом коэффициента В)

X4 («соматизация» (SOM) опросника SCL-90-R, сырые баллов 5,28 – норматив здоровых) 6 баллов – 4,14 (с учётом коэффициента В)

Значение ниже пороговых:

X1 (суммарный балл АСТ) 4 баллов – 7,84 (с учётом коэффициента В)

X2 (суммарный балл RSAS) 11 баллов – 8,1 (с учётом коэффициента В)

X3 («ангедония-асоциальность», SANS) 14 баллов – 12,78 (с учётом коэффициента В)

X4 («соматизация» (SOM) опросника SCL-90-R) 5 баллов – 3,45 (с учётом коэффициента В)

1	$-2,891 + X1 * 1,961 + X2 * 0,733 + X3 * 0,913 + X4 * 0,690$	$-2,891 + 9,81 + 9,53 + 13,7 + 4,14$	34,29
2	$-2,891 + X1 * 1,961 + X2 * 0,733 + X3 * 0,913 + X4 * 0,690$	$-2,891 + 9,81 + 9,53 + 13,7 + 3,45$	33,6

3	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+9,81+9,53+12,78+4,14$	33,37
4	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+9,81+8,1+13,7+4,14$	33,13
5	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+9,81+9,53+12,78+3,45$	32,68
6	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+9,53+13,7+4,14$	32,32
7	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+9,81+8,1+13,7+3,45$	32,17
8	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+9,81+8,1+12,78+4,14$	31,94
9	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+9,53+13,7+3,45$	31,63
10	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+9,53+12,78+4,14$	31,4
11	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+9,81+8,1+12,78+3,45$	31,25
12	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+8,1+13,7+4,14=$	30,89
13	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+9,53+12,78+3,45$	30,71
14	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+8,1+13,7+3,45$	30,2
15	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+8,1+12,78+4,14$	29,97
16	$-2,891+X1*1,961+X2*0,733+X3*0,913+X4*0,690$	$-2,891+7,84+8,1+12,78+3,45$	29,28

Доверительный интервал $28,89 < Z_2 < 55,85$, средний балл по выборке $41,7 \pm 14,7$ балла, ME 42 балла. Интервал при различных сочетаниях предикторов в пограничных значениях $29,28 < Z_2 < 34,29$, что говорит о существенном превышении пороговых значений выделенными параметрами.

Диаграмма рассеяния демонстрирует гомогенность дисперсии ошибок предсказания, т.е. гомоскедастичность (Рисунок 13).

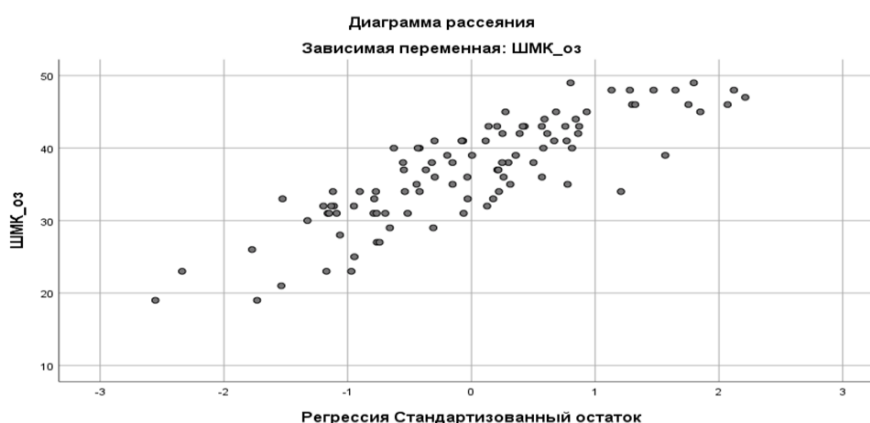


Рисунок – 13.

Диаграмма рассеяния представляется близкой к гомоскедастичной и показывает явную положительную связь между суммарным баллом опросника семейной обременённости и выбранными переменными.

Графическое отображение нормальности распределения остатков представлено на рисунке 14.

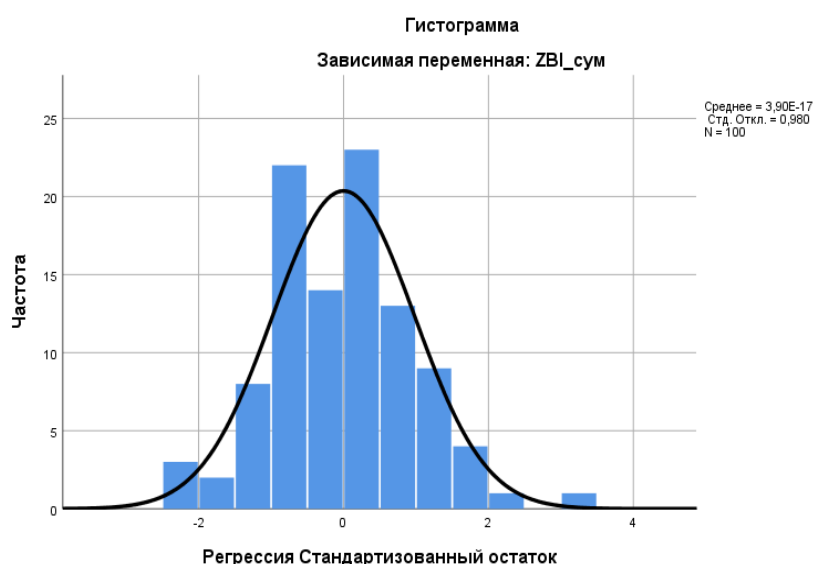


Рисунок – 14.

Графическое подтверждение нормальности распределения остатков, а, следовательно, состоятельность предлагаемой модели подтверждается и математическими вычислениями критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка (Таблица 52).

Таблица 52 – Критерии нормального распределения

	Колмогорова-Смирнова ^а			Критерий Шапиро-Уилка		
	Статистика	ст.св.	знач.	Статистика	ст.св.	знач.
ZRE_1	0,054	100	,200*	0,990	100	0,687

*Это нижняя граница истинной значимости

а. Коррекция значимости Лильефорса.

Глава 4.

Обсуждение.

В текущем исследовании недостаточный уровень комплаентности обнаружен у 76% обследованных, что согласуется с работами отечественных и зарубежных коллег (Белокрылов И.В., Соколов В.П., 2019; Kirchner S.K. et al., 2021), по результатам которых разные варианты нарушения комплаентности (от частичной до полной) выявлялись более чем в 50% случаев.

Проведённое исследование показало, что состояние обследованных пациентов по клиничко-психопатологическим показателям соответствовало фазе формирования медикаментозной ремиссии (Anderson A.E. et al., 2017). В клинической картине негативная симптоматика превалировала над позитивной, с преобладанием уплощённости и ригидности аффекта, апато-абулических нарушений и ангедонии, что соотносится с литературными данными (Abbas Q. et al., 2019). При этом достаточно высокий уровень глобального функционирования определялся у 30% обследованных больных.

Общая выраженность самостигматизации была низкой, что сходно с результатами международных исследований (Ghanean et al., 2011; Vidović D. et al., 2016; Tanabe Y. et al., 2016), при этом отмечались наиболее высокие значения по показателю «Сопротивление самостигматизации», что согласуется с опубликованными данными обследования пациентов в Европе (Brohan et al., 2010). Выраженность эксплицитной стигмы выше медианных значений у 54% обследованных больных подтверждают результаты ранее проведённых работ (Сорокин М.Ю., 2016; Лутова Н.Б. и др., 2017).

2. Одной из задач исследования являлась валидизация опросника семейной обременённости ZBI в русскоязычной популяции лиц, опекающих пациентов с РШС, с последующим анализом его факторной структуры. В ходе реализации данной задачи была выделена 5-факторная структура: «восприятие дефицита ресурсов», «взаимозависимость пациент/опекун», «эмоциональная

напряжённость», «неопределённость» и «самокритика к уходу и нагрузке». При изучении литературных данных о психометрических свойствах инструмента и результатах валидизации среди носителей других языков было отмечено, что часть выделенных факторов («взаимозависимость пациент/опекун», «неопределённость» и «самокритика к уходу и нагрузке») сходны по своей структуре и семантическому наполнению со структурными компонентами (факторами), выделенными в других исследованиях (Knight B.G. et al., 2000; Ko K.T., et al., 2008; Lu L. et al., 2009; Breinbauer K.H. et al., 2009; Adeosun I.I., 2013; Al-Rawashdeh S.Y. et al., 2016; Tang B., et al., 2017). Оставшиеся два фактора («восприятие дефицита ресурсов», «эмоциональная напряжённость») отличаются варьирующим наполнением пунктов, входящих в их состав (Ko K.T., et al., 2008; Lu L. et al., 2009; Ozlu A. et al., 2009; Adeosun I.I., 2013; Tang B., et al., 2017).

Были подтверждены дискриминантная и конвергентная валидности инструмента за счёт выявления взаимосвязей между показателями опросника ZBI и отдельными факторами шкалы медикаментозного комплаенса, подтверждения корреляций показателей опросника семейной обременённости с психопатологическими симптомами и параметрами качества жизни опекающих родственников. Полученные результаты подтверждают данные ранее проведённых работ, указывающих на взаимосвязь показателей семейного бремени родственников, сопровождающих пациентов с РШС, с характеристиками их эмоционального и физического благополучия, а также качеством жизни в целом (Корень Е. В., Куприянова Т. А., 2012; Gupta S., et al., 2015; Cabral, L. et al., 2016; Chien O.H. et al., 2017)

3. В проведенном исследовании среди опекающих лиц преобладали женщины (69%), 58% из которых были матерями пациентов. Полученные данные сопоставимы с результатами других исследований, в большинстве которых подобный факт объяснялся культуральными особенностями и социальными стереотипами (Angermeyer M. et al., 2003; Yu Yu et al., 2018). Меньшая представленность была характерна для супругов (22%), что свидетельствует о

снижении у пациентов способности создавать собственные семьи при развитии заболевания в молодом возрасте. Дополнительным подтверждением этого является и то, что 20% обследованных супругов – это мужья, поскольку, согласно статистическим исследованиям, дебют шизофрении у женщин развивается позднее (25-35 лет), в сравнении с представителями мужского пола (18-25 лет) (Березанцев А.Ю., 2017).

Совместно с пациентом проживали 68% родственников, что соответствует данным В.Н. Краснова и др., (2006) и отражает культуральные особенности, подтверждённые рядом исследований. Например, в Эфиопии совместное проживание пациента с опекающими лицами (в семье) выявляется в 81% случаев (Girma E., 2014), в Нигерии – в 79,2% (D. Ukpong, 2012); в Италии среди коренных американцев – в 17% (Warner R., Huxley P., 1999), а среди латиноамериканских семей – в 85% случаев (Jenkins J.H., Schumacher J.G., 1999).

Таким образом, обследованная выборка опекающих лиц по гендерному составу, среднему возрасту, соотношению по степеням родства относительно пациента была вполне стандартной. Особенностью обследованной выборки явилось большее число лиц, имеющих трудовую занятость.

В проведённом исследовании суммарный показатель бремени семьи у 47% обследованных соответствовал средней или высокой интенсивности, полученные данные согласуются с результатами ряда работ, в которых средний и высокий уровни обременённости наблюдались у 52 - 90% семей (Ganguly K.K. et al., 2010; Lasebikan V.O., Ayinde O.O., 2013; Yu Y. et al., 2017). В структуре семейной обременённости наиболее выраженным оказался фактор «Неопределённость», как и в работе I.I. Adeosun (2013), объяснявшего данный феномен возрастом опекающих пациента лиц.

Высокая интенсивность эмоциональных переживаний из-за развития заболевания у одного из членов семьи выявлена у 85% родственников, что согласуется с результатами множества публикаций о формировании

эмоционального дистресса как реакции на факт болезни и лечения (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2010; Brady N., McCain G., 2004; Carrà G. et al., 2012).

Обнаруженные нарушения в функционировании семейных систем были распространены широко (93%) и обусловлены как особенностями эмоциональной дистанции в семье, так и спецификой реагирования на стрессовые ситуации. Это соотносится с результатами Zebeda A. E. et al. (2020), отмечавших эмоциональную сверхвовлечённость 61% обследованных родственников как фактор риска для формирования чрезмерной эмоциональной экспрессии и семейной обременённости. Полученные в проведенном исследовании результаты также сопоставимы с данными публикаций, описывающих проблемные копинги по совладанию со стрессовыми ситуациями в семьях пациентов с РШС (Залуцкая Н.М., 2003; St-Hilaire A. et al., 2007; Sharma H. et al., 2017).

Сравнение результатов полученных при опросе родственников пациентов с РШС, оказались сопоставимы с данными здоровых лиц, чей род деятельности был связан с постоянным напряжением или риском для жизни и здоровья, а также находящихся в трудных жизненных обстоятельствах (беженцы) (Н.В. Тарабрина, 2001). Похожие данные были опубликованы и Mitsonis C. et al. (2010), продемонстрировавших превышение результатов по показателям SCL-90 по большинству показателей в группе родственников, опекавших больных с шизофренией.

Выявление низкой интенсивности семейной стигмы у подавляющего числа родственников пациентов с РШС, с наибольшими значениями показателя «Соккрытие болезни» более чем у 50% опрошенных родственников, согласуется с результатами Yin Y. et al. (2014), описывающих данную тенденцию у 65% обследованных ими респондентов (Yin Y. et al., 2014). Подобные результаты публиковались также Girma E. et al. (2014) и Krupchanka D. et al. (2016).

Данные по распространённости недостаточной социальной поддержки у родственников (48% в данном исследовании) сопоставимы с результатами Chen L. et al. (2019) и Abdelaal H. M. et al. (2021), отмечавших снижение социальной

поддержки лиц, опекавших пациентов с РШС в 10-57% случаев. Этот феномен объяснялся авторами той или иной степенью выраженности семейной стигмы у опекунов (Shi Y. et al., 2019).

4. Проведённое исследование подтвердило наличие взаимосвязей между показателями медикаментозного комплаенса и различными параметрами родственников пациентов с РШС.

Так были выявлены корреляции между показателями шкалы медикаментозного комплаенса и выраженностью тревожных переживаний, которые описываются во многих литературных источниках как проявленные эмоции (expressed emotions, EE) (Солохина Т.А. с соавт., 2021; Sellwood W. et al., 2003; Сепрака А.А. et al., 2018; Babandi F. et al., 2022).

Были подтверждены взаимосвязи между параметрами обременённости и факторами приверженности больного медикаментозному лечению, избирательность и средняя интенсивность которых подтверждаются целым рядом публикаций (Ennis E., Corry C., 2014; Aswini B., 2016; Shakeel M., et al., 2017).

Обнаружены корреляции между комплаентностью и структурно-функциональными особенностями семьи (Shakeel, M. et al., 2017), указывающие на то, что высокая ригидность семьи при попытках совладать с кризисными ситуациями приводит к снижению комплаентности.

Литературных данных, указывающих на прямое влияние поддержки, оказываемой обществом семьям пациентов с РШС, на комплаентность больных, найдено не было. Однако целый ряд публикаций описывает значимость помощи со стороны социума для поддержания нормального функционирования семьи, которое, в свою очередь, взаимосвязано с комплаентностью и способно изменять клиническое состояние пациента (Sun S. Y-K., Cheung S-K., 1997; Sawant N.S., Jethwani K.S., 2010). В нашем исследовании выявленные избирательные корреляции параметров социальной поддержки с показателями приверженности лечению отличаются слабой интенсивностью.

Зависимость уровня комплаентности больных от типа отношения опекающих лиц к проводимому лечению, выявленная в проведенном исследовании, также описана в литературе (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2009; Glick I.D. et al., 2011; Rindayati et al., 2021).

Различные варианты регрессионного анализа с целью определения факторов родственников, влияющих на приверженность лечению больных, проводились и ранее, но они включали лишь небольшой спектр анализируемых признаков. При этом среди социо-психологических феноменов семьи, влияющих на комплаентность, в основном анализировались эмоциональные реакции близких больного на комплаенс (expressed emotions, EE) (Солохина Т.А. с соавт., 2021; Сетрака А.А. et al., 2018).

5. Исследование взаимосвязей между параметрами обременённости и различными факторами родственников и пациентов так же продемонстрировали результаты, схожие с ранее публиковавшимися.

Например, корреляции между показателями бремени семьи и различными социо-демографическими параметрами пациентов (возраст, наличие трудовой занятости или инвалидности), выявленные в нашей работе, были сопоставимы с данными Gülseren L. et al. (2010), Yazıcı E. et al. (2016), Кауа У., Fatma O. (2019) и Лутовой Н.Б., Макаревич О.В. (2021). Все исследования описывали большую обременённость у лиц, оказывающих помощь пациентам молодого возраста, одиноким, безработным, инвалидизированным. Помимо этого, публиковались данные о прямых корреляциях между показателями обременённости и клинико-anamnestическими параметрами больных (количество госпитализаций, длительность заболевания) (Gülseren L. et al., 2010; Yazıcı E. et al., 2016).

Кроме того, были обнаружены корреляции семейной обремененности с показателями оценки клинического состояния пациента (BPRS, SANS), при этом большую интенсивность взаимосвязей выявили негативные симптомы, что согласуется с результатами ряда исследований (Лутова Н. Б., Макаревич О. В., 2021; D. Ukpong, 2012; Rabinowitz J. et al., 2013; Souza A.L. et al., 2017).

По результатам проведённого исследования, женщины отличались большей семейной обремененностью, при этом в большей степени испытывали семейное бремя опекающие лица старшей возрастной категории (после 50 лет), что отмечалась и в ранее проведённых работах I.I. Adeosun (2013) и Saqueo-Urizar A. et al. (2014). Другой универсальной находкой стало выявление большей обременённости матерей пациентов с РШС. С одной стороны, это можно объяснить тем, что основной группой опекающих лиц являются именно матери пациентов, а с другой, тем, что женщины склонны испытывать более интенсивные эмоциональные переживания (I.I. Adeosun, 2013).

Значимость эмоциональных реакций в формировании обременённости опекающих лиц, подтверждённая в данном исследовании, также неоднократно описывалась в научной литературе. Так в работах Carrà G. et al. (2012), Lippi G. (2016), Zebeda A.E. (2020) сообщается о том, что выраженные переживания тревоги, вины и напряжения, формирующие негативную эмоциональную экспрессию в семье, способны интенсифицировать семейное бремя.

Негативное влияние на семейную обременённость таких факторов, как симбиотичность отношений внутри семьи пациентов с РШС, неправильное распределение нагрузки при организации ухода за пациентом и неадекватные стратегии совладания с кризисной ситуацией, выявленные в ходе диссертационного исследования, отражены и в ранее проведённых работах (I.I. Adeosun, 2013; Krupchanka D. et al., 2016; Rindyati et al., 2021). Было обнаружено, что недостаток помощи семьям пациентов с РШС со стороны социума играет роль фактора, усиливающего семейное бремя, что согласуется с литературными данными (Chen L. et al., 2019; Maazinezhad S. et al., 2019).

Результатами проведённого исследования подтверждены ранее опубликованные данные о взаимосвязи психического здоровья родственников и выраженности семейного бремени (Корман Т. А. с соавт., 2012; Корень Е. В., Куприянова Т. А., 2012; Gupta S. et al., 2015; Cabral L. et al., 2016)

В диссертационном исследовании доказаны взаимосвязи между параметрами семейной стигмы и показателями семейной обременённости, описанные в результатах более ранней публикации М. Yildiz et al. (2018).

Попытки системного анализа факторов, влияющих на обременённость семьи, делались и ранее, однако они затрагивали ограниченный круг характеристик родственников или больных, акцентирую своё внимание лишь на определённых параметрах: клиничко-динамических, клинических показателях состоянии пациента (Mantovani L.M. et al., 2016) или социо-демографических параметрах родственников (Alexander G. et al., 2016).

Выводы

1. Обнаружена высокая распространённость нарушений приверженности медикаментозному лечению у больных РШС: лишь 24% обследованных пациентов имели высокий уровень комплаентности, а у 76% обнаружено снижение комплаентности разной степени интенсивности. Нарушения комплаентности, обусловлены дефицитом и взаимным влиянием различных подсистем: у 74% больных имелись нарушения отношения к медикации; у 75% – морбидными проявлениями; у 71% – недостатками контакта с врачом; у 70% обследованных пациентов – нарушениями поддержки семьи.

2. Подтверждены психометрические свойства русскоязычной версии опросника обременённости ухаживающего лица (ZBI) для оценки бремени семьи родственников больных с РШС, на основании высокой согласованности (Cronbach $\alpha = 0,93$) и чувствительности инструмента на основании проведения процедур внешней валидизации.

3. Выявлены высокая распространённость и разнообразие нарушений у членов семьи, опекающих больных с РШС: в 93% обнаружены структурно-

функциональные нарушения семейной системы; 85% респондентов выявляли высокий уровень семейной тревоги и 75% – повышенный уровень психопатологических симптомов; 62% обследованных имели недостаток социальной поддержки. 48% родственников стигматизировали больных членов семьи, а семейная стигма у более чем 50% опрошенных проявлялась в потребности сокрытия факта болезни родственника. Только 48% родственников имели поддерживающее отношение к назначенной больному медикаментозной терапии. 47% обследованных родственников выявляли средний и высокий уровень семейной обремененности, где с преобладанием переживаний относительно неопределенности за будущее больного.

4. Получена формула для прогнозирования влияния семьи на интенсивность приверженности больного лечению, определяющая 26,6% суммарного балла медикаментозного комплаенса (ШМК) при высокой степени достоверности модели ($p < 0,001$). Предикторами приверженности больного лечению со стороны семьи являются недостаток социальной поддержки у членов семьи, сверхвключённость в опеку над больным и переживание тревоги за будущее больного.

5. Разработана модель прогноза интенсивности семейного бремени ($p < 0,001$), объясняющая 77,8% дисперсии суммарного балла опросника ZBI, включающая: общую выраженность тревоги (ACT) и её соматические эквиваленты у родственников (SCL-90), выраженность социальной ангедонии (RSAS) и ангедонии-асоциальности (SANS) у больных.

Практические рекомендации

1. Пациентам с расстройствами шизофренического спектра необходима оценка уровня приверженности медикаментозному лечению. При выявлении нарушений медикаментозного комплаенса, необходимо проводить сфокусированную диагностику семейной системы и использование разработанной модели прогноза ($Z_1 = 34,566 - X_1 * 0,862 + X_2 * 0,974 + X_3 * 1,334$). Если значение Z_1 составляет менее 26 баллов требуется включение семьи больного в психокоррекционные мероприятия, сфокусированных на улучшении комплаенса больного (психообразовательные программы, семейное консультирование, поведенческая семейная терапия, группы самопомощи).

2. Исходя из полученных данных о широкой распространённости и негативных последствий семейного бремени, рекомендуется использование прогностической модели для выявления выраженности семейной обременённости ($Z_2 = -2,891 + X_1 * 1,961 + X_2 * 0,733 + X_3 * 0,913 + X_4 * 0,690$). В случае, если показатель Z_2 менее 55,85 баллов достаточно проведения профилактических мероприятий, а при сформированном семейном бремени ($Z_2 \geq 55,85$ баллов) – оказание персонифицированной медико-психологической помощи лицам, опекающим больных.

Перспективы дальнейшей разработки темы исследования

К перспективным направлениям относится внедрение в клиническую практику метода прогнозирования влияния семьи на интенсивность приверженности больного лечению, а также оценку семейного бремени и метода прогноза его интенсивности для формирования сфокусированных коррекционных мероприятий для родственников больных РШС.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ ИЛИ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- АСТ – опросник «Анализ семейной тревоги»
- РШС – расстройства шизофренического спектра
- ТА – терапевтический альянс
- ШМК – Шкала медикаментозного комплаенса
- АРА – американская психиатрическая ассоциация (The American Psychiatric Association)
- BPRS - краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale)
- GCP – надлежащая клиническая практика (good clinical practice).
- GAF - шкала глобального функционирования (Global assessment scale)
- FACES – шкала семейной сплочённости и адаптации (Family Cohesion and Adaptation Scale)
- F-SozU-22 - опросник социальной поддержки (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung)
- ЕЕ – выраженные эмоции: негативные переживания, критицизм (expressed emotions)
- ISMI – шкала самостигматизации пациентов с психическими расстройствами (Internalized stigma of mental illness scale)
- PDD – раздел обесценивания/дискриминации опросника воспринимаемой стигматизации (Perceived devaluation and discrimination scale)
- RSAS - шкала социальной ангедонии (Revised social anhedonia scale)
- SANS - шкала негативной психопатологической симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)
- SCL-90-R - опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised)
- SF-36 – опросник оценки качества жизни (Short Form 36)
- SSI-F - опросник семейной стигмы (Self-Stigma Inventory for Family)
- ZBI - опросник бремени ухаживающего лица Зарит (Zarith Burden Interview)

Список литературы

1. Аведисова А. С. От нонкомплаенса к отказу от психофармакотерапии / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотер. - 2005. - № 6. - С. 316–324.
2. Алиева Л. М. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией / Л. М. Алиева, Т. А. Солохина // Психиатрия. – 2020. – Т. 18, № 2. – С. 71–81. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81
3. Алфимова М. В. Психологические механизмы нарушения общения у больных шизофренией и их родственников / М. В. Алфимова, В. В. Бондарь, Л. И. Абрамова, В. Г. Каледа, В. Е. Голимбет // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Кормакова. - 2003. - № 5. - С.34-39.
4. Аммон Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон - СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1995. – 200с.
5. Ассанович М. В. Клинические шкалы оценки негативного синдрома при шизофрении / М. В. Ассанович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2017. - №1. - С.25-31.
6. Базалева, Л. А. Личностные факторы эмоционального «выгорания» матерей в отношениях с детьми: автореф. дисс... канд. психол. наук: 19.00.01 / Базалева Любовь Александровна. — Краснодар, 2010. — 26 с.
7. Белокрылов И. В. Проблема комплаенса в психиатрии / И. В. Белокрылов, В. П. Соколов // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. - 2019. - № 1. –С. 92-98. Doi: 10.26269/pzq2-p709
8. Березанцев А. Ю. Нейробиологические и психосоциальные аспекты гендерных различий в клинических проявлениях и течении шизофрении / А. Ю. Березанцев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. - Т. 9, № 4. – С. 77–81. doi: 10.14412/2074-2711-2017-4-77-81.
9. Бородин В. И. Типология и распространенность отказов от психофармакотерапии у больных с депрессивными расстройствами / В. И. Бородин // Российский психиатрический журнал. - 2005. - №5. - С. 44-53.

10. Бочаров В. В. Эмоциональное выгорание у родственников, опекающих хронически больных: современные представления и перспективы исследования / В. В. Бочаров, А. М. Шишкова // Консультативная психология и психотерапия. - 2021. - Т. 29, № 1. - С. 149—164. doi: 10.17759/cpp.2021290109.
11. Булыгина В. Г. Типы восприятия болезни у родственников больных шизофренией / В. Г. Булыгина, М. Ю. Стрюцкова, А. С. Сидорова, Д. С. Калинин // Психическое здоровье. – 2019. - № 2. – С. 24-32. doi: 10.25557/2074-014X.2019.02.24-32.
12. Бурковский Г. В. Отношение среднего медицинского персонала к психически больным / Г. В. Бурковский // Социально-психологические исследования в психоневрологии. - Л., 1980. – С. 89-93.
13. Вартамян М.Е. Генетика психических заболеваний. В кн.: Руководство по психиатрии. В 2-х т. / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983; 1: 115-33.
14. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. - Изд. 3-е, перераб. и доп. - Москва [и др.]: Питер, 2008. - 512 с.
15. Витакер К. Танцы с семьей: Семейн. терапия: символ. подход, основ. на личност. опыте / Карл Витакер, Вильям Бамберри; Пер. с англ. А. З. Шапиро. - Москва: Независимая фирма "Класс", 1997. – 160с.
16. Воликова, С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Воликова Светлана Васильевна. - М., 2006. - 234 с.
17. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях / Е. А. Вольская // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
18. Воронцова В. С. Русскоязычная адаптация опросника интернализированной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 / В. С. Воронцова, Д. А. Шуненкова, Е. М. Иванова и др. //Неврологический вестник. - 2019. - Т. LI., №4. - С. 29-33. doi: 10.17816/nb16451.

19. Выготский Л. С. К проблеме психологии шизофрении / Л. С. Выготский // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. - 1932. - Т. 1, Вып. 8. - С. 352–364.
20. Галачян А. Г. Наследственные закономерности при шизофрении. Клинико-генетическое исследование / А. Г. Галачян. – М.; Л.: Биомедгиз, 1937. – 137 с.
21. Гантман, М. В. Депрессивные и когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.06/ Гантман Мария Владимировна - Москва, 2015. - 171с.
22. Гурович И. Я. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Ю. С. Зайцева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012 - 4(2S) - С. 75-78. doi: 10.14412/2074-2711-2012-2514.
23. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова - М.: ИД Медпрактика-М. - 2004. - 492 с.
24. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества / Д. С. Данилов, Н. А. Тювина, В. Д. Морозова // Российский психиатрический журнал. - 2013. - № 2.- С. 64-71.
25. Дмитриев М. Н., Санников А. Н., Бачурина О. В., Москвитин А. С. Терапевтические факторы комплаенса при лечении психозов: срез отдельных проблем / М. Н. Дмитриев, А. Н. Санников, О. В. Бачурина, А. С. Москвитин // Главный врач: Психиатрия. - 2017. - №3 (56). - С. 59-62
26. Дмитриева, Е. Г. COMPLAENS и адаптация пациентов, страдающих шизофренией: клинический и реабилитационный аспекты: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.01.06 / Дмитриева Екатерина Георгиевна. - Томск, 2018. - 25 с.

27. Добровольская А. Е. Шизофрения, отягощенная аддиктивными расстройствами: учебное пособие / А. Е. Добровольская, А. Г. Софронов, В.Э. Пашковский, Е.Ю. Тявокина. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015 — 48 с.
28. Ерзин А. И. Когнитивные, мотивационные и ценностно–смысловые факторы проактивности при первом эпизоде шизофрении / А. И. Ерзин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3(44). – С. 6. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 12.10.2023).
29. Ефимова И. Н. Личностные характеристики и особенности эмоциональных и поведенческих проявлений родителей в связи со степенью их эмоционального выгорания / И. Н. Ефимова // Российский научный журнал — 2013.—Т. 4, № 35.—С. 206–215.
30. Залуцкая, Н.М. Взаимодействие в семьях больных психозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Залуцкая Наталия Михайловна - СПб., 2003. – 23с.
31. Захаров А. И. Предпосылки патогенетически обоснованной семейной психотерапии детей с невротическими расстройствами / А. И. Захаров // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. - Л., 1978. С 75-86
32. Захарова Е. В. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению / Е. В. Захарова // Теоретическая и экспериментальная психология – 2019. - Т. 12, № 3. - С. 96–110.
33. Зверева Н. В. Проблемы семьи в контексте клинической психологии [Электронный ресурс] / Н. В. Зверева, И. Ф. Рощина // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 1. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49967 (дата обращения: 07.11.2022)
34. Зейгарник Б. В. Патопсихология: [Учеб. для вузов по спец. "Психология"] / Б. В. Зейгарник. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Изд-во МГУ, 1986. – 286.

35. Ибрагимов Д.Ф. Понятие инсайта и критики в психиатрии (обзор данных литературы) / Д. Ф. Ибрагимов // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. - 2007. - №2. - С.17-21
36. Иванова Л. А. Суицидальное поведение при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра / Л. А. Иванова // Acta Biomedica Scientifica. – 2020. – Т. 5, № 1. – С. 60-64. doi: 10.29413/ABS.2020-5.1.7.
37. Кананович П. С. Эволюция взглядов на феномен ангедонии при эндогенной психической патологии / П. С. Кананович, А. Н. Бархатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 3. – С. 96-101. doi: 10.17116/jnevro20171173196-101
38. Клиническая психометрика: учебное пособие / В. А. Солдаткин, А. И. Ковалев, М. Н. Крючкова [и др.]; ФГБОУ во РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, Наркологии и медицинской психологии. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020 – 352 с.
39. Кмить К. В. Опросник для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания у матерей подростков, больных шизофренией / К. В. Кмить, Ю. В. Попов, В. В. Бочаров, О. В. Яковлева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2018. - № 4. – С. 46-52. doi: 10.31363/2313-7053-2018-4-46-52
40. Корень Е. В. Бремя семьи у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. - Т. 22, № 4. - С.46-50.
41. Корман Т. А., Бочаров В. В., Масловский С. Ю. Бремя, которое несут члены семей больных шизофренией ("семейное бремя") / Т. А. Корман, В. В. Бочаров, С. Ю. Масловский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2012. - Т. 112, №12. - С. 80-85.
42. Корман Т. А. Качество жизни родителей детей, больных шизофренией / Т. А. Корман, В. В. Бочаров // Вестник Санкт-Петербургского университета / Ред.

Н. М. Кропачев, И. А. Горлинский, Н. Г. Скворцов. – 2010. – Выпуск 1 серия 12 декабрь 2010. – с.70-80.

43. Косенко В. Г. Значение стигматизации родственников пациентов с первым психотическим эпизодом / В. Г. Косенко, А. В. Солоненко // Кубанский научный медицинский вестник. - 2008. — № 5. - С. 82-86

44. Костерева В. Я. О роли семейных конфликтов в формировании внутренней картины болезни у больных шизофренией // Семейная психотерапия при неврозах и психических заболеваниях/ Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачевицкого. Л., 1978. - С32-38.

45. Коцюбинский А. П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А. П. Коцюбинский, Б. Г. Бутома, В. В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. - № 3. – С. 9-14.

46. Критская В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. - М.: ИЗД-ВО МГУ, 1991. - 254 с.

47. Лозинская Е. И. Влияние синдрома эмоционального выгорания врачей-психиатров на показатели терапевтического альянса у пациентов с психическими расстройствами / Е. И. Лозинская, Н. Б. Лутова, А. В. Ханько, А. В. Жигулёва // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2014. - № 3. – С. 19–23.

48. Лутова Н. Б. Комплаенс в психиатрии и подходы к его улучшению / Н. Б. Лутова // Российский психиатрический журнал. - 2012. - №2. - С. 20—25.

49. Лутова Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. - № 3. – С. 59–64.

50. Лутова Н. Б. Проблема оценки комплайенса и подходы к ее решению / Н. Б. Лутова // Современные медицинские технологии. — 2011 — № 7 — С. 79—81.

51. Лутова Н. Б. Пролонгированные формы антипсихотиков в повседневной клинической практике (результаты опроса больных) / Н. Б. Лутова //

Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. Т. 114, № 10. – С. 102-105.

52. Лутова Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: дис. ... доктора медицинских наук: 14.01.06, 19.00.04 / Лутова Наталия Борисовна; - Санкт-Петербург, 2013. - 356с.

53. Лутова Н. Б. Время семьи и вовлечённость родственников в процесс лечения пациентов с шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Социальная и клиническая психиатрия. - 2020. - Т. 30, № 4. - С. 22-27.

54. Лутова Н. Б. Взаимосвязь параметров терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2012. - № 4. - С. 55-59.

55. Лутова Н.Б. Влияние семьи на медикаментозный комплайенс больных шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2010. - № 2. - С. 31-34.

56. Лутова Н. Б. Особенности структуры тревожных переживаний в семьях больных шизофренией и подходы к их коррекции / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2015. - № 4. – С. 62-66.

57. Лутова Н. Б. Отношение членов семьи больных шизофренией к медикаментозному лечению / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. - № 4. – С. 35-37.

58. Лутова Н. Б. Подходы к терапии комплайенса в семьях больных с шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Сборник статей международной конференции «Психология человека в условиях здоровья и болезни» г. Тамбов. - 4 июня 2014. - С. 67-71.

59. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю., Хобейш М.А. Определение психометрических свойств опросника ухаживающего лица Зарит (ZBI) у родственников с расстройствами шизофренического спектра в

русскоязычной популяции // Социальная и клиническая психиатрия. 2023. - Т.32, №.1 - С. 12-19.

60. Лутова Н. Б. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия / Н. Б. Лутова, М. Ю. Сорокин, В. Д. Вид // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2017. - №3. - С. 41–45.

61. Лутова Н. Б., Макаревич О. В. Объективное и субъективное бремя семьи: взаимосвязь с демографическими и клиническими характеристиками пациентов с шизофренией / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Социальная и клиническая психиатрия. - 2021. - Т. 34. – С. 21-28.

62. Любов Е. Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 22, № 2. - С. 100-108.

63. Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией: метод. рекомендации / Т.А. Солохина [и др.]. - Москва: Макс Пресс, 2017. - 39с.

64. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им.В.М.Бехтерева; сост.: Н. Б.Лутова, А. В.Борцов, А. Я. Вукс, В. Д.Вид. – СПб., 2007. – 24 с.

65. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. – Москва: Новый цвет, 2001. – 238с.

66. Незнанов Н. Г. Роль пролонгированных лекарственных форм в улучшении клинической картины и социальной адаптации пациентов с 147 диагнозом шизофрении / Н. Г. Незнанов, М. В. Иванов // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2012. - Т. 14, № 3. - С. 19-24.

67. Незнанов Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.

68. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – Москва : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.
69. Олифинович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифинович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. - Санкт-Петербург: Речь, 2008. - 357с.
70. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М. М. Кабанова, Н. Г. Незнанова. – СПб.: Институт им. В. М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
71. Парадокс и контрпарадокс: новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие: практическое пособие: [16+] / М. С. Палаццоли, Л. Босколо, Д. Чеккин, Д. Прата; науч. ред. и авт. предисл. А. Я. Варга; пер. с ит. Т. Драбкиной, Е. Жорняк. – 2-е изд., стер. – Москва: Когито-Центр, 2019. – 208 с.
72. Петров, Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами: автореф. дисс. ... док. мед. наук: 14.01.06 / Петров Дмитрий Сергеевич. - Москва, 2012. - 51 с.
73. Петрова Н. Н. Побочные эффекты терапии и комплаенс больных депрессией / Н. Н. Петрова, Е. О. Кучер //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012;112(11 2):77 85.
74. Петрова Н.Н. Реабилитация психически больных в амбулаторный психиатрической практике / Н.Н. Петрова, Л.Г. Серазетдинова, О.В. Малеванная // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2007. – Т.11, № 2. – С. 58-62.
75. Петрова Н. Н. Комплаенс и когнитивное функционирование пациентов с первым эпизодом шизофрении / Н. Н. Петрова, Цыренова К. А.// Российский психиатрический журнал. - 2019. - № 4. - С. 36–42. doi: 10.24411/1560-957X-2019-11934)
76. Поляков Ю. Ф. Патология познавательных процессов // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. - М. Медицина, 1972. - С.225-278.

77. Приверженность лечению. Российское национальное руководство / Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П. и др. / Под общей ред. Николаев Н. А., Мартынов А. И., Скирденко Ю. П. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2022. – 224 с. doi 10.17513/np.541

78. Психологическая диагностика в практике врача / редакторы-составители: И. Ф. Дьяконов, Б. В. Овчинников. – СПб.: СпецЛит, 2008. — 143 с.

79. Психосообразование в структуре комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами : методические рекомендации / [Корень Е. В. и др.]. – Москва : Ин-т проблем упр. здравоохранением, 2009. – 27 с.

80. Ревенкова, Ю. А. Позиционирование больными параноидной шизофренией биологических и социальных проявлений болезни и побочных эффектов нейролептиков: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.00.18 / Ревенкова Юлия Анатольевна. - Казань, 2007. - 19 с.

81. Рибо Т. Психология чувств / Т. Рибо; пер. М. Гольдсмит. – Санкт-Петербург: Типография А. А. Пороховщикова, 1898. – 124 с.

82. Рычкова О. В. Адаптация методики диагностики социальной ангедонии (RSAS) на российской выборке / О. В. Рычкова, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24, № 4. - С. 62-96. doi: 10.17759/cpp.2016240404.

83. Сальникова Л. И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами / Л. И. Сальникова, Н. М. Ривкина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 65–75.

84. Семейная психотерапия и психология семейных отношений у больных психозами: пособие для врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; сост.: Б. Е. Алексеев, И. С. Лукина; под ред. В. Д. Вида. – СПб., 1995. – 31с.

85. Смулевич А.Б. Малопрогredientная шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смулевич; АМН СССР. - Москва: Медицина, 1987. – 235.

86. Соколов В. П. Проблема комплаенса в психиатрии / В. П. Соколов, И. В. Белокрылов // Электронный научно-образовательный вестник. Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, №12. – С. 254–255. doi: 10.26787/nydha-2226-7417-2017-19-12-254-255.

87. Солоненко, А.В. Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении социального функционирования пациентов: автореф. дисс. ... док. мед. наук: 14.00.18 / Солоненко Андрей Владимирович. - М., 2009. - 45 с.

88. Солохина Т. А. Качество жизни родственников психически больных / Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко, Ю. В. Сейку, Э. Г. Рытик, Л. В. Беседена, Т. С. Вещугина // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1998. - № 6. – С. 42-46.

89. Солохина Т. А. Многофакторные регрессионные модели приверженности лечению больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и их родственников / Т. А. Солохина, В. В. Ястребова, В. Г. Митихин, Л. М. Алиева // Психиатрия. – 2021. – Т. 19, № 1. – С. 34-44. doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-1-34-44

90. Сорокин М.Ю. Распространённость внешней стигмы у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению/ М. Ю. Сорокин // Неврологический вестник. - 2016. - Т.XLVIII, №2. - С. 73-77. doi: 10.17816/nb14010.

91. Сорокин М. Ю. Эффекты психофармакотерапии и приверженность пациентов лечению: взаимообусловленность в рамках биопсихосоциальной парадигмы / М. Ю. Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид, М. А Хобейш, О. В. Макаревич // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2021. Т. 7, № 2. - С. 202-214. doi: 10.18413/2658-6533-2021-7-2- 0-1.

92. Сорокин М. Ю. Роль подсистемы мотивации к лечению в общей структуре комплаенса у больных при проведении психофармакотерапии / М. Ю.

Сорокин, Н. Б. Лутова, В. Д. Вид // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 4. - С. 32-36. doi: 10.17116/jnevro20161164132-36.

93. Краснов В. Н. Стандарты оказания помощи больным шизофренией / Под ред В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. - Москва, 2006. – 270с.0

94. Стоянова Н. Я. Отношение к семейным проблемам больных шизофренией / Н. Я. Стоянова // В кн.: Актуальные вопросы психиатрии. - Томск, 1989. – С. 157-158.

95. Судьин С. А. Психическая болезнь и семья: субъективные и объективные проблемы / С. А. Судьин // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. – 2012. – Т. 2, № 1. - С. 390–395. doi: 10.21064/WinRS.2016.2.1.

96. Султанова А. Н. Социально-психологические предикторы успешности адаптации пациентов с шизофренией / А. Н. Султанова, А. А. Овчинников, У. Х. Гаджиева, Е. В. Тагильцева, А. С. Станкевич, У. Ю. Чут, Л. А. Дубковская, П. М. Карафинка, П. С. Аунбу, М. И. Бахтин, В. И. Мохова, А. Г. Жданова, Р. Е. Чижиков, С. Д. Сальникова // Международный научно-исследовательский журнал: Психологические науки. - 2022. – Т. 7 (121), № 3. - С. 130-136. doi: 10.23670/IRJ.2022.121.7.102.

97. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – Москва: Медицина, 1974 – 320 с.

98. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. - СПб: Питер, 2001. – 272 с.

99. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами: методические рекомендации / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы: Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб., 2011. – 19 с.

100. Уорнер Р. Шизофрения и среда / Р. Уорнер. - Киев: «Сфера», 2004 - 182с.

101. Усов Г. М. Терапевтический альянс врача и пациента и его роль в лечении шизофрении / Г. М. Усов, Д. Ю. Коломыцев // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 4. – С. 14–21. doi: 10.21265/PSYPH.2021.74.34.002

102. Финзен А. Психоз и стигма / А. Финзен. - М: Алетейа, 2001. – 216с.

103. Холмогорова А. Б. Эмпирические психологические исследования семейных факторов психических расстройств / А. Б. Холмогорова, С. В. Воликова // Современная терапия психических расстройств. - 2007. - № 3. - С. 33—42.

104. Холмогорова А. Б. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) [Электронный ресурс] / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, П. Шайб, М. Виршинг // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 03.02.2021).

105. Холмогорова А. Б. Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра / А. Б. Холмогорова, Г. А. Петрова // Медицинская технология. МНИИ психиатрии Росздрава. – М., 2007. - 24с.

106. Холмогорова А. Б. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра / А. Б. Холмогорова, О. В. Рычкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – Т. 6, № 29. – С. 10. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.03.2022). doi: 10.17759/cpse.2016050408

107. Холмогорова А. Б. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» [Электронный ресурс] / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова, М.Г. Сорокова // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 4. – С. 97–125. URL: http://psyjournals.ru/mpj/2016/n4/kholmogorova_volikova_sorokova.shtml

108. Шахматова И. В. Генеалогическое исследование. В кн.: Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А. В. Снежневского; Акад. мед. наук. - Москва: Медицина. - 1972. – С. 160-85.

109. Швец К. Н. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) / К. Н. Швец, И. С. Хамская // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5, № 2. – С.72-85. doi: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8

110. Эйдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Речь, 2007. - 352с.

111. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2002. - 656с.

112. Юрьева Л. Н. Клинические и психологические особенности дезадаптации у родственников больных с первым психотическим эпизодом / Л. Н. Юрьева, Т. И. Шустерман // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. – Т. XIX, №2. – С. 26-31

113. Ястребова В. В. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по её повышению/ В. В. Ястребова, Т. А. Солохина, В. Г. Митихин, Л. М. Алиева, А. И. Машошин; под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. - СПб.: Изд-во «Таро». 2016. – С. 334–341.

114. Abbas Q. Pattern of positive, negative and general psychopathological symptoms among schizophrenia patients at primary care setting: A comparative study / Q. Abbas, R. Zoobia, F. Emad, R. Rehman // Journal of the Pakistan Medical Association. – 2019. – Vol. 69 (3). – P. 361-366. PMID: 30890828.

115. Abdel Aziz K. Schizophrenia: Impact of psychopathology, faith healers and psycho-education on adherence to medications / K. Abdel Aziz, M. H. Elamin, N. M. El-Saadouni [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. – 2016. – Vol. 62 (8). – P. 719-725. doi: 10.1177/0020764016676215.

116. Abdelaal H. M. Resilience and Perceived Social support among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia / H. M. Abdelaal, L. H. Eita, M. M. Khedr //

Egyptian Journal of Health Care. – 2021. – Vol. 12 (1). – P. 1108-1122. doi: 10.21608/ejhc.2021.179109.

117. Abdisa E. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia / E. Abdisa, G. Fekadu, S. Girma [et al.] // International Journal of Mental Health System. – 2020. – Vol. 14. – P. 56. doi: 10.1186/s13033-020-00391-6.

118. Acosta F. Medication adherence in schizophrenia / F. Acosta, J. Hernández, J. Pereira [et al.] // World Journal of Psychiatry. – 2012. – Vol. 2 (5). – P. 74–82. doi: 10.5498/wjp.v2.i5.74.

119. Adeosun I. I. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria / I. I. Adeosun // Schizophrenia research and treatment. - 2013. – Vol. 2013 (353809). doi: 10.1155/2013/353809.

120. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization. - 2003.

121. Akter H. Socio-demographic analysis of non-compliance among patients with schizophrenia: across sectional observation in a Tertiary Teaching Hospital of Bangladesh / H. Akter, B. Mali, A. Yasir // Malaysian Journal of Psychiatry. - 2019. – Vol. 28 (1). – P. 39-47. doi: 10.1353/hpu.2014.0055.

122. Alanen Y.O. The family in the pathogenesis of schizophrenia and neurotic disorder / Y. O. Alanen // Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementary.– 1966. – Vol. 190. – P. 1-654. PMID: 5335788.

123. Aldebot S. Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia / A. G. Weisman de Mamani // Journal of Nervous and Mental Disease. – 2009. – Vol. 197 (8). - P. 580–584. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b05fbc.

124. Alexander G. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population / G. Alexander, C. E. Bebee, K. M. Chen [et al.] // Quality of Life Research. – 2016. – Vol. 25. – P. 393–400. doi: 10.1007/s11136-015-1077-5

125. Al-Rawashdeh SY, Lennie TA, Chung ML. Psychometrics of the zarit burden interview in caregivers of patients with heart failure// J.Cardiovasc. Nurs. 2016. Vol.31. E21–8.
126. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. Chicago, IL: Alzheimer's Association, 2007.
127. The American Psychiatric Association: Diagnostic and statistic manual of mental disorders. Frth Edition, Text Revision. Washington DC. American Association. 1994.
128. The American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia / American Psychiatric Association – Arlington. — 2021.
129. Anderson A. E. Disparity between General Symptom Relief and Remission Criteria in the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): A Post-treatment Bifactor Item Response Theory Model / A. E. Anderson, S. P. Reise, S. R. Marder [et al.] // Innovation in Clinical Neuroscience. – 2017. – Vol. 14 (11-12). P. 41-53. PMID: 29410936.
130. Angermeyer M. Courtesy stigma - A focus group study of relatives of schizophrenia patients / M. Angermeyer, B. Schulze, S. Dietrich // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. – 2003. – Vol. 38. – P. 593-602. doi: 10.1007/s00127-003-0680-x.
131. Aswini B. Schizophrenia care: an overview considering family burden, medication adherence, and pharmacoconomics / B. Aswini, Shreelakshmi Sreedhar, Neethu Poulouse, Suresh Kumar // Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences. - 2016. – Vol. 7 (1). – P. 6. doi: 10.5958/2394-2061.2016.00002.1
132. Ay R. Social cognition in schizophrenia patients and their first-degree relatives / R. Ay, Ö. Böke, O. Pazvantoglu [et al] // Noro Psikiyatrik Arsivi. – 2016. – Vol. 53. – P. 338–343. doi: 10.5152/npa.2016.10223
133. Babandi F. Caregiver Expressed Emotion, Quality of Life and Medication Adherence among People Living with Schizophrenia in Nigeria / F. Babandi, U. M.

Usman, Z. G. Habib [et al.] // Journal of Biomedical Research and Environment Science. – 2022. – Vol. 3 (5). – P. 627-633. doi: 10.37871/jbres1489, Article ID: jbres1489

134. Bateson G. Towards to theory of schizophrenia / G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley, J. Weakland // Behavior Science. - 1956. – Vol. 1. - P. 251-264.

135. Biernat M. Stigma and stereotypes / M. Biernat, J. Dovidio // The social psychology of stigma/ Eds. by T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, J. G. Hull. - N.Y.: Guilford. - 2000. - P.88-125.

136. Blanchard J. J. Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia / J. J. Blanchard, A. M. Kring, W. P. Horan, R. Gur // Schizophrenia Bulletin. – 2011. - Vol. 37 (2). - P. 291—299. doi:10.1093/schbul/sbq104

137. Bosch P. Symptom severity, quality of sleep, and treatment adherence among patients suffering from schizophrenia and depression / P. Bosch, J. Waberg, M. van den Noort [et al.] // Neuroimmunol Neuroinflammation. – 2016. – Vol. 3. – P. 109-116. doi: 10.20517/2347-8659.2015.54.

138. Bowen M. Family therapy in clinical practice/ M. Bowen // New York: Jason Aronson. - 1978.

139. Boyer L. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: A cross-cultural comparison of Chilean and French families / L. Boyer, A. Caqueo-Úrizar, R. Richieri [et al.] // BMC Family Practice. 2012. Vol.13. Pp. 42. doi: 10.1186/1471-2296-13-42.

140. Brady N. Living with schizophrenia: a family perspective / N. Brady, G. C. McCain // Online Journal of Issues Nursing. – 2004. – Vol. 10 (1). – P. 7. PMID: 15727542.

141. Brannan A. M. The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring impact on the family living with a child with serious emotional disturbance / A. M. Brannan, C. A. Heflinger, B. Bickman // Journal of Emotional Behavior and Disease. – 1997. - Vol. 5 (4). - P. 212–222. doi:10.1177/106342669700500404.

142. Breinbauer K. H. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada / K. H. Breinbauer, V. H. Vásquez, S. S. Mayanz [et al.] // *Revista Médica de Chile*. – 2009. – Vol. 137 (5). – P. 657–665. doi: 10.4067/S0034-98872009000500009.

143. Brohan E. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study / E. Brohan, R. Elgie, N. Sartorius [et al.] // *Schizophrenia Research*. - 2010. – Vol. 122 (1-3). - P.232-238. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065.

144. Brown G. W. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication / G. W. Brown, J. L. T. Birley, J. K. Wing // *British Journal of Psychiatry*. – 1972. – Vol. 121 (2). – P. 241–58.

145. Butzlaff R.L. Expressed emotion and psychiatric relaps: A meta-analysis / R. L. Butzlaff, J. M. Hooley // *Archives of General Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55 (6). – P. 547-552. doi: 10.1001/archpsyc.55.6.547

146. Cabral L. Caregivers' burden experienced by relatives living with a person suffering from schizophrenia / L. Cabral, M. J. Almeida, M. Ferreira [et al.] // In & S. Cruz (Ed.), *Health & Health Psychology - icH&Hpsy*. - European Proceedings of Social and Behavioural Sciences. – 2016. – Vol. 13. - P. 128-138. doi: 10.15405/epsbs.2016.07.02.11.

147. Caqueo-Urizar A. Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia / A. Caqueo-Urizar, M. Alessandrini, A. Urzúa [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2017. – Vol. 15. – P. 76. doi: 10.1186/s12955-017-0652-6.

148. Caqueo-Urizar A. Quality of life of schizophrenia patients of Aymaran ethnic background in the north of Chile / A. Caqueo-Urizar, J. Gutierrez-Maldonado, M. Ferrer-Garcia, P. Fernandez-Davila // *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. – 2012. – Vol. 5(2). – P. 121–126. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.01.004.

149. Caqueo-Urizar A. Attitude and burden in relatives of patient with schizophrenia in a middle income country / A. Caqueo-Urizar, J. G. Maldonado, M.

Ferrer-Garcia [et al.] // *BMS Family Practice*. – 2011. – Vol. 12 (1). – P.101. doi: 10.1186/1471-2296-12-101.

150. Caqueo-Urizar A. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients / A. Caqueo-Urizar, C. Miranda-Castillo, S. L. Giráldez S.L. [et al.] // *Psicothema*. - 2014. - Vol. 26 (2). - P. 235-243. doi: 10.7334/psicothema2013.86.

151. Carers U.K. What is caring? Sales Family burden and quality of life / U. K. Carers // *Quality of Life Research*. - 2003. - Vol. 12 (1). - P. 33–41. doi: 10.1023/a:1023513218433.

152. Carrà G. The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population / G. Carrà, C. L. Cazzullo, M. Clerici // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12. – P. 140. doi: 10.1186/1471-244X-12-140.

153. Carter S. A question of choice – compliance in medicine taking: A preliminary review / S. Carter, D. Taylor, R. Levenson // 3rd ed. London: Medicines Partnership. - 2005.

154. Cempaka A. A. Medication adherence as a dominant factor influencing schizophrenia relapse / A. A. Cempaka, S. Soeharto, T. H. Nasution // *World Journal of Advance Healthcare Research*. - 2018. - Vol. 2 (4). - P. 150-154.

155. Chang C. C. Comparing affiliate stigma between family caregivers with different severe mental illness in Taiwan / C. C. Chang, C. F. Yen, F. L. Jang [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2017. – Vol. 205 (7). – P. 542-549. doi: 10.1097/NMD.0000000000000671.

156. Chang H.Y. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health / H. Y. Chang, C. J. Chiou, N. S. Chen // *Archive Gerontology and Geriatrics*. – 2010. – Vol. 50 (3). – P. 267-271. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.006.

157. Chang J.G. Association between Therapeutic Alliance and Adherence in Outpatient Schizophrenia Patients / J. G. Chang, D. Roh, C. H. Kim // *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. – 2019. – Vol. 17 (2). – P. 273-278. doi: 10.9758/cpn.2019.17.2.273.

158. Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L. Scales for physical and social anhedonia / L. J. Chapman, J. P. Chapman, M. L. Raulin // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1976. - Vol. 85. - P. 374—382.

159. Charles H. Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in Vellore, south India / H. Charles, S. D. Manoranjitham, K. S. Jacob // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2007. – Vol. 53 (4). – P. 325-332. doi: 10.1177/0020764006074538.

160. Chen E.S. Self-stigma and affiliate stigma in first-episode psychosis patients and their caregivers / E. S. Chen, W. C. Chang, C. L. Hui [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2016. – Vol. 51 (9). – P. 1225-1231. doi: 10.1007/s00127-016-1221-8.

161. Chen L. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study / Chen L., Zhao Y., Tang J.[et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2019. – Vol. 19. – P. 75. doi: 10.1186/s12888-019-2052-4.

162. Chen Q. Research Progress on the Correlation Between Epigenetics and Schizophrenia / Q. Chen, D. Li, W. Jin [et al.] // *Frontiers in Neuroscience*. – 2021. – Vol. 15. – P. 688727. doi: 10.3389/fnins.2021.688727.

163. Chien O. H. Correlation of Quality of Life and Burden among Caregivers of Schizophrenic Patients: A Preliminary Study / O. H. Chien, I. Norayati, W. Suzaily // *The Social Sciences*. - 2017. - Vol.12 (3). - P. 419 – 424. doi: 10.36478/sscience.2017.419.424

164. Corcoran R. Conversational conduct and symptoms of schizophrenia / R. Corcoran, C. D. Frith // *Cognitive Neuroscience*. – 1996. – Vol. 1. – P. 305-318. doi: 10.1080/135468096396460

165. Corrigan P.W. Self-Stigma of mental illness scale-short form: reliability and validity / P. W. Corrigan, P. J. Michaels, E. Vega [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2012. – Vol. 99 (1). – P. 65–69. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.009.

166. Cutting L. Schizophrenia outpatients' perceptions of their parents: Is expressed emotion a factor? / L. Cutting, N. Docherty // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2000. – Vol. 109. – P. 266-272. PMID: 10895564.

167. De las Cuevas C. Factors influencing adherence to psychopharmacological medication in psychiatric patients: a structural equation modeling approach / C. De las Cuevas, J. de Leon, W. Penate, M. Betancort // *Patient preference and adherence*. - 2017. - Vol.11. - P. 681-690. doi: 10.2147/PPA.S133513.

168. De Lisi L.E. Speech disorder in schizophrenia: review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language / L. E. De Lisi // *Schizophr Bull.* – 2001. – Vol. 27 (3). – P. 481-496. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006889.

169. Deng M. Factors influencing medication adherence among patients with severe mental disorders from the perspective of mental health professionals / M. Deng, S. Zhai, X. Ouyang [et al.] // *BMC Psychiatry*. - 2022. – Vol. 22 (1). – P. 22. doi: 10.1186/s12888-021-03681-6

170. Deroui K. Neuropsychological Function, Insight, and Treatment Adherence among Patients with Schizophrenia / K. Deroui, M. Bouslikhane, H. Abouelfaraj [et al.] // *Journal of Case Reports and Studies*. – 2017. – Vol. 5 (6). – P. 605. doi: 10.15744/2348-9820.5.605

171. Dewangan, R .L. Role of perceived family environment in the pathogenesis of schizophrenia / R. L. Dewangan, P. Singh, T. Mahapatra, S. Mahapatra // *Indian Journal of Social Psychiatry*. – 2018. – Vol. 34. – P. 69 - 78. doi:10.4103/ijsp.ijsp_29_17.

172. Díaz Martínez A. Perceived physical health in family caregivers of Alzheimer patients: Mediator variables / A. Díaz Martínez, J. Manuel, P. Tornal // *European Journal of Health and Reseach*. – 2017. – Vol. 3. – P. 5-15. doi: 10.1989/ejhr.v3i1.51.

173. Dobber J. Active Ingredients and Mechanisms of Change in Motivational Interviewing for Medication Adherence. A Mixed Methods Study of Patient-Therapist

Interaction in Patients With Schizophrenia // J. Dobber, C. Latour, B. van Meijel // *Frontiers in Psychiatry*. – 2020. – Vol. 11. – P. 78. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00078.

174. Dobber J. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing / J. Dobber, C. Latour, L. de Haan [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2018. – Vol. 18 (1). – P. 135. doi: 10.1186/s12888-018-1724-9.

175. Docherty N. M. Immediate memory, attention and communication disturbance in schizophrenia patients and their relatives / N. M. Docherty, S. W. Gordinier // *Psychological Medical*. – 1999. – Vol. 29 (1). – P. 189-197. doi: 10.1017/s0033291798007843.

176. Docherty N. M. Conceptual consequencing and disordered speech in schizophrenia / N. M. Docherty, M. J. Hall, S. W. Gordinier, L. P. Cutting // *Schizophrenia Bulletin*. – 2000. – Vol. 26 (3). – P. 723-735. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033489.

177. Docherty N. M. Communication disturbance in the natural speech of schizophrenic patients and non-schizophrenic parents of patients / N. M. Docherty, T. N. Miller, M. A. Lewis // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1997. – Vol. 95 (6). – P. 500-507. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb10138.x.

178. Domínguez-Martínez T. Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis / T. Domínguez-Martínez, C. Medina-Pradas, T. R. Kwapil, N. Barrantes-Vidal // *Psychiatry Research*. – 2017. – Vol. 247. – P. 323-329. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.048.

179. El-Missiry A. Comparing cognitive functions in medication adherent and non-adherent patients with schizophrenia / A. El-Missiry, A. Elbatrawy, M. El Missiry [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2015. – Vol. 70. – P. 106-112. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.09.006.

180. Elowe J. Dynamics between insight and medication adherence in first episode psychosis: Study of 3-years trajectories / J. Elowe, J. Romain, A. Solida [et al.] // *European Psychiatry*. – 2022. – Vol. 65 (1). - E49. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2305.

181. Endriyani L. The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia / L. Endriyani, C. H. Chien, X. Y. Huang, L. Chieh-Yu // *Perspect Psychiatr Care*. – 2019. – Vol. 55 (2). – P. 147-152. doi: 10.1111/ppc.12276.
182. Ennis E. Caregiving, Family Burden and Medication Adherence / E. Ennis, C. Corry // *Open Journal of Medical Psychology*. – 2014. – Vol. 3. – P. 70-78. doi: 10.4236/ojmp.2014.31009
183. Esmkhani M. The Effect Of Adherence To Treatment Intervention On The Quality Of Life Of Schizophrenia Patients / Esmkhani M., S. A. Rezaei, H. R. Khalkhali // *Pharmacophore*. – 2018. – Vol. 9 (2). – P. 85–90.
184. Fernando S. M. A Carer burden and stigma in Schizophrenia and Affective Disorders: Experiences from Sri Lanka / S. M. Fernando, F. P. Deane, H. J. McLeod, E. L. Davis // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 26. – P. 77-81. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.023
185. Fleischhacker W. W. New developments in the pharmacotherapy of schizophrenia / W. W. Fleischhacker // *Journal Neural Transmission*. – 2003. – Vol. 64. – P. 105-117. doi: 10.1007/978-3-7091-6020-6_7.
186. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by the psychoanalytic psychotherapy / F. Fromm-Reichmann // *Psychiatry*. – 1948. – Vol. 11 (3). – P. 263–73.
187. Fujino N. Factors affecting the sense of burden by family members caring for patients with mental illness / N. Fujino, H. Okamura // *Archive of Psychiatry Nursing*. – 2009. – Vol. 23. – P. 128-137. Doi: 10.1016/j.apnu.2008.05.006
188. Ganguly K. K. Caregiver burden and coping in Schizophrenia and Biopolar disorders: A qualitative study / K. K. Ganguly, R. K. Chadde, T. B. Singh // *Am J Psychiatric Rehabilitation*. – 2010. – Vol. 161 (5). – P. 850-856. doi: 10.1080/15487761003757009.
189. Gavrilova S. I. Helping carers to care. The 10/66 Dementia research Group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia / S. I. Gavrilova, P. F.

Cleusa, N. M. Mikhaylova [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. - 2008. - Vol. 23. - P. 1–8. doi: 10.1002/gps.2126.

190. Gérain P. Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving [Elektronnyi resurs] / P. Gérain, E. Zech // Frontiers of Psychology. - 2019. - Vol. 10. – P. 1748. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01748

191. Gerlinger G. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions / G. Gerlinger, M. Hauser, M. De Hert [et al.] // World Psychiatry. – 2013. – Vol. 12 (2). – P. 155-164. doi: 10.1002/wps.20040.

192. Ghanean H. Internalized stigma of mental illness in Teheran, Iran / H. Ghanean, M. Nojomi, I. Jacobson // Stigma Research and action. - 2011. – Vol. 1 (1). - P. 11-17. doi: 10.5463/sra.v1i1.10.

193. Gibbons J. Schizophrenic patients and their families / J. Gibbons, S. Horn, J. Powell // British Journal Psychiatry. – 1984. – Vol. 144 (1). – P. 70-77.

194. Gilbert P. Shame, stigma and the family: 'Skeletins in the cupboard' and the role of shame / In A. Grisp (Ed.) Every family in the land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness // Royal Society of Medicine Ltd. - London, UK. - 2004. - P. 123-128.

195. Girma E. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: Toward caregivers' empowerment / E. Girma, A. M. Moller-Leimkuhler, S. Dehning [et al.] // Journal of Multidisciplinary Healthcare. - 2014. - Vol. 7. - P. 37-43. doi: 10.2147/JMDH.S57259.

196. Glick I. D. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia / I. D. Glick, A. H. Stekoll, S. J. Hays // Journal of Clinical Psychopharmacology. – 2011. – Vol. 31 (1). – P. 82-85. doi: 10.1097/JCP.0b013e31820597fa.

197. González-Torres M.A. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups / M. A.

González-Torres, R. Oraa, M. Arístegui [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2007. – Vol. 42 (1). - P. 14–23. doi: 10.1007/s00127-006-0126-3.

198. Gottesman I. I. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents / I. I. Gottesman, T. M. Laursen, A. Bertelsen, P. B. Mortensen // *Archive of General Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67 (3). – P. 252–257. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.1.

199. Grandón P. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables / P. Grandón, C. Jenaro, S. Lemos // *Psychiatry Research*. – 2008. – Vol. 158. – P. 335-343. doi: 10.1016/j.psychres.2006.12.013.

200. Gülseren L. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia / L. Gülseren, B. Cam, B. Karakoç [et al.] // *Turk Psikiyatri Dergisi*. - 2010. - Vol. 21. - P. 203–212. PMID: 20818508.

201. Gupta S. 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.

202. Gurak K. Risk and Protective Factors, Perceptions of Family Environment, Ethnicity, and Schizophrenia Symptoms/ K. Gurak, A. Weisman de Mamani // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2016. – Vol. 204 (8). P. 570-577. doi: 10.1097/NMD.0000000000000558.

203. Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia / J. Gutiérrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, D. J.Kavanagh // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. - 2005. - Vol. 40 (11). – P. 899–904. doi: 10.1007/s00127-005-0963-5.

204. Gutiérrez-Maldonado J. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con Esquizofrenia y sus cuidadores / J. Gutiérrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, M. Ferrer-García, P. Fernández-Dávila // *Psicothema*. – 2012. – Vol. 24 (2). – P. 255–262.

205. Gutiérrez-Maldonado J. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia / J. Gutiérrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, M. Ferrer-García // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. - 2009. - Vol. 44 (5). - P. 343-348. doi: 10.1007/s00127-008-0451-9.
206. Hanzawa S. Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of family member with schizophrenia / S. Hanzawa, J. K. Bae, Y. J. Bae [et al.] // *Asian Journal of Psychiatry*. - 2013. - Vol. 6 (1). - P. 46-51. doi: 10.1016/j.ajp.2012.08.009.
207. Harbin H. Battered parents: a new syndrome / H. Harbin, D. Madden // *American Journal of Psychiatry*. - 1979. - Vol. 136 (10). - P. 1288-1291.
208. Hardy Bayle M.C. Les troubles de la communication chez les schizophrènes / M. C. Hardy Bayle, C. Passerieux, B. Claudel [et al.] // *Explication cognitive et relecture Clinique. Encephale*. - 1994. - Vol. 20. - P. 393-400.
209. Harrison A. Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders / A. Harrison, V. Mountford, K. Tchanturia // *Psychiatry Research*. - 2014. - Vol. 218(1-2). - P. 187-194. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.007.
210. Hahlweg K. Understanding Major Mental Disorder: The Contribution of Family Interaction Research (Family Process Press Monograph Series) / K. Hahlweg; ed. by M. G. Goldstein. - NY: Family Process Press, 1987. - 332 p.
211. Herings R.M. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics / R. M. Herings, J. A. Erkens // *Pharmacoepidemiology Drug Safety*. - 2003. - Vol. 12 (5). P. 423-424. doi: 10.1002/pds.837.
212. Herman B.F. Lack of acknowledgement in family Rorschachs of families with a child at risk for schizophrenia / B. F. Herman, J. E. Jores // *Family Process*. - 1976. - Vol.15. - P. 289-302.

213. Heydebrandt G. Cognitive deficits in the families of patients with schizophrenia / G. Heydebrandt // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2006 – Vol. 19 (3). – P. 277-281. doi: 10.1097/01.yco.0000218598.38807.b0.
214. Higashi K. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review / K. Higashi, G. Medic, K. Littlewood [et al.] // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. – 2013. – 3(4). – P. 200–218. doi: 10.1177/2045125312474019
215. Hjärthag F. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness / F. Hjärthag, L. Helldin, U. Karilampi, T. Norlander // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2010. – Vol. 45 (2). – P. 275-283. doi: 10.1007/s00127-009-0065-x.
216. Hoenig J., Hamilton M.W. *The desegregation of the mentally ill*. London: Routledge and Kegan Paul. Ltd, 1969.
217. Hofer A. Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia / A. Hofer, G. Kemmler, U. Eder [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63 (1). – P. 49–53. doi: 10.4088/jcp.v63n0110.
218. Hogarty G.E. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion / G. E. Hogarty, C. M. Anderson, D. J. Reiss [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1986. – Vol. 43 (7). – P. 633-642. doi: 10.1001/archpsyc.1986.01800070019003.
219. Horan W. The Psychometric Detection of Schizotypy: Do Putative Schizotypy Indicators Identify the Same Latent Class? / W. Horan, J. Blanchard, S. Gangestad, T. Kwapil // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2004. – Vol. 113 (3). – P. 339-357. doi: 10.1037/0021-843x.113.3.339 23.
220. Horowitz A.L. Ethnic differences in caregiving duties and among parents / A. L. Horowitz, S. C. Reinhard // *Journal of Health Social Behavior*. – 1995. – Vol. 36. – P.138-150.

221. Hudson T. J. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia / T. J. Hudson, R. R. Owen, C. R. Thrush [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65 (2). P. 211-216. doi: 10.4088/jcp.v65n0211.

222. Janssen B. Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders / B. Janssen, W. Gaebel, M. Haerter [et al.] // *Psychopharmacology*. – 2006. – Vol. 187 (2). – P. 229–236. doi: 10.1007/s00213-006-0413-4.

223. Jenkins J. Family Burden of Schizophrenia and Depressive Illness: Specifying the Effects of Ethnicity, Gender, and Social Ecology / J. Jenkins, J. G. Schumacher // *British Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 174. – P. 31–38. doi: 10.1192/bjp.174.1.31

224. Johnson D. The family's experience of living with mental illness // H. P. Lefley, D. J. Johnson // Eds: *Families as allies in treatment of the mentally ill*. - American Psychiatric Association Press. - Washington, D.C. – 1990. - P. 31–64.

225. Kamaradova D., Latalova K, Prasko J, Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication // D. Kamaradova, K. Latalova, J. Prasko [et al.] // *Patient Prefer Adherence*. – 2016. – Vol. 10. – P. 1289-1298. doi: 10.2147/PPA.S99136.

226. Kashdan T. B. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health / T. B. Kashdan, J. Rottenberg // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Vol. 30 (7). – P. 865–878. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001.

227. Kate N. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia / N. Kate, S. Grover, P. Kulhara, R. Nehra // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 6 (5). – P. 380–388. doi: 10.1016/j.ajp.2013.03.014.

228. Kaya Y. Global Social Functioning of Patients with Schizophrenia and Care Burden of Caregiving Relatives / Y. Kaya, O. Fatma // *Journal of Psychiatry Nursing*. - 2019. - Vol. 10. - P. 28–38. doi:10.14744/phd.2018.43815

229. Kendler K.S. Genetic epidemiology in psychiatry: taking both genes and environment seriously / K. S. Kendler // *Archives of General Psychiatry*. - 1995. - Vol. 52. – P. 895-899.
230. Kirchner S.K. Medication Adherence in a Cross-Diagnostic Sample of Patients From the Affective-to-Psychotic Spectrum: Results From the PsyCourse Study / S. K. Kirchner, M. Lauseker, K. Adorjan [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2022. – Vol. 12. – P. 713060. doi: 10.3389/fpsy.2021.713060.
231. Klein D. Endogenomorphic Depression / D. Klein // *Archive General Psychiatry*. – 1974. – Vol. 31 (4). – P. 447-454. doi: 10.1001/archpsyc.1974.01760160005001.
232. Knight B.G. Factor structure of the burden interview / B. G. Knight, L. S. Fox, C-P. Chou // *Journal of Clinical Geropsychology*. - 2000. - Vol. 6. P249–258. doi: 10.1023/A:1009530711710.
233. Ko K. T. Chinese version of the Zarit caregiver burden interview: a validation study / K. T. Ko, P. K. Yip, S. I. Liu [et al.] // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2008. – Vol. 16 (6). – P. 513–518. doi: 10.1097/JGP.0b013e318167ae5b
234. Koschorke M. Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India / M. Koschorke, R. Padmavati, S. Kumar [et al.] // *Social Science & Medicine*. – 2014. – Vol. 123. – P. 149-159. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.035
235. Koujalgi S. R., Patil SR. Family burden in patient with schizophrenia and depressive disorder: a comparative study / S. R. Koujalgi, S. R. Patil // *Indian Journal of Psychology and Medicine*. – 2013. – Vol. 35 (3). – P. 251-255. doi: 10.4103/0253-7176.119475.
236. Koutra K. Family Functioning in First-Episode and Chronic Psychosis: The Role of Patient's Symptom Severity and Psychosocial Functioning / K. Koutra, S. Triliva, T. Roumeliotaki [et al.] // *Community Mental Health Journal*. – 2016. – Vol. 52 (6). – P. 710-723. doi: 10.1007/s10597-015-9916-y.

237. Kriesman D. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature / D. Kriesman, V. Joy // *Schizophrenia Bulletin*. – 1974. – Vol. 1 (10). – P. 34-57.
238. Krupchanka D. Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in Republic of Belarus / D. Krupchanka, N. Kruk, J. Murray [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. - 2016. – Vol. 51. – P. 757-765. doi: 10.1007/s00127-016-1190-y].
239. Laing R. D. Mystification, confusion and conflict / R. D. Laing, I. Boszormenyi-Nage, J.L. Framo // (Eds) *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects*. - New York: Harper and Row. - 1965.
240. Lasebikan V.O. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study / V. O. Lasebikan, O. O. Ayinde // *Indian Journal of Psychology and Medicine*. – 2013. – Vol. 35(1). – P. 60-66. doi: 10.4103/0253-7176.112205;
241. Lee S. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study / S. Lee, G. A. Colditz, L. F. Berkman, I. Kawachi // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2003. – Vol. 24 (2). – P. 113-119. doi: 10.1016/s0749-3797(02)00582-2.
242. Leff J. Expressed emotions in families / J. Leff, C. Vaughn // New York: Guilford press. - 1985.
243. Levine S.Z. Identifying clinically meaningful symptom response cut-off values on the SANS in predominant negative symptoms/ S.Z. Levaine, S. Leucht // *Schizophrenia Research*. – 2013. – Vol. 145 (1-3). – P 125-127. doi: 10.1016/j.schres.2012.12.032.
244. Levy D. M. Maternal overprotection / D. M. Levy. – New York: Columbia University Press, 1943. – 417 p.
245. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? / R. Lewis // *Review of Psychiatry and Neuroscience*. – 2004 – Vol. 29(2). – P. 102–113. PMID: 15069464.

246. Lia J. The Importance of Family Support in Successful Treatment of Schizophrenic Patient / J. Lia., F. Izzatul, A. Indah // *Journal Psikiatri Surabaya*. – 2021. – Vol. 10 (2). – P. 83–91. doi: 10.20473/jps.v10i2.26453
247. Lidz R., Lidz Th. The family environment of schizophrenic patients / R. Lidz., Th. Lidz // *American Journal of Psychiatry*. – 1949. – Vol. 106 (3). – P. 332-45.
248. Lidz Th. The role of the father in family environment of schizophrenic patient / Th. Lidz, B. Parker, A. Cornelson // *American Journal of Psychiatry*. – 1956. – Vol.113 (2). – P.126-132.
249. Lim M. The Effect of Therapeutic Alliance on Attitudes Toward Psychiatric Medications in Schizophrenia / M. Lim, Z. Li, H. Xie [et al.] // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. - 2021. – Vol. 41 (5). – P. 551-560. doi: 10.1097/JCP.0000000000001449.
250. Lindstrom C. Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children / C. Lindstrom, J. Aman, A. L. Norberg // *Acta Paediatrica*. — 2010. — Vol.99. — P.427-432. doi:10.1111/j.1651-227.2009.01586.x
251. Link B. G. Conceptualizing Stigma / B. G. Link, J. C. Phelan // *Annual Review of Sociology*. - 2001. – Vol. 27. - P. 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
252. Link B.G. A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment / B. G. Link, F. T. Cullen, E. Struening [et al.] // *American Sociological Review*. — 1989. — Vol. 54. — P. 100–123. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.11.003.
253. Lippi G. Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family / G. Lippi // *South African Journal of Psychiatry*. – 2016. – Vol. 22 (1). – P. 922. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v22i1.922.
254. Livingston J.D. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis / J. D. Livingston, J. E. Boyd // *Social Science and Medicine*. – 2010. – Vol. 71 (12). – P. 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.

255. Lovell B. The cost of caregiving: endocrine and immune implications in elderly and non elderly caregivers / B. Lovell, M. A. Wetherell // *Neuroscience and Biobehavioral Review*. – 2011. – Vol. 35 (6). – P. 1342-1352. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.02.007.

256. Lu L. Zarit caregiver burden interview: development, reliability and validity of the Chinese version / L. Lu, L. Wang, X. Yang [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2009. – Vol. 63 (6). - P. 730–734. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.02019.x.

257. Lysaker P.H. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments / P. H. Lysaker, M. L. Pattison, B. L. Leonhardt [et al.] // *World Psychiatry*. – 2018. – Vol. 17 (1). – P. 12-23. doi: 10.1002/wps.20508.

258. Maazinezhad S. The Relationship between Family Burden and Social Support in Caregivers of Schizophrenic Patients in Kermanshah City / S. Maazinezhad, M. R. Bazrafshan, V. Karamivand, M. Rahmati // *Journal of Health Science & Surveillance System*. – 2019. – Vol. 7 (4). – P. 205-209. doi: 10.2147/PRBM.S233103.

259. Mac Cabe R. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and finding / R. Mac Cabe, S. Priebe // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2004. – Vol. 50 (2). – P. 115-28. doi: 10.1177/0020764004040959.

260. Mahaye S. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting / S. Mahaye, Th. Mayime, S. Nkosi [et al.] // *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*. - 2012. - Vol. 6 (9). - P. 608-612. doi: 10.5897/AJPP11.646.

261. Mak W. W. S. Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness / W. W. S. Mak, R. Y. M. Cheung // *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. – 2008. – Vol. 21. – P. 532–545. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x.

262. Mantovani LM, Ferretjans R, Marçal IM, Family burden in schizophrenia: the influence of age of onset and negative symptoms / L. M. Mantovani, R. Ferretjans, I.

M. Marçal [et al.] // Trends of Psychiatry and Psychotherapy. – 2016. – Vol. 38 (2). – P. 96-99. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0082.

263. Maslach C. MBI Maslach Burnout Inventory; manual research edition / C. Maslach, S. Jackson // Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press. - 1986.

264. McDonagh M.S. Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review. Comparative Effectiveness Review No. 198 (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00009-I.) / M. S. McDonagh, T. Dana, S. Selph [et al.] // AHRQ Publication. – 2017. – Vol. 17 (18). - EHC031-EF. doi: 10.23970/AHRQEPCER198.

265. McDonnell M. G. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality / M. G. McDonnell, R. A. Short, C. M. Berry, D. G. Dyck // Family Process. – 2003. – Vol. 42 (1). – P. 91–103. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00091.x.

266. Medic G. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis / G. Medic, K. Higashi, K. J. Littlewood KJ [et al.] // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2013. – Vol. 9. – P.119–131. doi: 10.2147/NDT.S39303.

267. Misdrahi D. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications / D. Misdrahi, P. M. Llorca, C. Lançon, F. J. Bayle // Encephale. – 2002. – Vol. 28. – P. 266-272. PMID: 12091789.

268. Misdrahi D. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia / D. Misdrahi, M. Petit, O. Blanc [et al.] // Nordic Journal of Psychiatry. - 2012. – Vol. 66 (1). - P 49-54. doi: 10.3109/08039488.2011.598556.

269. Mitsonis C. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia / C. Mitsonis, E. Voussoura, N. Dimopoulos [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2012. – Vol. 47 (2). – P. 331-337. doi: 10.1007/s00127-010-0325-9.

270. Na'fra'di L. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and

medication adherence / L. Na'fra'di, K. Nakamoto, P. J. Schulz // PLoS ONE. – 2017. – Vol. 12 (10). e0186458. doi: 10.1371/journal.pone.0186458

271. Nakamura T. De novo UNC13B mutation identified in a bipolar disorder patient increases a rare exon-skipping variant / T. Nakamura, K. Jimbo, K. Nakajima [et al.] // Neuropsychopharmacology Reports. – 2018. – Vol. 38 (4) – P. 210-213. doi: 10.1002/npr2.12027.

272. Neeli Uma Yothi. Caregiver burden among caregivers of patient with schizophrenia – a prospective cross sectional study / Neeli Uma Yothi, Bollu Mounica, Faizan Sc. Ali [et al.] // Indo American Journal of Pharmacological Research. - 2015. - Vol. 5 (5). - P.1601-1608.

273. Norman R.M. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and the Quality of Life Scale / R. M. Norman, A. K. Malla, T. McLean [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – Vol. 102 (4). – P. 303–309. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004303.x.

274. Novick D. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study / D. Novick, W. Montgomery, T. Treuer [et al.] // BMC Psychiatry. – 2015. – Vol. 15. – P. 189. doi: 10.1186/s12888-015-0560-4.

275. Okasha T.A. Psycho-demographic and clinical predictors of medication adherence in patients with bipolar I disorder in a university hospital in Egypt / T. A. Okasha, D. N. Radwan, H. Elkholy [et al.] // South African Journal of Psychiatry. - 2020. - Vol 26. – P. 1437. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1437.

276. Osman C.B. Depressive disorder and family functioning among caregivers of patient with schizophrenia / C. B. Osman, B. Alipath, M. D. Tutiiryani, O. Ainsah // East Asian Archives of Psychiatry. - 2010. - Vol.20 (3). - P. 101-108. PMID: 22348863

277. Osterberg L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // The New England Journal Medicine. – 2005. – Vol. 353. - P. 487–497. doi: 10.1056/NEJMra050100.

278. Overall J.E. Brief Psychiatric Rating Scale / J. E. Overall, D. R. Gorham // Psychological Reports. – 1962. – Vol. 10. – P. 799-812.

279. Ozlu A. A Reliability and Validity Study on the Zarit Caregiver Burden Scale / A. Ozlu, M. Yildiz, T. Aker // Archives of Neuropsychiatry. – 2009. Vol. 46. – P. 38-42. PMID: 21063635.

280. Palo O. M. Association of distinct allelic haplotypes of DISC1 with psychotic and bipolar spectrum disorders and with underlying cognitive impairments / O. M. Palo, M. Antila, K. Silander [et al.] // Human Molecular Genetics. – 2007. – Vol. 16 (20). – P. 2517-2528. doi: 10.1093/hmg/ddm207

281. Panayiotopoulos C. Family burden of schizophrenic patients and the welfare system; the case of Cyprus / C. Panayiotopoulos, A. Pavlakis, M. Apostolou // International Journal of Mental Health Systems. – 2013. – Vol. 7 (1). – P. 13. doi:10.1186/1752-4458-7-13.

282. Pazvantoglu O. The Dimensions of Caregiver Burden in Schizophrenia: The Role of Patient Functionality / O. Pazvantoglu, G. Sarisoy, O. Boke [et al.] // Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. - 2014. – Vol. 1 (27). – P. 53-60. doi: 10.5350/DAJPN2014270107.

283. Pejaver V. Inferring the molecular and phenotypic impact of amino acid variants with MutPred2 / V. Pejaver, J. Urresti, J. Lugo-Martinez [et al.] // Nature Communication. – 2020. – Vol. 11 (1). – P. 5918. doi: 10.1038/s41467-020-19669-x.

284. Peng M-M. Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden / M-M. Peng, T-M. Zhang, K-Z. Liu [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. – 2019. – Vol. 65(7-8). – P. 548-557. doi:10.1177/0020764019866230

285. Peterson E. C. Expressed emotion, attribution, and control in parents of schizophrenic patients / E. C. Peterson, N. M. Docherty // Psychiatry, - 2004. – Vol. 67 (2). – P. 197-207. doi: 10.1521/psyc.67.2.197.35959.

286. Pines A. M. Burnout: From tedium to personal growth / A. M. Pines, E. Aronson, D. Kafry // NY.: Free Press. – 1981.

287. Pinquart M. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis / M. Pinquart, S. Sörensen // *Psychology and Aging*. – 2003. – Vol. 18 (2). – P. 250-267. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250.

288. Popp B. Treatment adherence and social functioning in patients diagnosed with schizophrenia and treated with antipsychotic depot medication / B. Popp, M. M. Manea, M. O. Moraru // *Clujul Medical*. – 2014. – Vol. 87. – P. 109 - 112. doi: 10.15386/cjmed-292.

289. Provencher H. Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities / H. Provencher, M. Perreault, M. St-Onge, M. Rosseau // *Journal Psychiatry and Mental Health Nursing*. – 2003. Vol. 10. - P. 592–607. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00623.x.

290. Puschner B. Adherence to medication and quality of life in people with schizophrenia: results of a European multicenter study / B. Puschner, A. Born, A. Giessler [et al.] // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2006. – Vol. 194 (10). – P. 746-752. doi: 10.1097/01.nmd.0000243082.75008.e7.

291. Putzhammer A. Correlation of subjective well-being in schizophrenic patients with gait parameters, expert-rated motor disturbances and psychopathological status / A. Putzhammer, M. Perfahl, L. Pfeiff, G. Hajak // *Pharmacopsychiatry*. – 2005. – Vol. 38(3). – P. 132–138. doi: 10.1055/s-2005-864125.

292. Rabinowitz J. Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health, well-being, healthcare-related quality of life and family burden: a CATIE analysis / J. Rabinowitz, C. G. Berardo, D. Bugarski-Kirola, S. Marder // *Schizophrenia Research*. – 2013. – Vol. 150. – P. 339–342. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.014.

293. Raghavan V. Medication adherence in first episode psychosis and its associations with psychopathology / V. Raghavan, G. Mohan, S. Gopal [et al] // *Indian Journal Psychiatry*. – 2019. - Vol. 61 (4). – P. 342-346. Doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry 148 17

294. Read J. Positive and negative effects of antipsychotic medication: an international online survey of 832 recipients / J. Read, J. Williams // *Current drug safety*. – 2019. - Vol. 14 (3). - P. 173-181. doi: 10.2174/1574886314666190301152734

295. Rindayati R., The relationship of family roles to medical adherence in schizophrenia patients / R. Rindayati, A. Nasir, C. Rizal // *Journal of Vocational Nursing*. – 2021. - Vol. 2 (2). - P.113-118. doi:10.20473/jovin.v2i2.30137

296. Ritsher J. B. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure / J. B. Ritsher, P. G. Otilingama, M. Grajales // *Psychiatry Research*. – 2003. – Vol. 121 (1). – P. 31–49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008.

297. Ritsher J. B. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients / J. B. Ritshe, J. C. Phelan // *Psychiatry Research*. - 2004. – Vol. 129 (3). - P.257-265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003.

298. Robinson D. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder / D. Robinson, M. G. Woerner, J. Alvir [et al.] // *Archives of General Psychiatry*.- 1999.- Vol. 56.- P. 241-247.

299. Roick C. The impact of caregivers characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis / C. Roick, D. Heider, M. Toumi, M. C. Angermeyer // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2006. – Vol. 114. - 363–374. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00797.x.

300. Rosa M. A. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia / M. A. Rosa, M. A. Marcolin, H. Elkis // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2005. – Vol. 27 (3). – P. 178–184. doi: 10.1590/s1516-44462005000300005.

301. Roskam I. A step forward in the measurement of parental burn-out: the parental burnout assessment / I. Roskam, M.E. Brianda, M. Mikolajczak // *Frontiers in Psychology*. – 2018. - Vol. 9 (758). doi: 10.3389/fpsyg.2018.00758

302. Ruggeri M., Lasalvia A., Santonastaso P. et al. Family burden, emotional distress and service satisfaction in first episode psychosis. Data from the GET UP Trial /

M. Ruggeri, A. Lasalvia, P. Santonastaso P. [et al.] // *Frontiers in Psychology*. - 2017. - Vol. 8 (721). doi: 10.3389/fpsyg.2017.00721.

303. Sacchetti E. Poor adherence to antipsychotic medication in people with schizophrenia: Diffusion, consequences and contributing factors. In: *Adherence to Antipsychotics in Schizophrenia*. / E. Sacchetti E., A. Vita // Springer, Milano. – 2014. doi: 10.1007/978-88-470-2679-7_1.

304. Salleh M. R. The burden of care of schizophrenia in Malay families / M. R. Salleh // *Acta Psychiatrica Scandinica*. – 1994. – Vol. 89. – P. 180–185.

305. Saltzman C. Formation of a therapeutic relationship: experiences during initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome / C. Saltzman, M. Leutgert, C. Roth [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1976. – Vol. 44. – P. 546–555.

306. Sawant N.S. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India // N. S. Sawant, K. S. Jethwani // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 52. P. 145-149. doi: 10.4103/0019-5545.64593.

307. Schenck K. Familienteraktion. Bedeutung in der psychiatrischer Diagnostik und Therapie / K. Schenck. – Ravensburg. 1984. – Цит. по: Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. – 3-е изд., перераб. и доп. / В.Д. Вид. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.

308. Schlosser D. A. Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis / D. A. Schlosser, J. L. Zinberg, R. L. Loewy [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2010. – Vol. 118 (1-3). – P. 69-75. doi: 10.1016/j.schres.2010.01.017.

309. Schulz R. Physical and mental health effects of family caregiving / R. Schulz, P. R. Sherwood // *American Journal of Nursing*. – 2008. – Vol. 108 (9). – P. 23-27. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c.

310. Schürhoff F. Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? / F. Schürhoff, A. Szöke, F. Bellivier [et al.] // *Schizophrenia Research*. – 2003. – Vol. 61 (1). - P. 59-66. doi: 10.1016/s0920-9964(02)00237-2

311. Sellwood W. The family and compliance in schizophrenia: The influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion / W. Sellwood, N. Tarrier, J. Quinn, C. Barrowclough // *Psychological Medicine*. - 2003. - Vol. 33(1). - P. 91-96. doi:10.1017/S0033291702006888

312. Semahegn A., Torpey K., Manu A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and metaanalysis / A. Semahegn, K. Torpey, A. Manu [et al.] // *Systematic Review*. – 2020. – Vol. 9 (1). – P. 17. doi: 10.1186/s13643-020-1274-3

313. Shahnawaz M. Comparative study of family burden and life satisfaction among caregivers of the patients with dementia and schizophrenia / M. Shahnawaz, R. Kumar Gaur, S. Kumar // *International Journal of Academic Research and Development*. – 2017. – Vol. 2. – P. 2455-4197.

314. Shakeel M. Medication Adherence in Schizophrenia: A Hospital Based Cross Sectional Study of Family Related Factors / M. Shakeel, C. R. J. Khess, V. S. Sreeraj [et al.] // *Journal of Psychosocial Rehabilitation Mental Health*. – 2017. – Vol. 4 – P. 215–219. doi: 10.1007/s40737-017-0093-x.

315. Shamsaei F. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia / F. Shamsaei, F. Cheraghi, S. Bashirian // *Iranian journal of psychiatry*. – 2015. – Vol. 10 (4). – P. 239. PMID: 27006669.

316. Sharma H. Burden, Perceived Stigma and Coping Style of Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder / H. Sharma, B. Sharma, D. B. Sharma // *International Journal of Health Sciences and Research*. – 2017. Vol. 7 (11). P. 84-94.

317. Shi Y. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis / Y. Shi, Y. Shao, H. Li [et al.] // *Journal of Psychiatr and Mental Health Nursing*. – 2019. – Vol. 26. – Vol. 49-61. doi: 10.1111/jpm.12505

318. Shibre T. Perception of stigma among family member of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia / T. Shibre, A. Negash, G.

Kullegren [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2001. – Vol. 36 (6). – P. 299-303. doi: 10.1007/s001270170048

319. Snowden L. R. Cultural differences in access to care / L. R. Snowden, A. Yamada // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 1. – P. 143-166. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143846.

320. Solana R. M. Communication disturbances in parents of schizophrenics / R. M. Solana // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 1988. – Vol. 77. P. 427-434.

321. Sommer G. Soziale Unterstützung. Diagnostik, Kozepte, F-SOZU / G. Sommer, T. Fydrich // *Ges. Fur Verhaltenstherapy. Materiale №22 / Deutch: Tubingen*. - 1989.

322. Souza A.L. Factors associated with burden of family caregivers of patients with mental disorders: cross-sectional study / A.L. Souza, R.A. Guimares, D. de Araujo Vileda [et al.] // *BMC Psychiatry*. - 2017. – Vol. 17 (353). doi:10.1186/s12888-017-1501-1.

323. Spiekermann A. Kognitive Leistungen und Adhärenzverhalten bei Patienten mit schizophrenen Psychosen [Adherence and cognitive performance in schizophrenia] / A. Spiekermann, M. Schulz, J. Behrens // *Fortschr Neurol Psychiatr*. – 2011. – Vol. 79 (2). P. 73-82. doi: 10.1055/s-0029-1245622.

324. St-Hilaire A. Coping in Parents of Schizophrenia Patients With Differing Degrees of Familial Exposure to Psychosis / A. St-Hilaire, C.L. Hill, N. Docherty // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2007. – Vol. 195 (7). – P. 596-600. doi: 10.1097/NMD.0b013e318093f475.

325. Strauss G. A New Perspective on Anhedonia in Schizophrenia / G. Strauss, J. Gold // *American Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 169 (4). – P. 364-373. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030447.

326. Subedi S. Treatment non-compliance in patients with schizophrenia / S. Subedi, K. Paudel, D.K. Thapa // *Journal of Universal College of Medical Sciences*. – 2020. - Vol. 5 (1-21). - P. 3-8. doi 10.3126/jucms.v8i1.29773.

327. Summers F. Symbiosis and confirmation between father and schizophrenic / F. Summers, F. Walsh // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 1979. – Vol. 106 (49). P. 136-148. doi: 10.1111/j.1939-0025.1979.tb02593.x.
328. Sun S. Y-K. Family functioning social support to families and symptoms remittance of schizophrenia / S. Y-K. Sun, S-K. Cheung // *Hong Kong Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 7 (2). – P. 19-25.
329. Szalita A. The combined use of family interviews and individual therapy in schizophrenia / A. Szalita // *American Journal of Psychotherapy*. - 1968b. – P. 419-430.
330. Tanabe Y. The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: validation of Japanese version / Y. Tanabe, K. Hayashi, Y. Ideno // *BMS Psychiatry*. - 2016. - Vol. 16 (116). - P.8. doi: 10.1186/s12888-016-0825-6.
331. Tang B. Factor analyses of the Chinese Zarit Burden Interview among caregivers of patients with schizophrenia in a rural Chinese community / B. Tang, Y. Yu, Z. Liu [et al.] // *BMJ Open*. – 2017. – Vol. 7. - e015621. doi:10.1136/bmjopen-2016-015621
332. Terkelsen K.G. Schizophrenia and family: II. Adverse effect of family therapy / K.G. Terkelsen // *Family process*. 1983. – Vol. 22 (2). - P. 191-200. doi: 10.1111/j.1545-5300.1983.00191.x.
333. Tesfaye S. Prevalence of Antipsychotic Polypharmacy and Associated Factors among Outpatients with Schizophrenia Attending Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia / S. Tesfaye, N. Debencho, T. Kisi, M. Tareke // *Psychiatry Journal*. – 2016. Vol. 2016. – 6191074. doi: 10.1155/2016/6191074.
334. Tessier A. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care / A. Tessier, L. Boyer, M. Husky [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2017. – Vol. 257. – P. 315-321. doi: 10.1016/j.psychres.2017.07.063.
335. Thara R. How stigmatizing is schizophrenia in India / R. Thara, T. N. Srinivasan // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2000. Vol. 46. P. 135-141. doi: 10.1177/002076400004600206.

336. Tienari P. Genotype environment interaction in schizophrenia spectrum disorder: long term followup study of Finnish adoptees / P. Tienari, L. C. Wynne, A. Sorri [et al.] // *British Journal of Psychiatry* – 2004. – Vol. 184 – P. 216 – 222. doi: 10.1192/bjp.184.3.216.

337. Tiihonen J. 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in first episode schizophrenia / J. Tiihonen, A. Tanskanen, H. Taipale // *American journal of psychiatry*. – 2018. - Vol. 175 (8). - P. 765-773. doi 10.11176/appi.ajp.2018.17091001.

338. Treudley M.B. Mental illness and family routines / M. B. Treudley // *Mental Hygiene*. – 1946. – Vol. 15. – P. 407-418.

339. Tyburski E. Neuropsychological Profile of Specific Executive Dysfunctions in Patients with Deficit and Non-deficit Schizophrenia / E. Tyburski, J. Pełka-Wysiecka, M. Mak [et al.] // *Frontiers in Psychology*. – 2017. – Vol. 8:1459. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01459.

340. Uçok A. Anticipated discrimination among people with schizophrenia / A. Uçok, E. Brohan, D. Rose [et al.] // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2012. – Vol. 125(1). – P. 77–83. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01772.x.

341. Uher R. A familial risk enriched cohort as a platform for testing early interventions to prevent severe mental illness. / R. Uher, J. Cumby, L. E. MacKenzie [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2014. – Vol. 2 (14). P. 344. doi: 10.1186/s12888-014-0344-2.

342. Uher R. Genomics and the classification of mental illness: focus on broader categories / R. Uher // *Genome Medicine*. – 2013. – Vol. 5. – P. 97. <https://doi.org/10.1186/gm501>.

343. Ukpong D. Burden and psychological distress among Nigerian family caregivers of schizophrenic patients: The role of positive and negative symptoms / D. Ukpong // *Türk Psikiyatri Dergisi*. - 2012. - Vol. 23. - P. 40-45. PMID: 22374630.

344. Valenstein M. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission / M. Valenstein, L. A. Copeland, F. C. Blow

[et al] // *Medical Care*. – 2002. - Vol. 40. – P. 630–639. doi: 10.1097/00005650-200208000-00002

345. Velligan D.I. The experts consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness / D. I. Velligan, P. J. Weiden, M. Sajatovic [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2009. – Vol. 70 (4). – P. 1–47.

346. Viana M. C. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys / M. C. Viana, M. J. Gruber, V. Shahly [et al.] // *Brazilian Journal of Psychiatry*. – 2013. – Vol. 35(2). – P. 115-125. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0919.

347. Vidović D. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia / D. Vidović, P. Brečić, M. Vilibić, V. Jukić // *Acta Clinica Croatica*. - 2016. – Vol. 55. - P. 23-28. doi: 10.20471/acc.2016.55.01.4.

348. Voughn C.E. Expressed emotions in family relationships / C. E. Voughn // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1989. – Vol. 30 (1). P. 13-22.

349. Wai-chi Chan S. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia / S. Wai-chi Chan // *Archives of Psychiatric Nursing*. – 2011. – Vol. 25. – P. 339–349. doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.008

350. Walsh F. Breaching of family generation boundaries by schizophrenics, disturbed nonschizophrenics, and normal / F. Walsh // *International Journal of Family Therapy*. – 1979. – Vol. 1 (6). – P. 254–257.

351. Warner R. An evaluation of the impact of clubhouse membership on quality of life and treatment utilization / R. Warner, P. Huxley, T. Berg // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1999. – Vol. 45 (4). – P. 310–320.

352. Weiden P. J. Redefining Medication Adherence in the Treatment of Schizophrenia: How Current Approaches to Adherence Lead to Misinformation and Threaten Therapeutic Relationships / P. J. Weiden // *Psychiatric Clinics of North America*. - 2016. - Vol. 39 (2). – P. 199-216. doi: 10.1016/j.psc.2016.01.004.

353. Weiser M. Differences in antipsychotic treatment discontinuation among veterans with schizophrenia in the US department of veterans affairs / M. Weiser, J. M.

Davis, C. H. Brown // American journal of Psychiatry. – 2021. – Vol. 178 (10). - P. 932-940. doi 10.1176/appi.ajp.2020.20111657.

354. Weldeslasie Hailemariam K. The Psychological Distress, Subjective Burden and Affiliate Stigma among Caregivers of People with Mental Illness in Amanuel Specialized Mental Hospital / K. Weldeslasie Hailemariam // American Journal of Applied Psychology. 2015. - Vol. 4 (2). P. 35-49. doi: 10.11648/j.ajap.20150402.13

355. Wicks S. Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents / S. Wicks, A. Hjern, C. Dalman // American Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 167 (10). P. 1240-1246. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09010114.

356. Wicks S. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study / S. Wicks, A. Hoern, D. Gunnell [et al.] // American Journal of Psychiatry. - 2005. - Vol. 162. P. 1652–1657. doi: 10.1176/appi.ajp.162.9.1652.

357. Wild C.M. Communication pattern and role structure in families of male schizophrenics / C. M. Wild, L. N. Shapiro, T. Abelin // Archives of General Psychiatry. – 1977. – Vol. 34 (5). P. 58-70.

358. Wild C.M. Transactional communication disturbances in family of male schizophrenics / C.M. Wild, L.N. Shapiro, L. Goldenberg // Family Process. - 1975. – Vol. 14. - P. 131-160.

359. Wong M. M. Medication adherence and subjective weight perception in patients with first-episode psychotic disorder / M. M. Wong, E. Y. Chen, S. S. Lui, S. Tso // Clinical Schizophrenia & Related Psychoses. – 2011. – Vol. 5 (3). – P. 135-141. doi: 10.3371/CSRP.5.3.3.

360. Wynn L. C. Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics / L. C. Wynn, I. M. Ryckoff, J. Day, S. I. Hirsch // Psychiatry. – 1958. – Vol. 21 (2). P. 205-20. doi: 10.1080/00332747.1958.11023128.

361. Xia X. S. Promoting Medication Adherence Among Psychiatric Patients With a History of Nonadherence: A Clinical Practice Improvement Program / X. S. Xia,

D. Poremski, R. Ubana R., N. Ravichandran // *Journal of Psychiatric Practice*. – 2020. – Vol. 26 (4). – P. 284-293. doi: 10.1097/PRA.0000000000000482.

362. Yazici E. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors / E. Yazici, Ü. Karabulut, M. Yildiz [et al.] // *Nöro Psikiyatri Arşivi*. - 2016. - Vol. 53. - P. 96–101. doi: 10.5152/npa.2015.9963.

363. Yıldız M. Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study / M. Yıldız, A. İncedereb, F. Kirasa [et al.] // *Psychiatry and clinical psychopharmacology*. - 2018. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1480858>.

364. Yin Y. Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: A field survey / Y. Yin, W. Zhang, Z. Hu [et al.] // *PLoS ONE*. – 2014. - 9(9). - e108527. doi:10.1371/journal.pone.0108527.

365. Yu W. Analysis medication adherence and its influencing factors in patients with schizophrenia in the Chinese institutional environment / W. Yu, J. Tong, X. Sun [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. - 2021. – Vol. 18. - 4746. doi: 10.3390/ijerph18094746.

366. Yu Y. Assessment of Burden Among Family Caregivers of Schizophrenia: Psychometric Testing for Short-Form Zarit Burden Interviews / Y. Yu, Z. Liu, W. Zhou [et al.] // *Frontiers in Psychology*. - 2018. - Vol. 9 (2539). - P. 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02539.

367. Zarit S.H. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden / S. H. Zarit, K. E. Reever, J. Bach-Peterson // *Gerontologist*. - 1980. - Vol. 20. - P.649-655.

368. Zebeda A. E. The relationship of relatives' illness perception, expressed emotion and their burden in caring for patients with schizophrenia / A. E. Zebeda, B. Sahar, S. E. A. Ayat // *American Journal of Nursing Research*. – 2020. - Vol. 8 (6). – P. 624-631. doi: 10.12691/ajnr-8-6-5.

369. Zubin J. Vulnerability – a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1977. – Vol. 86 (7). – P. 103–26.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

Распределение интенсивности суммарного балла клинико-психопатологических симптомов шкалы BPRS обследованных пациентов

	Низкий (<40 баллов)	Средний (40-60 баллов)	Высокий (>60)
N(%)	10 (10%)	67 (67%)	23 (23%)

Приложение 2.

Распределение интенсивности суммарного балла негативных симптомов шкалы SANS обследованных пациентов

	Низкий (<30 баллов)	Средний (30-60 баллов)	Высокий (>60)
N(%)	0 (0%)	51 (51%)	49 (49%)

Приложение 3.

Распределение обследованных пациентов по уровням глобального функционирования шкалы GAF

	Низкий (<40 баллов)	Средний (40-60 баллов)	Высокий (>60)
N(%)	31 (31%)	38 (38%)	31 (31%)

Приложение 4.

Распределение родственников по типам отношения к терапии в обследованной выборке (выделение чистого типа отношения к медикаментозному лечению является наличие 7 ответов с одинаковой кодировкой).

	Враждебный	Отстранённый	Манипулирующий	Поддерживающий
N(%)	4 (%)	21 (21%)	27 (27%)	48 (48%)

Приложение 5.

Структура и общий балл шкалы медикаментозного комплаенса у пациентов, опекаемых родственниками с разными типами отношения к проводимой психотропной терапии ($p \leq 0,05$)

	Враждебный M(SD), n=4	Отстранённый M(SD), n=20	Манипулирующий M(SD), n=28	Поддерживающий M(SD), n=41
Отношение к медикации	19,8(7,8)	21,2(4,8)	20,4(4,3)*	21,5(4,1)
Факторы, связанные с пациентом	10,3(4,5)	8,9(2,7)	9,9(2,8)	10(2,6)
Факторы, связанные с близким окружением	4,3(0,5)	4,1(0,9)	3,5(1,6)*	4,3(1)*
Факторы, связанные с врачом	2,5(1)	2,5(0,9)	2,4(1,1)	2,4(0,9)
Суммарный балл	36,8(11,4)	36,6(7,8)	36,2(7,9)*	37,6(6)

Примечание: Учитывая недостаточное количество респондентов с враждебным типом отношения, эти данные не учитываются при проведении сравнительного анализа.

Приложение 6.

Структура и общий балл опросника семейной обременённости ZBI в группах родственников с разными типами отношения к проводимой психотропной терапии ($p \leq 0,05$)

	Враждебный M(SD), n=4	Отстранённый M(SD), n=20	Манипулирующий M(SD), n=28	Поддерживающий M(SD), n=41
Восприятие дефицита ресурсов	2,3 (1,1)	1,7 (1)*	2,4(0,9)	1,8(0,9)
Взаимозависимость пациент/опекун	2,3(0,8)	1,9(0,8)	2,4 (0,6)	1,9(0,7)
Эмоциональное напряжение	2,4(0,7)	1,6(0,8)*	2,4(0,9)	1,9(0,8)*
Неопределённость	2,1(0,6)	2(0,8)	2,9(0,6)*	2,4 (0,7)
Самокритика	1,6 (0,7)	1,7 (0,7)	2(0,6)	1,7(0,7)
Суммарный балл	2,2(0,7)	1,8(0,8)	2,4(0,6)	1,9(0,7)

Примечание: Учитывая недостаточное количество респондентов с враждебным типом отношения, эти данные не учитываются при проведении сравнительного анализа.

Опросник обременённости опекающего лица Зарит (Zarith Burden Interview, ZBI).

Опросник состоит из 22 вопросов, сгруппированных в 5 субшкал, описывающих определённые аспекты (факторы) переживания семейного бремени: восприятие дефицита ресурсов, взаимозависимость пациент\опекун, эмоциональное напряжение, неопределённость, самокритика. Ответы на каждый вопрос оцениваются с помощью 5-бальной шкалы Лайкерта: от 0 – никогда до 4 баллов – почти всегда, что соответствует интенсивности переживания описываемых аспектов.

Инструкция: Прочитайте каждое утверждение и оцените его в зависимости от того, как часто оно применимо к вашему случаю: от 0 (никогда) до 4 (почти всегда).					
	Никогда 0	Редко 1	Иногда 2	Часто 3	Почти всегда 4
1. У вас возникает ощущение, что близкий требует от вас большей помощи, чем это необходимо?					
2. У вас возникает ощущение, что у вас не хватает времени на себя из-за того, что вы тратите время на вашего родственника?					
3. Вы испытываете стресс из-за того, что вынуждены совмещать уход за вашим родственником с другими делами дома и на работе?					
4. Вы испытываете неловкость за поведение больного?					
5. Вы злитесь, когда находитесь с вашим родственником?					
6. У вас возникает ощущение, что ваш родственник негативно влияет на ваши отношения с другими членами семьи или друзьями?					

7. Вы переживаете по поводу того, что ожидает вашего родственника в будущем?					
8. У вас возникает ощущение, что ваш родственник зависит от вас?					
9. Вы испытываете нервное напряжение, когда находитесь с вашим родственником?					
10. У вас возникает ощущение, что состояние вашего здоровья ухудшилось из-за того, что вы ухаживаете за своим родственником?					
11. У вас возникает ощущение, что из-за вашего родственника вам не хватает уединённости?					
12. У вас возникает ощущение, что из-за того, что вы ухаживаете за вашим родственником, пострадала ваша общественная жизнь?					
13. Вы испытываете неловкость за вашего родственника перед гостями?					
14. У вас возникает ощущение, что ваш родственник ожидает, что вы будете заботиться о нём, как будто вы единственный человек, на которого он может положиться?					
15. У вас возникает ощущение, что, если учесть ваши прочие расходы, у вас недостаточно денег, чтобы ухаживать за вашим родственником?					
16. У вас возникает ощущение, что скоро вы будете не в состоянии ухаживать за вашим родственником?					
17. У вас возникает ощущение, что вы утратили контроль над собственной жизнью, с тех пор как ваш родственник заболел?					

18. Вам бы хотелось оставить вашего родственника на попечение кому-нибудь другому?					
19. У вас возникает ощущение, что вы не вполне понимаете, как правильно ухаживать за вашим родственником?					
20. У вас возникает ощущение, что вы мало делаете для вашего родственника?					
21. У вас возникает ощущение, что вы недостаточно хорошо ухаживаете за вашим родственником?					
22. В целом, насколько вас обременяет уход за вашим родственником?					

Шкала позволяет оценить факторную структуру семейной обременённости и её общую интенсивность.

Факторная структура:

Первый фактор, названный “Восприятие дефицита ресурсов” (Ф1), описывает переживание недостаточности собственных ресурсов у опекающего лица (финансовых, физических, социальных), включает пункты: **6,10,11,12,15,16,17**.

Второй фактор, «Взаимозависимость пациент/опекун» (Ф2), отображает переживания родственников, возникающие из-за недостатка автономности пациента, а также те ограничения, которые формируются у опекунов в связи с этой дефицитарностью, включает пункты: **1,2,8,14,18**.

Третий фактор, «Эмоциональное напряжение» (Ф3), отражает отрицательные эмоциональные реакции опекающих лиц, возникающие при организации ему помощи, включает пункты: **3,4,5,9,13**.

Четвертый фактор, «Неопределенность» (Ф4), отражает отрицательные эмоциональные реакции опекающих лиц, возникающие при организации ему помощи, включает пункты **7,19**.

Пятый фактор, «Самокритика к уходу и нагрузке» (Ф5), отображает критическую оценку к объёму и качеству осуществляемого ухода, а также степени обременённости им, включает пункты **20,21,22**.

Общая интенсивность описывается путём вычисления суммарных и суммарных средних значений, распределяется по 4 уровням выраженности: 0-1 (0-20) минимальная; 1,1-2 – слабая (21-40); 2,1-3 (41-60) – средняя; 3,1- 4 (60-88)– высокая.