

**МАКАРЕВИЧ
ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА**

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И СЕМЬЯ БОЛЬНОГО
(КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ)**

3.1.17. - Психиатрия и наркология
(медицинские науки)

Автореферат
на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2023

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук **Лутова Наталия Борисовна**

Официальные оппоненты: Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета правительства Российской Федерации.

Татьяна Александровна Солохина, доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «30» ноября 2023 г. в 14:00 на заседании диссертационного совета 21.1.035.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан «30» октября 2023г.

Учёный секретарь диссертационного совета
кандидат медицинский наук **Яковлева Юлия Александровна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Приверженность больного 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 (Caqueo-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 больного 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 психосоциальную программу (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 (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2010; Dominguez-Martinez T. et al., 2017), создавая «порочный круг».

Степень разработанности темы исследования. В настоящее время исследователями рассмотрены и описаны распространённость 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 РПС 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 больному 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 больному 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 больному 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 семьи 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.

Методология и методы исследования. Диссертационное исследование было проведено последовательно в несколько этапов. Вначале осуществлялось изучение научных публикаций по проблеме комплаенса и влияния на него различных характеристик опекающих лиц; одновременно исследовалась литература, освещающая вопросы семейной обременённости. Затем проводился отбор пар «пациент-опекающее лицо», соответствующих разработанным критериям включения и невключения; всего по результатам отбора в исследование вошли 200 человек (100 пациентов с РШС и 100 опекавших их родственников). Дальнейшее обследование пациентов и их родственников проводилось с использованием выбранных инструментов для сбора клинико-

психопатологических и социо-психологических данных, также собирались социо-демографические и клинико-анамнестические характеристики. Собранные данные подвергались статистической обработке. Итогами статистического анализа стало получение формулы предикции интенсивности комплаенса больных с РШС, а также формулы прогноза выраженности семейной обременённости у родственников, которые их опекали.

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, клинико-психопатологические и социально-психологические.

4. Разработаны две модели для прогнозирования интенсивности медикаментозного комплаенса больных РШС на основании выделенных параметров семьи и 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).

Публикации. 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), из них – 1 статья – в издании, индексируемом одновременно в международной базе данных Scopus. 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).

Личный вклад автора в проведённое исследование. Автор самостоятельно проанализировала литературу, посвящённую изучаемой проблеме; разработала дизайн исследования, включила в исследование и провела обследование пациентов и их

родственников; создала исследовательскую базу данных; провела математико-статистический анализ базы данных; проанализировала результаты и написала текст диссертации. Доля непосредственного участия в сборе теоретической научной информации 80%, в обследовании респондентов – более 90%, в изучении, анализе, интерпретации и внедрении результатов исследования -90%.

Объём и структура работы: Материал диссертации изложен на 198 страницах машинописного текста. Текст диссертации включает разделы: Введение, Обзор литературных данных (Глава 1), Материалы и методы исследования (Глава 2), Полученные результаты исследования (Глава 3), Заключение (Глава 4), Выводы, Приложения: (список использованных сокращений; текст и методология валидизированного инструмента «Опросника бремени ухаживающего лица Зарит (ZBI)»). Работа проиллюстрирована 14 рисунками и 52 таблицами. В работе цитируются 113 отечественных и 256 зарубежных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования. 200 обследованных – 100 пациентов с диагнозами, относящимися к рубрике F2 по МКБ-10, проходивших стационарное лечение в НМИЦ ПН им. Бехтерева, и 100 родственников, сопровождающих их в процессе лечения.

Критерии включения, невключения, исключения для группы пациентов:

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.

Критерии 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.

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

Критерии включения, невключения, исключения для группы родственников больных:

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: опекаемые пациенты с диагнозами отличными 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.

Дизайн исследования. Исследование проходило в 2 этапа. На первом этапе (скрининг (1-7 дней)) проводились: проверка соответствия критериям включения/невключения; ознакомление и подписание информированного согласия с указанием даты и времени подписания; сбор исследуемых клинических и социодемографических данных. На втором этапе (исследование): в последние 2 недели стационарного лечения осуществлялось обследование больных и опекающих их лиц.

В исследовании было включено 226 человек. 26 респондентов выбыли из исследования, не полностью пройдя процедуры исследования. В окончательный анализ вошли данные 200 человек (100 пациентов и 100 опекающих их родственников, наиболее включённых в сопровождение лечения).

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический, математико-статистический.

Для обследования пациентов были использованы: краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS) для оценки продуктивной и негативной симптоматики; Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms - SANS); Шкала глобального функционирования (Global assessment scale - GAF); Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК); Шкала социальной ангедонии (Revised social anhedonia scale - RSAS); Опросник воспринимаемого обесценивания и дискриминации (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD); Опросник оценки интернализованной психиатрической стигмы (Internalized Stigma of Mental Illness Scale - ISMI).

Для обследования родственников были использованы: Структурированное интервью «Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами» (ТОСкТПП) для диагностики отношения к лечению; Опросник бремени ухаживающего лица Зарит (Zarith Burden Interview - ZBI) для оценки структуры и интенсивности семейной обременённости; Шкала семейной адаптации и сплочённости (Family Adaptation and Cohesion Scales - FACES) для оценки структурно-функциональных особенностей семьи; Опросник социальной поддержки (Fragebogen zur Sozialen Unterstutzung - F-SOZU-22); Опросник «Анализ семейной тревоги» (ACT) для диагностики эмоционального состояния; Опросник семейной стигмы (Self-Stigma Inventory for Family - SSI-F) для выявления семейной стигмы; Опросник воспринимаемого обесценивания и дискриминации (Perceived devaluation and discrimination scale - PDD) для оценки внешней стигмы; Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised - SCL-90-R) для оценки клинического состояния близких больного, опросник «Оценка качества жизни» (SF-36 – Health Status Survey).

Полученные данные анализировались с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS. Использовались дескриптивные статистики, сравнение данных в изучаемых группах для параметрических данных проводилось методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), t-критерия Стьюдента; для непараметрических данных – с использованием H-критерия Краскела-Уоллеса и U-критерия Манна-Уитни; χ^2 Пирсона – для номинальных шкал. Для оценки параметров распределения данных обследованной выборки больных использован z-критерий Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка. В целях наглядности и единообразия представления данных результаты анализа приведены с указанием средних $M \pm S.D$. Для

проведения корреляционного анализа использованы методы Пирсона (для параметрических данных), Спирмена (для непараметрических). Применялась многофакторная линейная регрессия. Уровень значимости $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучение особенностей структуры медикаментозного комплаенса больных с расстройствами шизофренического спектра (РШС).

Социально-демографические параметры. Средний возраст пациентов составил $38,2 \pm 9,9$ лет. Распределение по возрасту: 20-29 лет – 18 человек (18%); 30-39 лет – 38 (38%) пациентов; 40-49 лет – 34 (34%); 50 и более лет – 10 (10%). Обследовано 74 (74%) женщины и 26 (26%) мужчин. Среди них: 44 (44%) – работали, а 56 (56%) были безработными; имели инвалидность 34 (34%), не имели инвалидности – 66 (66%); состояли в браке – 33 (33%); имели детей – 29 (29%) пациентов.

Диагноз соответствовал рубрике F20 у 72 (72%) больных: шизофрения параноидная (F20.0) – у 68 (68%) пациентов, недифференцированная шизофрения (F20.3) – 1 (1%), шизофрения, простая форма (F20.6) – 2 (2%), ипохондрическая шизофрения (F20.8) – 1 (1%). Шизотипическое расстройство (F21) выявлено у 9 (9%); хроническое бредовое расстройство (F22) – у 7 (7%); шизоаффективное расстройство (F25) – у 12 (12%) пациентов.

Средняя продолжительность заболевания составила – 14 ± 9 лет, средний возраст дебюта – 24 ± 8 года, среднее количество госпитализаций – 7 ± 6 .

Выраженность психопатологических симптомов по шкале BPRS составила $M(x) 51 \pm 10$ баллов. У 10 (10%) обследованных больных была выявлена низкая интенсивность патопсихологических симптомов, а у 67 (67%) – средняя, что характерно для пациентов на стадии формирования медикаментозной ремиссии; высокая отмечалась у 23 (23%).

Анализ данных по шкале SANS показал: среднее значение общего балла в выборке было высоким – $M(x) 60,6 \pm 12$, а интенсивность симптомов распределялась между средним и высоким уровнями практически в равной пропорции (51 (51%) и 49 (49%), соответственно). Критериям низкой интенсивности не соответствовал никто из опрошенных.

Среднее значение общего балла шкалы GAF у обследованных пациентов соответствовало среднему уровню нарушения социального функционирования – $M(x) 48,6 \pm 13,4$. У 31 (31%) больного был низкий или высокий уровень функционирования, а у 38 (38%) респондентов – средний.

Среднее значение общего балла по шкале RSAS превышало нормативный показатель ($M(x) = 14,3$ vs. 1-11).

Среднее значение общего балла опросника самостигматизации ISMI в выборке – $M(x) 2,4 \pm 0,4$ балла. У 55 (55%) обследованных пациентов была выявлена низкая интенсивность внутренней стигмы, а у 45 (45%) пациентов – высокая ($\geq 2,5$ балла).

Средний балл эксплицитной стигмы опросника PDD у обследованных пациентов составил $M(x) 31 \pm 4,3$. При этом в 54% случаев пациенты выявляли уровень воспринимаемой стигмы выше среднего ($Me = 30,0$).

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

Дескриптивные статистики Шкалы медикаментозного комплаенса у больных с расстройствами шизофренического спектра и процентное соотношение выраженности каждого фактора и суммарного балла представлены в таблице 1. Как высокие (отражающие оптимальную приверженность лечению) рассматривались значения по факторам и общему баллу ШМК, соответствующие 75-квартилю и выше; значения ниже медианного и в интервале от 50 до 75 квартиля – как отражающие недостаточный уровень комплаентности.

Таблица 1 – Распространённость высоких и низких значений факторов и суммарного балла ШМК у больных РШС

	ШМК				Низкий ($< Me$) (%)	Средний ($Me \leq x < Q75$) (%)	Высокий ($\geq Q75$) (%)
	Mx(SD)	Q25	Me	Q75			
Ф1	21,1(4,4)	17	21	25	43	31	26
Ф2	9,7(2,7)	8	10	11,3	40	35	25
Ф3	3,94(1,2)	4	4	5	14	56	30
Ф4	2,4(1)	2	2	3	7	64	29
Сумма	37(7,1)	32	37,5	42,3	50	26	24

Среднее значение общего балла ШМК в обследованной выборке пациентов соответствовало среднему уровню приверженности лечению ($M(x) 37 \pm 7,1$). При этом 24% обследованных пациентов имели высокий уровень комплаентности, 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 $\alpha = 0,93$.

Соответствие данных, полученных при использовании русскоязычной версии опросника, для проведения факторного анализа было подтверждено результатом теста Бартлетта Approx. Chi-Square=2440,5, Sig.=0,000 и критерием КМО=0,934. Выделение в русскоязычной версии 5-и факторов было корректным, согласно значениям собственных чисел (Eigenvalue от 1,115 до 9,617); были задействованы все 22 пункта. Первый фактор определял 48,6% процентов дисперсии при внутренней согласованности (Cronbach's alpha) $\alpha = 0,9$. Второй фактор – 7,2% дисперсии, при Cronbach's alpha $\alpha = 0,84$. Третий фактор описывал 5,5% исследованной дисперсии при $\alpha = 0,84$. Для четвертого фактора Cronbach's alpha составлял $\alpha = 0,56$ и определял 4,3% дисперсии. Пятый фактор определял 3,8% дисперсии при $\alpha = 0,73$. Факторная структура объясняла 69,4% дисперсии. Интеркорреляции подтвердили 5-ти факторную структуру и составили: Ф1 (0,129-0,655); Ф2 (0,330-0,655); Ф3 (0,102-0,573), Ф4 (0,102-0,360); Ф5 (0,219-0,433).

Содержательная наполненность факторов: первый фактор, “Восприятие дефицита ресурсов” (Ф1), состоит из 7 пунктов (6,10,11,12,15,16,17), представляя недостаточность ресурсов у опекающего лица (финансовых, физических, социальных); второй фактор, «Взаимозависимость пациент/опекун» (Ф2), – из 5 пунктов (1,2,8,14,18), отображает ограничения опекунов из-за недостатка автономности пациента; третий фактор, «Эмоциональное напряжение» (Ф3), – из 5 пунктов (3,4,5,9,13), описывает отрицательные эмоциональные реакции членов семьи больного; в состав четвертого фактора, «Неопределенность» (Ф4), вошли пункты 7 и 19, которые отображают 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, представляющие критическую оценку к собственной включенности.

Процедуры внешней валидизации включали анализ конвергентной и дискриминантной валидности инструмента. В качестве одного из этапов оценки конвергентной валидности исследовались ассоциации социо-демографических и клинических данных родственников и пациентов с показателями обременённости. Корреляции между этими параметрами были выборочными, слабыми или умеренными по интенсивности: для возраста опекающих с Ф1 ($r=0,33$; $p \leq 0,05$) и с общим баллом по ZBI ($r=0,31$; $p \leq 0,05$); для возраста пациента с Ф4 ($r=-0,33$; $p \leq 0,05$); а для возраста дебюта заболевания с Ф1 ($r=-0,3$; $p \leq 0,05$) и Ф2 ($r=-0,31$; $p \leq 0,05$).

Результаты оценки конвергентной валидности на основании ассоциаций параметров ZBI с показателями известных валидизированных инструментов отражены в таблицах 2-3.

Таблица 2 – 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*
--	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Получены множественные корреляции средней интенсивности между большинством изучаемых параметров. Наименьшее количество достоверных корреляций параметры ZBI имели с субшкалами PNY 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 ресурсов» (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 3 – 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\родственник». Таким образом выраженная семейная обременённость лиц, опекающих пациентов с РШС, оказалась ожидаемо связанной с параметрами качества жизни.

Оценка дискриминантной валидности представлена в таблице 4.

Таблица 4 – Взаимосвязи показателей опросника ZBI с факторами шкалы медикаментозного комплаенса (* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$)

ZBI		Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Сумма
Ш М К	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 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.

3. Изучение параметров родственников, опекающих пациентов с РШС:

Социально-демографические параметры. Средний возраст обследованных родственников составил $53,1\pm 11,1$ года. По возрастным группам: 30-39 лет – 14 (14%) человек, 40-49 лет – 24 (24%) человека, 50-59 лет – 35 (35%) респондентов, 60 и более лет – 27 (27%). Среди них было 69 (69%) женщин и 31 (31%) мужчина. 77 человек (77%) работали, 23 (23%) не работали; проживали совместно с пациентом 68 (68%), отдельно – 32 (32%); опекали, помимо пациента, пожилых членов семьи или детей – 41 (41%) респондент. Среди родственников: 64 (64%) человека – родители больных: 58 (58%) – матери больных, 6 (6%) – отцы; 7 (7%) – дети пациентов; 22 (22%) – супруги; 7 (7%) – сиблинги.

Структурно-функциональные особенности семьи и социальная поддержка родственников. По шкале семейной сплочённости и адаптации (FACES) выявлен ряд структурно-функциональных особенностей семей. У 65% обследованных семей выявлены экстремальные типы сплочённости из них: в 50% случаев – разобщенная, в 15% – сцепленная. У 50% семей наблюдался хаотичный тип адаптации. Комбинация сплочённости и адаптации, формирующих структурно-функциональные особенности семьи, показало превалирование дисфункциональных (54%) и полуфункциональных (39%) семейных систем над функциональными (7%).

У родственников получены достоверно более низкие значения субшкал «Эмоциональная поддержка», «Социальная интеграция» и общего балла опросника «Социальной поддержки F-SOZU» в сравнении с нормативными значениями ($p\leq 0,05$).

Среднее значение общего балла опросника «Анализ семейной тревоги» (АСТ) у родственников составило $9,5\pm 3,6$ балла, что превышало норматив (≤ 5 по суммарному показателю или субшкалам опросника). Распространённость высоких показателей

общего балла получена в 85% случаев, субшкал: «Вина» – в 16%; «Тревожность» – 27%; «Напряжённость» – 34%).

Средний суммарный балл опросника семейной стигмы ((SSI-F) Self-Stigma Inventory for Family) был низким – $1,7 \pm 0,3$ (порог высокого значения 2,5 балла для суммарного показателя и субшкал). Однако, показатель субшкалы «Соккрытие факта болезни» более чем у 50% обследованных родственников превышал 2,5 балла ($M(x) 2,6 \pm 0,8$).

Средний балл эксплицитной стигмы опросника воспринимаемой стигматизации (Perceived devaluation and discrimination scale (PDD)) составил $34 \pm 4,1$. При этом 48% обследованных родственников стигматизировали опекаемых.

Применение структурированного интервью «Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами» выявило, что «Поддерживающий» тип отношения встречался у 48 респондентов (48%), «Манипулирующий» – у 27 (27%); «Отстранённый» – у 21 (21%) и «Враждебный» – у 4-х родственников (4%).

Более чем у 75% обследованных родственников показатели опросника SCL-90: индекс общей тяжести состояния (GSI) ($0,60 \pm 0,25$ и $0,51 \pm 0,02$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,241$) и субшкала соматизации (SOM) ($0,57 \pm 0,25$ и $0,44 \pm 0,03$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,322$) превышали нормативные показатели здоровых лиц. У 50% обследованных родственников значение субшкалы депрессивность (DEP) достоверно превышало нормативные значения ($0,71 \pm 0,34$ и $0,62 \pm 0,04$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,200$), а у 25% – показатели субшкал тревожность (ANX) ($0,57 \pm 0,3$ и $0,47 \pm 0,03$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,248$) и фобия (PHOB) ($0,28 \pm 0,28$ и $0,18 \pm 0,02$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,504$).

Среднее значение общего балла опросника бремени ухаживающего лица Зарит (Zarit Burden Interview - ZBI) составило $41,7 \pm 14,7$ балла. Распределение показателей общего балла в выборке было следующим: минимальная (0-20 баллов) – у 10 (10%), низкая (21-40 баллов) – у 43 (43%), средняя (41-60 баллов) – у 37 (37%), высокая (61-88 баллов) – у 10 (10%) обследованных родственников.

Структура семейного бремени отражена в таблице 5.

Таблица 5 – Дескриптивные статистики средних значений показателей опросника бремени ухаживающего лица Зарит (ZBI).

	Квартили			M(SD)
	Q25	Me	Q75	
Восприятие дефицита ресурсов (Ф*1)	1,2	2	2,8	2 (0,9)
Взаимозависимость пациента\родственник (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/родственник» 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.

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

Результаты корреляционного анализа показателей ШМК со структурно-функциональными особенностями семьи представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Корреляционный анализ показателей шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК) со структурно-функциональными особенностями семьи 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; $p \leq 0,05$**)

Инструменты	ШМК				
	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Сумма
FACES					
Семейная сплочённость	-0,11	-0,04	-0,1	-0,02	-0,1
Семейная адаптация	-0,25	-0,23	-0,24	-0,18	-0,32

Получена достоверная отрицательная корреляция средней интенсивности между показателем «Семейной адаптации» и суммарным баллом по ШМК ($r = -0,32$, $r = -0,47$, соответственно; $p \leq 0,05$).

Взаимосвязи показателей социальной поддержки у родственников с общим баллом ШМК представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Корреляционный анализ показателей ШМК и опросника F-SOZU-22 (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; $p \leq 0,05$**)

Инструменты	ШМК				
	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	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	0,20*	0,14	0,17	0,18	0,24*

Общий балл шкалы медикаментозного комплаенса ассоциирован 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, $p \leq 0,05$). Значения фактора «Отношение к медикации»

(ШМК) было взаимосвязано с субшкалой F-SOZU-22 «Удовлетворённостью социальной интеграцией» и общим баллом опросника социальной поддержки ($r=0,24$, $r=0,20$, соответственно, $p \leq 0,05$). А значения факторов, связанных с близким окружением больного и врачебным наблюдением - имели прямые слабые взаимосвязи с выраженностью инструментальной поддержки ($r=0,21$, $r=0,26$, соответственно, $p \leq 0,05$)

Корреляционный анализ выявил достоверную отрицательную взаимосвязь средней интенсивности ($r=-0,34$, $p \leq 0,05$) между суммарными баллами опросника АСТ и шкалой ШМК, свидетельствующую об ассоциированности отрицательных эмоциональных переживаний родственников больных и уровнем медикаментозного комплаенса.

Уровень комплаентности в зависимости от типа отношения родственников к лечению показан на рисунках 1-2. Учитывая недостаточное количество респондентов с враждебным типом отношения, эти данные не учитываются при проведении сравнительного анализа.

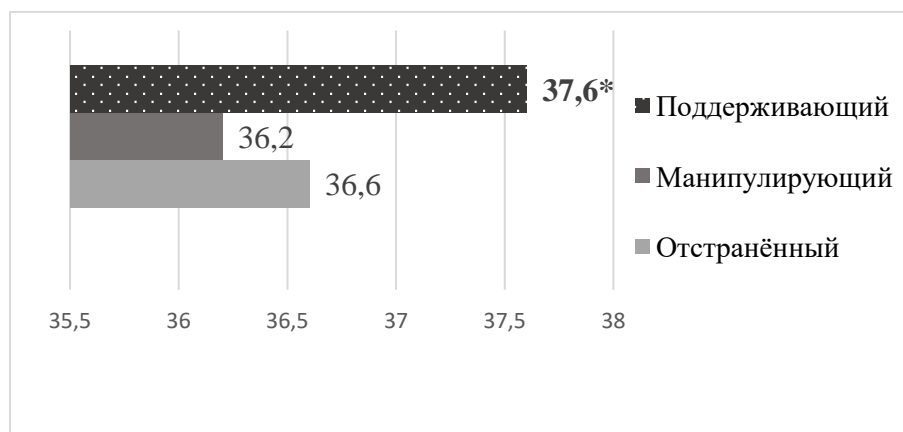


Рисунок 1 – Показатели суммарного балла ШМК (M(x)) больных РШС при различных типах отношения родственников к лечению

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.1).

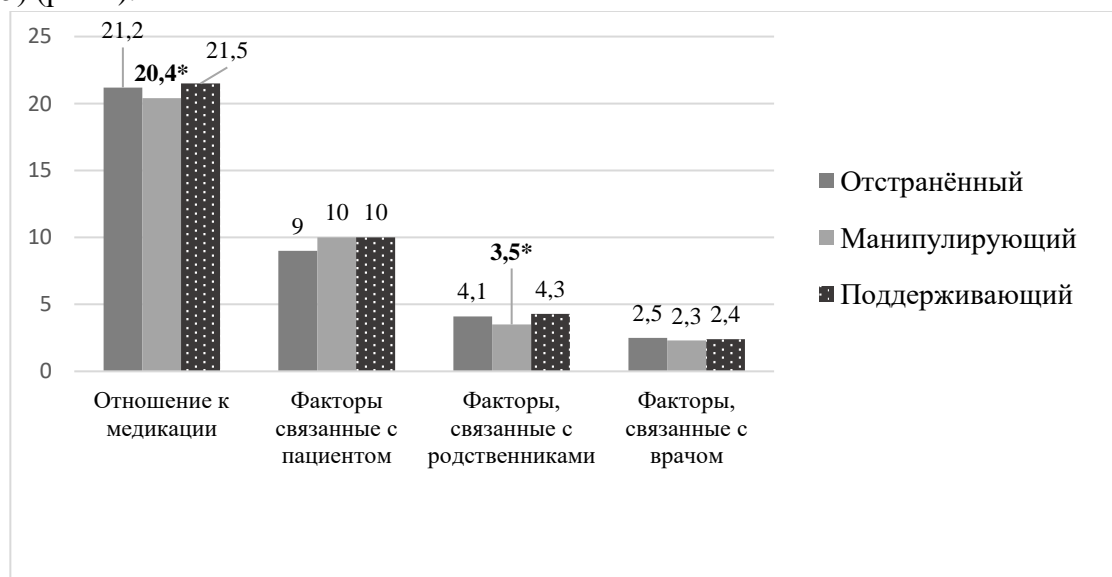


Рисунок 2 – Показатели факторов комплаенса больных РШС при различном типе отношения родственников к лечению

Значения субшкал, связанных с пациентом и врачом, у больных, чьи родственники имели различный тип отношения к лечению, достоверно не различались (рис.2). 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 ($p \leq 0,05$).

Выявление факторов, являющихся предикторами приверженности медикаментозному лечению, проводилось с использованием множественной линейной регрессии. Отбор переменных, включавших социо-демографические, клинические и социо-психологические параметры родственников, проводился методом Forward.

3 параметра из числа всех анализируемых показателей родственников, являлись предикторами комплаентного поведения больных: факторы «Взаимозависимость пациент/родственник» и «Неопределённость» опросника обременённости ZBI и субшкала «Удовлетворённость социальной интеграцией» опросника F-SOZU-22.

Согласно коэффициенту множественной детерминации (R-квадрат): показатель семейной обременённости «Взаимозависимость пациент/родственник» у опекающих родственников объяснил 16,3% вариабельности зависимого признака - суммарного балла ШМК; добавление в уравнение выраженности субшкалы «Удовлетворённости социальной интеграцией» (F-SOZU-22) увеличило объясняемую вариабельность до 22,4%; включение значения фактора «Неопределённость» (ZBI) – до 26,6% ($p < 0,001$). Таким образом, 26,6% дисперсии суммарного балла шкалы медикаментозного комплаенса было обусловлено характеристиками родственников больного.

Нестандартизированные коэффициенты «В» составили: для фактора «Взаимозависимость пациент\родственник» (ZBI) – (-0,862) (95% доверительный интервал: (-1,243) – 0,481; $p < 0,001$); для субшкалы «Удовлетворённость социальной интеграцией» по F-SOZU-22 – 0,974 (95% доверительный интервал: 0,311 – 1,618; $p < 0,003$); для фактора «Неопределённость» (ZBI) – 1,334 (95% доверительный интервал: 0,206 – 2,461; $p < 0,021$); значение константы – 34,566 ($p < 0,001$).

Согласно этим данным, получена формула для прогнозирования влияния параметров семьи на интенсивность суммарного балла медикаментозного комплаенса больного:

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

Где Z_1 – прогнозируемое значение суммарного балла ШМК, X_1 – значения фактора «Взаимозависимость пациент\родственник» по (ZBI), X_2 – значения субшкалы «Удовлетворённость социальной интеграции» по опроснику Социальной поддержки (F-SOZU-22), X_3 – значение фактора «Неопределённость» (ZBI).

Наиболее ценным для прогнозирования зависимой переменной является признак «Удовлетворённость социальной интеграции», а самая слабая связь из выбранных значимых предикторов – у параметра «Взаимозависимость пациент\родственник».

Величина Z_1 является зависимой переменной, её конкретное значение определяется независимыми переменными (X_1, X_2, X_3), величиной сдвига (34,566). 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 $Z_1 \leq 25,06$ баллов указывают на значимое снижение приверженности лечению у больных.

5. Изучение влияния параметров родственников и характеристик больных с РШС на обременённость семьи пациента с выделением предикторов интенсивности бремени опекающих лиц.

Среди социодемографических факторов выявлена достоверная корреляция средней интенсивности между возрастом родственников и фактором «Восприятие дефицита ресурсов» ($r=0,32, p \leq 0,05$).

Получены следующие значения суммарного балла опросника ZBI в разных возрастных группах: 29-39 лет ($35,7 \pm 14$), 40-49 лет ($36,9 \pm 16,7$), 50-59 лет ($45,1 \pm 7,8$), 60-69 лет ($45,6 \pm 15,3$), 70-79 лет ($40 \pm 11,1$). Родственники возрастной группы 60-69 лет испытывали достоверно ($p \leq 0,05$) более высокую обременённость в сравнении с опекающими лицами молодого возраста (29-39 лет).

Наиболее уязвимыми для формирования семейного бремени явились группы родственников старше 60 лет.

Выявлено влияние пола на интенсивность и структуру бремени семьи: женщины испытывали достоверно более высокую обременённость в сравнении с мужчинами ($46,6 \pm 14,5$ и $32,5 \pm 10,8$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,49$). При этом наибольший размер эффекта (средний) характерен для переживания женщинами «Восприятия дефицита ресурсов» ($2,3 \pm 0,9$ и $1,4 \pm 0,6$ соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,77$).

В зависимости от степени родства с пациентом семейная обременённость родственников различалась по интенсивности – у родителей пациентов – $46,7 \pm 13,8$, детей – $41,4 \pm 8,2$, супругов – $33,7 \pm 13,6$, сиблингов – $30,1 \pm 18,2$. При этом родители испытывали достоверно более интенсивное семейное бремя в сравнении с братьями\сестрами больного ($p \leq 0,05$).

Интенсивность обременённости была выше у опекающих лиц, проживающих совместно с пациентом, в сравнении с отдельно проживающими родственниками 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 $d=0,3$).

Родственники, опекавшие только психотического пациента, испытывали более интенсивную обременённость в сравнении с теми, кто дополнительно опекал других членов семьи по факторам: «Восприятию дефицита ресурсов» ($2,2 \pm 1$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$) и «Эмоциональному напряжению» ($2,2 \pm 0,9$ и $1,7 \pm 0,8$ соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$).

Изучение взаимосвязей психологических характеристик с интенсивностью и факторами семейной обременённости выявил ряд закономерностей, представленных в таблицах 8-9.

Данные взаимосвязи семейной стигмы и семейного бремени представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Корреляционный анализ показателей опросников ZBI и SSI-F у родственников больных РШС (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**), $p \leq 0,05$

Инструменты	ZBI					
	Ф*1	Ф*2	Ф*3	Ф*4	Ф*5	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

Интенсивность корреляций суммарного балла семейной стигмы с факторами семейного бремени «Эмоциональное напряжение», «Неопределённость» и «Самокритика», формирующих субъективный компонент семейной обременённости, достигала умеренного и высокого уровня.

Полученные взаимосвязи семейной тревоги и показателей семейного бремени представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Корреляционный анализ показателей опросников ZBI и АСТ у родственников больных РШС (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**), $p \leq 0,05$

Инструменты	ZBI					
	Ф*1	Ф*2	Ф*3	Ф*4	Ф*5	Сумма
АСТ						
Вина	0,64	0,94	0,63	0,59	0,5	0,77
Тревожность	0,59	0,92	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

В результате корреляционного анализа обнаружены многочисленные связи между уровнем семейной тревоги (АСТ) и интенсивностью семейной обременённости: связи высокой и очень высокой интенсивности ($r=0,74-0,94$; $p \leq 0,05$) с АСТ имел фактор ZBI «Взаимозависимость пациент\родственник». Связи средней и умеренной интенсивности получены с факторами, относящимися к субъективному бремени, – «Неопределённость» и «Самокритика».

Исследование взаимосвязей семейной обременённости с изменениями психического здоровья родственников показали следующие закономерности.

Выявлены множественные корреляции средней интенсивности между большинством изучаемых параметров. Слабые корреляции параметры ZBI имели с субшкалами РНУ (психотизм) и PAR (паранойальность), а фактор «Самокритика» достигал средней интенсивности ($r=0,32$, $r=0,3$, соответственно; $p \leq 0,05$). Наибольшее количество взаимосвязей средней интенсивности с показателями SCL-90 было характерно для фактора «Восприятие дефицита ресурсов» с субшкалами SOM (соматизация), O-C (обсессивность-компульсивность), DEP (депрессивность), GSI (индекс общей тяжести состояния) (от $r=0,34$ до $r=0,49$; $p \leq 0,05$).

Корреляционный анализ между показателями социальной поддержки F-SOZU и факторами обременённости по опроснику ZBI продемонстрировал наличие отрицательных средних корреляций. Наиболее интенсивные взаимосвязи были характерны для субшкалы «Удовлетворённость социальной интеграцией» и факторами «Восприятие дефицита ресурсов», «Эмоциональным напряжением», а также суммарным баллом ZBI ($r=-0,43$, $r=-0,4$, $r=-0,4$, соответственно; $p \leq 0,05$).

Помимо этого, были выявлены особенности переживания семейной обременённости в зависимости от типа отношения родственников к лечению.

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; $p \leq 0,05$). 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 $=0,6$; $p \leq 0,05$). 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 $d=0,24$).

Результаты изучения влияния параметров больных с расстройствами психического спектра на семейную обременённость.

Корреляционный анализ социо-демографических характеристик с параметрами семейного бремени обнаружил отрицательную взаимосвязь возраста пациента с фактором «Неопределённость» средней интенсивности ($r=-0,31$; $p \leq 0,05$).

Данные дисперсионного анализа показали различную выраженность семейной обременённости у родственников, опекающих пациентов разных возрастных групп. При сравнении выраженности обременённости опекающих лиц по 4 возрастным группам пациентов выявлено: родственники, помогающие пациентам в возрасте 40-49 лет, испытывали меньший ($p \leq 0,05$) уровень обременённости в сравнении с теми, кто опекал более молодых или более возрастных больных (50 и более лет – $49,5 \pm 10,1$) пациентов по факторам «Эмоциональное напряжение», «Неопределённость» и «Самокритика». В группе родственников, опекавших 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 самого пациента.

Дисперсионный анализ выявил достоверные различия показателей семейного бремени в зависимости от пола пациента, а также семейного и трудового статуса опекаемых пациентов. Так лица, опекающие 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. 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 $d=0,31$), «Восприятию дефицита ресурсов» ($2,1 \pm 1$ и $1,6 \pm 0,7$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$), «Взаимозависимости пациент/родственника» ($2,2 \pm 0,7$ 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 $d=0,3$) по сравнению с теми, кто опекал больных, состоявших в браке.

При сравнении групп родственников пациентов, которые имели своих собственных детей и бездетных, были найдены различия по «Взаимозависимости пациент/родственник» ($2,1 \pm 1$ и $1,7 \pm 0,7$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$) и «Эмоциональному напряжению» ($2,2 \pm 0,7$ 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.

Сравнение выраженности семейного бремени у лиц, опекающих больных с разным трудовым статусом показало, 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 $d=0,4$), «Восприятию дефицита ресурсов» ($1,6 \pm 0,7$ и $2,3 \pm 0,9$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,41$), «Взаимозависимости пациент/родственник» ($1,7 \pm 0,6$ 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.

Лица, опекавшие инвалидизированных пациентов, выявляли более высокие показатели ZBI в сравнении с родственниками неинвалидизированных больных по: общему баллу ($50,4 \pm 13,8$ и $38,2 \pm 13,8$, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,34$), «Восприятию 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 $d=0,43$).

Использование корреляционного анализа обнаружило наличие достоверных отрицательных связей слабой интенсивности между возрастом дебюта и факторами «Восприятие дефицита ресурсов» ($r=-0,3$; $p \leq 0,05$) и «Взаимозависимость пациент/родственник» ($r=-0,3$; $p \leq 0,05$), что показало усиление объективного бремени при более раннем начале заболевания у пациента.

Данные дисперсионного анализа продемонстрировали достоверно более низкие показатели факторов шкалы ZBI «Восприятие дефицита ресурсов» и «Взаимозависимость пациент/родственник» у родственников пациентов при первом стационарном лечении в сравнении с теми, кто опекал неоднократно лечившихся

больных (1,6±0,9 и 2,1±0,9, соответственно; $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,31$; 1,6±0,8 и 2±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 10.

Таблица 10 – 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)

Инструменты	ZBI					
	Ф*1	Ф*2	Ф*3	Ф*4	Ф*5	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	0,20	0,16	0,22	0,34
Возбуждённость-напряжённость	0,41	0,40	0,30	0,25	0,09	0,38
Сумма	0,53	0,50	0,39	0,27	0,27	0,49

Наибольшее количество корреляций продемонстрировал фактор шкалы семейной обременённости «Взаимозависимость пациент/родственник», который имел положительные средние взаимосвязи со всеми показателями шкалы BPRS и её суммарным баллом ($p \leq 0,05$). Для шкалы «Восприятие дефицита ресурсов» были характерны связи средней силы (от $r=0,35$ до $r=0,41$; $p \leq 0,05$) с синдромами BPRS «Нарушения мышления», «Апатия/заторможенность», «Подозрительность, враждебность» и «Возбуждённость, напряжение», а корреляция этого фактора ZBI с суммарным баллом BPRS достигала умеренной интенсивности ($r=0,53$; $p \leq 0,05$). Фактор ZBI «Эмоциональное напряжение» имел 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 показателем «Возбуждённость/Напряжение» ($p \leq 0,05$). Для фактора «Неопределённость» были обнаружены 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 имели среднюю интенсивность корреляций со всеми показателями BPRS, кроме «Тревожной депрессии» ($p \leq 0,05$).

Данные корреляционного анализа между показателями шкалы оценки негативных симптомов (SANS) и семейной обременённости (ZBI) представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Корреляционный анализ показателей опросника бремени ухаживающего лица Зарит (ZBI) с субшкалами шкалы оценки негативных симптомов (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; $p \leq 0,05$)

Инструменты	ZBI					
	Ф*1	Ф*2	Ф*3	Ф*4	Ф*5	Сумма
SANS						
Аффективное уплощение	0,62	0,53	0,55	0,38	0,61	0,64
Алогия (нарушения речи)	0,60	0,56	0,53	0,43	0,50	0,62
Абулия, апатия	0,43	0,40	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	0,40	0,44
Сумма	0,68	0,64	0,61	0,43	0,64	0,71

Суммарный балл шкалы ZBI имел достоверные положительные корреляции средней и умеренной интенсивности со всеми субшкалами SANS (от $r=0,43$ до $r=0,71$; $p \leq 0,05$). Наибольшим количеством умеренных связей с параметрами SANS («Уплощением/ригидностью аффекта», «Нарушения речи», «Ангедония, ассоциальность» и общим баллом) имели факторы ZBI «Восприятие дефицита ресурсов» (от $r=0,60$ до $r=0,68$; $p \leq 0,05$), «Взаимозависимость пациент/родственник» (от $r=0,53$ до $r=0,64$; $p \leq 0,05$) и «Эмоциональному напряжению» (от $r=0,53$ до $r=0,61$; $p \leq 0,05$). Наименее интенсивными взаимосвязями с параметрами SANS обладал фактор «Неопределённость». Для фактора ZBI «Самокритика» выявлены средние корреляции с показателями SANS «Нарушения речи», «Апато-абулические расстройства» и «Нарушения внимания» (от $r=0,40$ до $r=0,45$; $p \leq 0,05$), с остальными синдромами SANS – корреляции умеренные (от $r=0,50$ до $r=0,61$; $p \leq 0,05$).

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 суммарным баллом RSAS был ниже ($r=0,41$; $p \leq 0,05$).

Для изучения факторов, влияющих на интенсивность семейного бремени, использовался метод множественной линейной регрессии. Отбор переменных, включавших клинические и социо-психологические параметры родственников и пациентов, проводился методом Forward.

Среди всех принятых к анализу параметров, получены 4 показателя, которые являлись предикторами интенсивности семейной обременённости.

Среди параметров родственников ими были: суммарный балл по опроснику семейной тревоги (ACT); субшкала соматизации (SOM) опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90). Среди показателей пациентов – суммарный балл шкалы социальной ангедонии (RSAS) и значение субшкалы «Ангедония-асоциальность» шкалы оценки негативной симптоматики (SANS).

Получены коэффициенты множественной детерминации R-квадрат, согласно которым фактор «суммарный балл тревожных переживаний семьи больного (ACT)» объяснял 67% вариабельности зависимого признака интенсивности семейного бремени (суммарный балл ZBI). Добавление в уравнение фактора «социальная ангедония (RSAS)» позволяло объяснить 74,3% вариабельности. С включением значения фактора

«Ангедония-асоциальность (SANS)» процент объясненной variability увеличился до 77,2%. Включение фактора «соматизация (SCL-90-R)» повышало долю объяснённой variability зависимой переменной до 77,8%, достоверность модели $p < 0,001$.

Нестандартизированные коэффициенты «В» для выявленных параметров были следующими: для суммарного балла АСТ – 1,961 (95% доверительный интервал: 1,492 – 2,429; $p < 0,001$), для суммарного балла по шкале социальной ангедонии RSAS – 0,733 (95% доверительный интервал: 0,410 – 1,056; $p < 0,001$), для значений по субшкале «ангедония-асоциальность» (SANS) – 0,913 (95% доверительный интервал: 0,379 – 1,447; $p < 0,001$), для значения субшкале «соматизация» (SOM) опросника SCL90 – 0,69 (95% доверительный интервал: 0,184 – 1,196; $p < 0,008$); значение константы -2,891 ($p < 0,045$). Согласно полученным данным, была построена формула для прогнозирования интенсивности семейной обременённости:

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

Где Z_2 – прогнозируемое значение суммарного балла семейной обременённости по опроснику ZBI, X_1 – значение суммарного балла опросника АСТ, X_2 – значение суммарного балла шкалы социальной ангедонии (RSAS), X_3 – значение по субшкале «ангедония-асоциальность» шкалы оценки негативных симптомов (SANS), X_4 – значение по субшкале «соматизация» (SOM) опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Нормальность распределения остатков, а, следовательно, состоятельность предлагаемой модели подтверждается и математическими вычислениями критерия Шапиро-Уилка (статистика – 0,99; ст.св. – 100; знач. – 0,687).

Величина Z_2 является зависимой переменной, её конкретное значение определяется независимыми переменными (X_1, X_2, X_3, X_4), величиной сдвига (-2,891). 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.

ВЫВОДЫ

1. Обнаружена высокая распространенность 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 валидации.

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 с использованием 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 РПС.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах, входящих в перечень ВАК РФ:

1. «Время семьи и вовлечённость родственников в процесс лечения пациентов с шизофренией» Лутова Н.Б., Макаревич О.В. // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. - Т. 30, №2. - С.31-36.
2. «Время семьи и семейная стигма родственников пациентов с шизофренией» Лутова Н.Б., Макаревич О.В. // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. - Т. 30, №4. - С.22-27.
3. «Особенности самостигматизации родственников психотических пациентов». Лутова Н.Б., Макаревич О.В. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. – № 4. – С. 42-49, <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-4-42-56>.
4. Лутова, Н. Б., Макаревич, О. В. Объективное и субъективное бремя семьи: взаимосвязь с демографическими и клиническими характеристиками пациентов с шизофренией. // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т.31. – №4. – С. 21-28.
5. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Семейная обремененность родственников больных депрессией и шизофренией: сравнительный анализ // Российский психиатрический журнал. 2022. – № 2. С. 61–69.
6. 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.