

Влияние характеристик семейной системы и индивидуально-психологических особенностей опекуна на эффективность социально-психологической адаптации больных шизофренией

Я.А. Гетманенко

Санкт-Петербургский государственный университет; Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, Россия.

А.В. Трусова

Санкт-Петербургский государственный университет, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия.

А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Городская психиатрическая больница № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, Россия.

Поступила 2 июля 2019/ Принята к публикации: 6 сентября 2019

The influence of family system and individual psychological characteristics of the caregiver on the effectiveness of socio-psychological adaptation in patients with schizophrenia

Yana A. Getmanenko* St. Petersburg State University, St. Petersburg Skvortsov-Stepanov Psychiatric Hospital 3, St. Petersburg, Russia

Anna V. Trusova Saint Petersburg State University, Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology St. Petersburg, Russia

Alla E. Dobrovol'skaya, Alexandr G. Sofronov North-Western Mechnikov State Medical University, St. Petersburg Skvortsov-Stepanov Psychiatric Hospital 3, St. Petersburg, Russia.

* Corresponding author E-mail: yana.getmanenko@gmail.com

Received July 2, 2019 / Accepted for publication: September 6, 2019

Актуальность (контекст) тематики статьи. Семья больного шизофренией является важным источником, определяющим его реабилитационный потенциал. С другой стороны, по многочисленным данным, неблагоприятные семейные отношения взаимосвязаны с увеличением числа рецидивов. Заболевание члена семьи выступает мощным стрессовым фактором, оказывающим влияние на всю семейную систему, однако семьи больных различаются по степени возникающих дисфункций. При этом механизмы, лежащие в основе нарушений взаимодействия в данных семьях, остаются не до конца изученными.

Цель. Комплексное исследование выраженности психопатологических симптомов (PANSS), характеристик семейного взаимодействия, описанных в параметрах адаптации и сплоченности (FACES-3), эмоциональной и коммуникативной компетентности (ЭМИн Люсин Д.В), а также жизненной удовлетворенности опекуна (индекс жизненной удовлетворенности Н.В. Панина) в социально-психологической адаптации пациентов (шкала PSP, опросник ВОЗ-КЖ СМ).

Описание хода исследования. Выборку составили 122 человека, объединенные в диады – больной шизофренией и его опекун, который в ходе совместного интервью определялся как лицо, взявшее на себя основные обязанности по уходу за пациентом. Гендерное распределение пациентов: 33 женщины и 28 мужчин, средний возраст $32,5 \pm 9,44$ года ($M \pm SD$), общее число госпитализаций в стационар $5,44 \pm 5,27$, с разбросом 1–20 раз, средняя давность заболевания $9,93 \pm 6,85$. Средний возраст опекуна $53 \pm 11,91$ года. Распределение опекунов по гендерным признакам – 12 мужчин и 49 женщин.

Результаты исследования. По результатам моделирования структурными уравнениями получена модель, свидетельствующая об отрицательном влиянии выраженности негативных и общесоматических симптомов на социальное функционирование пациентов ($p < 0,001$), в то время как более сбалансированные характеристики семейного взаимодействия оказывают суппортивный эффект ($p < 0,001$). Показано, что коммуникативная компетентность опекуна увеличивает сбалансированность семейного взаимодействия ($p < 0,001$).

Выводы. Возможность социальной адаптации пациентов с шизофренией определяются как объективными факторами (выраженность психопатологических симптомов), так и характером семейных дисфункций, которые, в свою очередь, тесно связаны с эмоциональной и коммуникативной компетентностью лиц, взявших на себя обязанности по уходу за пациентами. Поэтому развитие навыков межличностного общения опекунов пациентов может являться одним из направлений комплексных психосоциальных интервенций в семьи больных шизофренией. Дальнейшие исследования в данной области могут быть направлены на оценку эффективности указанных интервенций и на усовершенствование используемого инструментария, в частности, с использованием экспериментальных методов оценки характера семейного взаимодействия и эмоциональной и коммуникативной компетентности, а также на расширение числа измеряемых параметров (например, когнитивный дефицит пациентов).

Ключевые слова: шизофрения, семейные интервенции, эмоциональная экспрессивность, качество жизни, нагрузка на семью.

Background. Family of schizophrenic patient plays a key role in their psychosocial adaptation. On the other hand, according to numerous data, adverse family relations are associated with high relapse risk. Family member's illness is a severe stress factor for the whole family. However, families differ from each other to the degrees of emerging dysfunctions. Yet mechanisms which underlay interactional disturbances in those families remain unexplored.

Objective. The study represents complex research of the role of symptoms severity, interactional characteristics of a family, which are represented in family flexibility and cohesion parameters (FACES-3), and emotional and communicative competence (Emln Lousin D.V.) as well as life satisfaction of main caregiver in psychosocial adaptation of a patient with schizophrenia.

Design. The paper presents the research of 122 test subjects, paired in dyads – schizophrenic patient (paranoid form) and their major caregiver. Patients gender distribution: 33 female and 28 males, average age 32.5 ± 9.44 ($M \pm SD$), hospitalizations rate – 5.44 ± 5.27 , average illness duration – 9.93 ± 6.85 . Caregiver's genders: 12 males and 49 females. Average major caregiver's age – 53 ± 11.91 .

Results. Derived from structural equations, a model was invented showing that symptoms severity plays negative role in psychosocial adaptation of a patient with schizophrenia ($p < 0.001$), whilst more balanced family characteristics have a supportive effect ($p < 0.001$). Communicative competence of major caregiver increases balance of family characteristics ($p < 0.001$).

Conclusion. The results indicate that the possibilities of social adaptation in patients with schizophrenia are determined by both objective factors (the severity of psychopathological symptoms) and the character of family dysfunctions that are closely associated with the emotional and communicative competence of main caregivers. In this way development of communicational skills in major caregivers may be the part of complex psychosocial interventions into schizophrenic patient's families. Further research in this area may be aimed both at assessing the effectiveness of interventions, and at improving the tools to be used through experimental methods of assessing the family disruptions and emotional and communicative competence, as well as expanding the number of measured parameters (e.g. cognitive deficit of patients) for a more comprehensive understanding of the problem.

Keywords: schizophrenia, family interventions, expressed emotion, quality of life, family burden.

Введение в проблему

Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических заболеваний человека, проявляющихся в трудоспособном возрасте. Оно приводит к серьезным материально-ресурсным издержкам государства и создает тяжелую психологическую и материальную нагрузку на ближайшее окружение пациентов (Гурович, Шмуклер, 2007; Martens, Addington, 2001). Современные исследо-

вания, проводимые в рамках биопсихосоциальной модели, во многом сфокусированы на оценке влияния социальных факторов, которые рассматриваются как связанные с характером психопатологических проявлений и их динамикой (Пашковский и др., 2017; Софронов и др., 2018). За последние полвека взгляды на роль семьи и социального окружения больных шизофренией претерпели серьезные изменения – от психоаналитических концепций, рассматривающих

условия раннего детского опыта взаимоотношений со значимыми другими в качестве фактора, провоцирующего развитие заболевания, до современного подхода, считающего, что близкие больные шизофренией – это люди, во многом определяющие реабилитационный потенциал пациента, на которых обычно ложится бремя нагрузки, связанной с необходимостью ухода за болеющим родственником, и потому нуждающиеся в многоуровневой информационной, материальной и социально-психологической поддержке (Seeman, 2009; Veltman et al., 2002). Таким образом, в последние годы интенсивное развитие получило новое направление клинической психологии – клиническая психология семьи. Ее основной задачей является разработка методов психологического воздействия, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (методов семейной психотерапии и психокоррекции) (Зверева, Рощина, 2012; Красильникова, Никольская, 2012).

В зарубежных исследованиях широкое распространение получил термин *main caregiver* – наиболее близкий по смыслу перевод на русский «основной попечитель» или «опекун». Это человек, на которого ложится основная нагрузка при оказании помощи больным шизофренией в повседневной жизни (Lauber et al., 2003). В отечественной практике в подавляющем большинстве случаев – это близкий член семьи больного, типичными обязанностями которого являются уход за ним, обеспечение его(ее) бытовых потребностей, организация приема лекарств, взаимодействие с медицинскими специалистами, представителями власти/администрации и т.п.

Роль такого лица в обеспечении повседневной жизни пациентов, страдающих шизофренией, трудно переоценить. И в то время как в развитых обществах роль опекуна все в большей степени признается важной как в функциональном, так и в экономическом отношении, в России эти лица, как правило, не имеют достаточной поддержки, причем, не только в социальном или экономическом плане, но даже и в информационном.

Основным изучаемым феноменом, связанным с динамикой болезненного состо-



Яна Александровна Гетманенко – аспирант кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, клинический психолог городской психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова (г. Санкт-Петербург)
E-mail: yana.getmanenko@gmail.com



Анна Владимировна Трусова – кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург)
E-mail: anna.v.trusova@gmail.com
<http://www.psy.spbu.ru/department/teachers/31-2013-05-27-14-16-12/2013-05-27-14-54-55/623-trusova-av>



Алла Евгеньевна Добровольская – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача городской психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, доцент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург)
E-mail: maxmmm@yandex.ru
<http://szgmu-psychiatry.ru/a.v.-dobrovolskaya>



Александр Генрихович Софронов – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, главный врач городской психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург)
E-mail: alex-sofronov@yandex.ru
<http://szgmu-psychiatry.ru/a.g.-sofronov>

яния пациента, живущего в семье, является эмоциональная экспрессивность, определяющаяся высотой разговорного тона, количеством критических высказываний в рутинном семейном взаимодействии и уровнем эмоциональной вовлеченности членов семьи в жизнь пациента. Повышенная эмоциональная экспрессивность связывается с увеличением частоты госпитализаций, невысокой осведомленностью членов семьи об особенностях заболевания и низким комплаенсом (Wang et al., 2017; Wearden et al., 2000). Эмоциональная экспрессивность связывается также со значительной нагрузкой на семью (Lauber et al., 2003). Последняя, в свою очередь, во многом определяется такими индивидуально-психологическими характеристиками опекуна, как негативное восприятие заболевания и своей роли, использование дезадаптивных копинг-стратегий, субъективная оценка собственных ресурсов как недостаточных для борьбы с заболеванием (Parabiaghi et al., 2007). Значительное же увеличение бремени семьи ассоциируется с большей выраженностью психопатологической симптоматики и сниженным социальным функционированием пациента (Martorell et al., 2007; Pakenham et al., 2007).

Таким образом, имеющиеся данные свидетельствуют о взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик основного опекуна и с объективными клиническими данными о пациенте, и с семейной динамикой, социальным функционированием и качеством жизни пациента. Более углубленные исследования в данной области могут помочь выделить факторы, оптимизирующие психологическое и социальное функционирование пациентов с шизофренией и разработать дифференцированные семейные интервенции с учетом мирового опыта реализации социально-психологических и психообразовательных программ. Данный опыт свидетельствует о большей эффективности индивидуализированных подходов, по сравнению с типовыми (Degnan et al., 2018).

Исследования индивидуально-психологических характеристик ближайшего окружения больных относительно немногочисленны. Показано, что нормальные когнитивные способности опекунов больных шизофренией пре-

деляют более полное осознание ими наличия у родственника психического заболевания. Однако их связь с эмоциональной экспрессивностью и осведомленностью о заболевании не обнаруживается (Macgregor et al., 2017). Существует

Основным изучаемым феноменом, связанным с динамикой болезненного состояния пациента, живущего в семье, является эмоциональная экспрессивность, определяющаяся высотой разговорного тона, количеством критических высказываний в рутинном семейном взаимодействии и уровнем эмоциональной вовлеченности членов семьи в жизнь пациента

множество данных, свидетельствующих о нарушениях эмоционального интеллекта у больных шизофренией и о связи этих нарушений со снижением социального функционирования пациентов (Рычкова, Холмогорова, 2014; Рычкова, 2013). Исследования не имеющих нарушений психотического уровня ближайших родственников пациентов также свидетельствуют о снижении показателей эмоционального интеллекта в данной когорте (Lavoie et al., 2013), что позволило исследователям рассматривать его в качестве эндофенотипического фактора шизофрении (Albacete et al., 2016). При этом психологический аспект проблемы остается не до конца изученным – работ по оценке влияния социального и эмоционального функционирования ближайшего окружения на семейную динамику и течение болезненного процесса у родственника нами обнаружено не было.

Проведение исследования

Цель исследования: изучение взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик опекуна, семейных дисфункций и уровня социально-психологической адаптации взрослых больных шизофренией.

Выборку составили 122 человека, объединенные в диады – больные шизофренией обоего пола и их основной опекун, который после беседы с пациентом и членами его семьи определялся как лицо, взявшее на себя основные обязан-

ности по уходу за пациентом. Гендерное распределение пациентов: 33 женщины и 28 мужчин. Средний возраст пациентов $32,5 \pm 9,44$ года ($M \pm SD$). Общее число госпитализаций в стационар $5,44 \pm 5,27$, с разбросом 1–20 раз. Средняя давность

заболевания $9,93 \pm 6,85$ лет. Средний возраст опекуна $53 \pm 11,91$ года. Распределение опекунов по гендерным признакам – 12 мужчин и 49 женщин.

Использовались следующие методики исследования.

Для пациентов:

- 1) Шкала оценки позитивных и негативных синдромов // The Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS (Kay et al., 1987);
- 2) Шкала оценки социального функционирования PSP (Morosini et al., 2000);
- 3) Опросник качества жизни для больных шизофренией КЖ-СМ // WHOQOL-100 (Division of Mental Health, WHO) (Geneva, 1995) в адаптации (Козловский, Масловский, 2011);
- 4) Тест эмоционального интеллекта ЭМИн (Люсин, 2006).

Для опекунов:

- 1) Для оценки индивидуально-психологических характеристик лиц, осуществляющих основной уход за пациентами применялись:
 - а) Тест эмоционального интеллекта ЭМИн (Люсин, 2006);
 - б) Шкала оценки жизненной удовлетворенности ИЖУ // The measurement of life satisfaction (Neugarten, 1961) в адаптации (Панина, 1993);
 - 2) Для изучения особенностей внутрисемейного взаимодействия использовался Опросник семейной адаптации и сплоченности // FACES-3 (Olson et al., 1985) в адаптации (Эйдемиллер, 2003).
- Статистическая обработка данных** проводилась с использованием язы-

Имеющиеся данные свидетельствуют о взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик основного опекуна и с объективными клиническими данными о пациенте, и с семейной динамикой, социальным функционированием и качеством жизни пациента

ка программирования R (версия 3.5.1). Количественные данные описывались средним и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$). Медианой и 25–75 перцентилем ($Md[Q1;Q3]$) описывались как поряд-

ковые, так и количественные данные. Категориальные показатели были описаны абсолютными значениями и долями от целого $n(\%), (\%)$. Для оценки влияния группирующей переменной на распреде-

ление зависимых переменных использовалась логистическая регрессия, которая характеризовалась статистикой хи-квадрат. Сравнение показателей с нормой осуществлялось при помощи одновыборочного критерия Манна-Уитни. Коэффициенты корреляции вычислялись по методу Спирмена. Моделирование структурными уравнениями производилось при помощи библиотеки lavaan. В качестве характеристик модели использовались CFI, RSMEA, SRMR, хи-квадрат. Результаты признавались статистически значимыми при вероятности ошибки первого рода (p) менее 0.05. Для статистической обработки использовался язык программирования R v3.6.0.

Табл. 1. Описательная статистика клинико-психологических характеристик исследуемой выборки

Показатель	N	N (%)	Mean	SD	Median	q1	q3
PANSS Позитивные симптомы	-	-	13.46	3.53	13.0	11.0	16.0
PANSS Негативные симптомы	-	-	23.74	7.18	25.0	18.0	30.0
PANSS Композитный индекс	-	-	-10.33	6.43	-11.0	-14.0	-6.0
PANSS Общесоматические нарушения	-	-	30.49	8.14	29.0	.0	36.0
PANSS общий	-	-	67.66	16.03	66.0	55.0	80.0
PSP пациент	-	-	58.48	16.13	59.0	47.0	71.0
КЖ-СМ пациент	-	-	188.16	29.41	186.0	171.0	206.0
ЭмИн пациент межличностный	-	-	36.90	8.81	36.0	31.0	43.0
ЭмИн пациент внутриличностный	-	-	44.28	10.50	44.0	37.0	53.0
ЭмИн пациент общий	-	-	81.18	17.71	80.0	68.0	91.0
ИЖУ опекун	-	-	22.69	6.35	22.0	18.0	27.0
ЭмИн межличностный компонент опекун	-	-	39.52	6.61	39.0	34.0	43.0
ЭмИн внутриличностный опекун	-	-	50.75	6.64	51.0	46.0	4.0
ЭмИн общий показатель опекун	-	-	90.15	11.55	89.0	83.0	9.0

Примечание: N – абсолютные значения; N(%) – доли от целого; Mean – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение; Median – медианное значение; q1 – 25 перцентиль; q3 – 75 перцентиль.

Table 1. Descriptive statistics of the clinical and psychological characteristics of the sample

Indicator	N	N (%)	Mean	SD	Median	q1	q3
PANSS Positive Symptoms	-	-	13.46	3.53	13.0	11.0	16.0
PANSS Negative Symptoms	-	-	23.74	7.18	25.0	18.0	30.0
PANSS Composite Index	-	-	-10.33	6.43	-11.0	-14.0	-6.0
PANSS General somatic disorders	-	-	30.49	8.14	29.0	24.0	36.0
PANSS Total	-	-	67.66	16.03	66.0	55.0	80.0
PSP Patient	-	-	58.48	16.13	59.0	47.0	71.0
QOL patient	-	-	188.16	29.41	186.0	171.0	206.0
EQ patient interpersonal	-	-	36.90	8.81	36.0	31.0	43.0
EQ patient intrapersonal	-	-	44.28	10.50	44.0	37.0	53.0
EQ patient general	-	-	81.18	17.71	80.0	68.0	91.0
LSI caregiver	-	-	22.69	6.35	22.0	18.0	27.0
EQ interpersonal component caregiver	-	-	39.52	6.61	39.0	34.0	43.0
EQ intrapersonal caregiver	-	-	50.75	6.64	51.0	46.0	4.0
EQ total caregiver rate	-	-	90.15	11.55	89.0	83.0	9.0

NB: N – absolute values; N (%) – fractions of the whole; Mean – arithmetic mean; SD – standard deviation; Median – median value; q1 – 25 percentile; q3 – 75 percentile.

Табл. 2. Сравнение данных методики ЭмИн с нормативными показателями

Показатель	Median	q1	q3	U	P
Эмин Межличностный пациент	3,0	1,0	5,0	261,0	<0,001
Эмин Внутриличностный пациент	5,0	4,0	7,0	778,5	0,277
Эмин Межличностный опекун	4,0	2,0	5,0	215,5	<0,001
Эмин Внутриличностный опекун	7,0	6,0	8,0	1139,0	<0,001

Table 2. Comparison of EQ methodology data with standard indicators

Indicator	Median	q1	q3	U	P
EQ Межличностный пациент	3.0	1.0	5.0	261.0	<0.001
EQ Внутриличностный пациент	5.0	4.0	7.0	778.5	0.277
EQ Межличностный опекун	4.0	2.0	5.0	215.5	<0.001
EQ Внутриличностный опекун	7.0	6.0	8.0	1139.0	<0.001

Результаты исследования

В таблице 1 представлены клинико-психологические характеристики выборки, полученные с использованием заявленных методов исследования.

Дополнительно к показателям таблицы 1 следует указать, что пациенты из исследуемой выборки имеют следующие клинико-психологические показатели: минимальный общий показатель выраженности симптоматики PANSS – 37 баллов, максимальный – 108, что свидетельствует о пребывании пациентов на момент обследования вне фазы острого психического состояния (от 120 баллов). Минимальное значение показателя социального функционирования пациентов – 31 балл – значительные нарушения, максимальное – 88 – незначительные нарушения, что свидетельствует о достаточно широком охвате пациентов в данном исследовании. Показатели эмоционального интеллекта пациентов относительно невысоки и соответствуют диапазону (3–5 стенов). Средний показатель качества жизни пациентов из исследуемой выборки зафиксирован на среднем уровне. Полученные данные свидетельствуют о том, что опекуны пациентов так же демонстрируют показатели удовлетворенности жизнью, соответствующие среднему диапазону значений. Средние показатели внутриличностного компонента эмоционального интеллекта среди опекунов пациентов соответствуют диапазону высоких значений (7 стенов). При этом по-

казатели межличностного компонента ЭИ значительно ниже и соответствуют диапазону невысоких значений (4 степеней).

Учитывая достаточно мощную критику самооценочных методов измерения эмоционального интеллекта, мы сравнивали полученные в исследовании данные пациентов и их опекунов, имеющих родственные связи, по методике ЭИИ (Люсин, 2006) со средними нормативными значениями. Опекуны, не состоящие в прямом родстве с пациентом, были исключены из анализа. Это обусловлено необходимостью проверки полученных данных и соотнесения их с результатами исследований, рассматривающих эмоциональный интеллект в качестве эндотипического фактора шизофрении, что необходимо для выявления адекватности использования этого метода в работе с исследуемой выборкой. Полученные результаты представлены ниже.

Показано статистически достоверное снижение показателей межличностного компонента эмоционального интеллекта среди опекунов, имеющих родственные связи с пациентом. В то же время, отмечается достоверное повышение их показателей внутриличностного компонента ЭИ. Данные об ЭИ пациентов также не вполне однозначны – показано достоверное снижение показателей межличностного компонента, тогда как внутриличност-

Табл. 3. Данные методики FACES-3

Тип сплоченности	N	N(%)
Разобщенный	42	68.85
Разделенный	15	24.59
Связанный	4	6.56
Сцепленный	0	0
Тип адаптации	N	N(%)
Ригидный	3	4.92
Структурный	5	8.2
Гибкий	9	14.75
Хаотичный	44	72.13
Тип системы	N	N(%)
Среднесбалансированный	31	50.82
Несбалансированный (экстремальный)	30	49.18

Table 3. FACES-3 Method data

Unity Rate	N	N(%)
Disunited	42	68.85
Disjunct	15	24.59
Connected	4	6.56
Linked	0	0
Adaptation Type	N	N(%)
Rigid	3	4.92
Structural	5	8.2
Flexible	9	14.75
Chaotic	44	72.13
System Type	N	N(%)
Medium balanced	31	50.82
Unbalanced (extreme)	30	49.18

ный компонент не отличается от данных, полученных на здоровой выборке. Таким образом, имеющиеся данные нуждаются в

уточнении и ставят под сомнение возможность включения шкалы «Внутриличностный ЭИ» в дальнейший анализ данных.

Табл. 4. Описательная таблица с группирующим фактором «сбалансированность семейной системы»

Показатель	Несбалансированный тип				Сбалансированный тип				χ^2	P	Log (odd)	s.e.
	N	%	Mean	SD	N	%	Mean	SD				
Пол пациента женский	16	53	-	-	17	55	-	-	-	-	-	-
Пол пациента мужской	14	47	-	-	14	45	-	-	-	-	-	-
Возраст пациента	-	-	34	9.7	-	-	31	8.9	3.27	0.070	-	-
Число госпитализаций	-	-	6.1	5.9	-	-	4.8	4.7	0.62	0.430	-	-
Давность заболевания	-	-	11	6.6	-	-	8.8	7.0	2.55	0.110	-	-
PANSS Позитивные симптомы	-	-	13	3.6	-	-	14	3.5	0.03	0.854	-	-
PANSS Негативные симптомы	-	-	26	6.3	-	-	21	7.1	9.73	0.002	-1.52	0,49
PANSS Композитный индекс	-	-	-13	5.7	-	-	-7.8	6.1	12.28	<0.001	1,75	0,50
PANSS Другие нарушения	-	-	34	7.5	-	-	28	7.7	8.28	0.004	-1,36	0,47
PANSS Общий	-	-	73	15	-	-	62	15	7.64	0.006	-1,30	0,47
PSP пациент	-	-	49	11	-	-	68	15	21.11	<0.001	2,51	0,55
КЖ-СМ пациент	-	-	180	24	-	-	196	32	5.29	0.021	1,07	0,46
ЭИИИ пациент межличностный	-	-	35	7.9	-	-	39	9.4	1.65	0.198	-	-
ЭИИИ пациент внутриличностный	-	-	42	11	-	-	46	10	3.57	0.059	-	-
ЭИИИ пациент общий балл	-	-	77	17	-	-	85	17	3.94	0.047	0,92	0,46
ИЖУ опекун	-	-	20	4.5	-	-	25	6.9	9.77	0.002	1,52	0,49
ЭИИИ Межличностный опекун	-	-	36	5.6	-	-	43	5.3	25.16	<0.001	3,17	0,63
ЭИИИ Внутриличностный опекун	-	-	48	5.7	-	-	53	6.4	12.23	<0.001	1,72	0,49
ЭИИИ Общий балл опекун	-	-	83	9.4	-	-	97	9.7	20.42	<0.001	2,47	0,55

Для цитирования: Гетманенко Я.А., Трусова А.В., Добровольская А.Е., Софронов А.Г. Влияние характеристик семейной системы и индивидуально-психологических особенностей опекуна на эффективность социально-психологической адаптации больных шизофренией // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 3(35). – С. 101–112. doi: 10.11621/npsyj.2019.0311

For citation: Getmanenko Ya.A., Trusova A.V., Dobrovolskaya A.E., Sofronov A.G. (2019). The influence of family system and individual psychological characteristics of the caregiver on the effectiveness of socio-psychological adaptation in patients with schizophrenia. National Psychological Journal, [Natsional'nyy psikhologicheskij zhurnal], (12)3, 101–112. doi: 10.11621/npsyj.2019.0311

ISSN 2079-6617 Print | 2309-9828 Online
© Lomonosov Moscow State University, 2019
© Russian Psychological Society, 2019

Table 4. Descriptive table with a grouping factor «balance of the family system»

Indicator	Unbalanced Type				Balanced Type				χ^2	P	Log (odd)	s.e.
	N	%	Mean	SD	N	%	Mean	SD				
Female gender	16	53	-	-	17	55	-	-	-	-	-	-
Male gender	14	47	-	-	14	45	-	-	-	-	-	-
Age	-	-	34	9.7	-	-	31	8.9	3.27	0.070	-	-
Number of hospitalizations	-	-	6.1	5.9	-	-	4.8	4.7	0.62	0.430	-	-
Disease duration	-	-	11	6.6	-	-	8.8	7.0	2.55	0.110	-	-
PANSS Positive Symptoms	-	-	13	3.6	-	-	14	3.5	0.03	0.854	-	-
PANSS Negative Symptoms	-	-	26	6.3	-	-	21	7.1	9.73	0.002	-1.52	0.49
PANSS Composite Index	-	-	-13	5.7	-	-	-7.8	6.1	12.28	<0.001	1,75	0,50
PANSS Other Disturbances	-	-	34	7.5	-	-	28	7.7	8.28	0.004	-1,36	0,47
PANSS Total	-	-	73	15	-	-	62	15	7.64	0.006	-1,30	0,47
PSP Patient	-	-	49	11	-	-	68	15	21.11	<0.001	2,51	0,55
QOL Patient	-	-	180	24	-	-	196	32	5.29	0.021	1,07	0,46
EQ Patient Interpersonal	-	-	35	7.9	-	-	39	9.4	1.65	0.198	-	-
EQ Patient Intrapersonal	-	-	42	11	-	-	46	10	3.57	0.059	-	-
EQ Patient Total score	-	-	77	17	-	-	85	17	3.94	0.047	0,92	0,46
LSI caregiver	-	-	20	4.5	-	-	25	6.9	9.77	0.002	1,52	0,49
EQ Interpersonal caregiver	-	-	36	5.6	-	-	43	5.3	25.16	<0.001	3,17	0,63
EQ Intrapersonal caregiver	-	-	48	5.7	-	-	53	6.4	12.23	<0.001	1,72	0,49
EQ Total score caregiver	-	-	83	9.4	-	-	97	9.7	20.42	<0.001	2,47	0,55

Ниже представлена описательная статистика категориальных переменных, полученных в результате оценки семейной динамики методикой FACES-3. Как следует из данных, приведенных в таблице 3, показатели сплоченности в семьях больных шизофренией в большинстве случаев имеют тенденцию к снижению в сторону значительной разобщенности ее членов. Большая часть семей имеет экстремально низкие показатели семейной сплоченности, в то время как ни одна из исследованных семей не продемонстрировала ее высоких значений. Наиболее распространенный тип семейной адаптации в данной выборке – хаотичный (72% наблюдений), при этом отмечается постепенное уменьшение числа наблюдений по мере увеличения адаптационных возможностей семьи.

Как следует из данных таблицы 3, полученные результаты методики FACES разделяют выборку на две подгруппы по показателю сбалансированности семейной системы. 31 пара испытуемых (50,8%) была отнесена к среднесбалансированному типу, 30 пар (49,2%) – к несбалансированному (экстремальному) типу. Ни одна из исследованных семей не была отнесена к гармоничному (сбалансированному) типу. Поскольку в литературе имеется большой объем данных о значительной роли семейных дисфункций

в течении шизофренического процесса, фактор сбалансированности семейной системы выступал группирующим фактором при дальнейшем анализе результатов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты, проживающие в более сбалансированных семьях, имеют меньшую выраженность негативной симптоматики ($p<0.05$), общесоматических симптомов ($p<0.05$) и более низкий суммарный балл по методике PANSS ($p<0.05$). При этом выраженность позитивной симптоматики как клиническая характеристика заболевания, имеющая меньшую устойчивость и способная значительно редуцироваться под влиянием медикаментозного лечения, с типом семейной системы не связана ($p=0.854$). Обнаружено также отсутствие достоверной связи между типом семейной системы и такими объективными показателями, как длительность заболевания пациента ($p=0.11$) и общее число госпитализаций ($p=0.43$), что позволяет сделать выводы о не первостепенной роли объективных клинических характеристик заболевания в нарушениях семейного взаимодействия. Результаты статистического анализа также демонстрируют, что уровень социального функционирования ($p<0.001$) и качества жизни ($p<0.05$) пациентов из среднесбалансированных семей выше,

чем у пациентов из семей, имеющих экстремальную структуру.

Как следует из данных таблицы 4, достоверные различия были получены для показателя общего эмоционального интеллекта – проживающие в более сбалансированных семьях пациенты имеют достоверно более высокий суммарный балл ($p<0.05$). При этом различия для межличностного ($p=0.198$) и внутриличностного ($p=0.059$) компонентов эмоционального интеллекта в данном исследовании были обнаружены только на уровне тенденции.

Были получены различия между индивидуально-психологическими характеристиками опекунов пациентов в зависимости от типа семейной системы. Так, показатели эмоционального интеллекта опекунов из среднесбалансированных семей оказались существенно выше, как по суммарному значению, так и отдельно для его межличностного ($p<0.001$) и внутриличностного ($p<0.001$) компонентов. Другим статистически значимым межгрупповым различием опекунов больных шизофренией является степень их удовлетворенности жизнью, которая определяется как пребывание в состоянии психологического комфорта и социальной адаптированности – больший показатель продемонстрировали представители среднесбалансированного типа семейной системы ($p=0,002$).

Табл. 5. Статистические коэффициенты моделей

Переменные	Модель 1	Модель 2	Итоговая модель
СФ ~ П	-0,017(0,050), z=-0,33, (p=0,742)	-0,007(0,054), z=-0,13, (p=0,894)	
СФ ~ Н	-0,069(0,029), z=-2,35, (p=0,019)	-0,109(0,024), z=-4,50, (p<0,001)	-0,094(0,016), z=-5,85, (p<0,001)
СФ ~ Д	-0,077(0,027), z=-2,88, (p=0,004)	-0,050(0,023), z=-2,22, (p=0,026)	-0,067(0,012), z=-5,67, (p<0,001)
СФ ~ М	0,014(0,023), z=0,62, (p=0,536)	-0,068(0,025), z=-2,67, (p=0,008)	-0,003(0,008), z=-0,42, (p=0,675)
СФ ~ В	0,013(0,031), z=-0,42, (p=0,675)	-0,030(0,028), z=-1,06, (p=0,289)	
СФ ~ ИЖУ	0,033(0,032), z=1,03, (p=0,305)	0,014(0,023), z=0,60, (p=0,546)	
СФ ~ FACES	0,926(0,409), z=2,26, (p=0,024)	0,737(0,070), z=10,53, (p<0,001)	0,556(0,065), z=8,50, (p<0,001)
FACES ~ М		0,164(0,027), z=6,07, (p<0,001)	0,085(0,003), z=25,54, (p<0,001)
FACES ~ В		0,038(0,019), z=1,96, (p=0,050)	
FACES ~ ИЖУ		0,002(0,028), z=0,09, (p=0,928)	
медиация := a*b			0,047(0,006), z=7,42, (p<0,001)
total := c+a*b			0,044(0,008), z=5,48, (p<0,001)
chi	$\chi^2=0,000$, df=38,000, p=1,000	$\chi^2=65,630$, df=42,000, p=0,011	$\chi^2=26,366$, df=41,000, p=0,963
rmsea	0,000, p=1,000	0,097, p=0,059	0,000, p=0,990
srmr	0,000	0,207	0,131
cfi	1,000	0,000	1,000

Table 5. Statistical Model Coefficients

Variables	Model 1	Model 2	Final Model
SF ~ P	-0.017(0.050). z=-0.33. (p=0.742)	-0.007(0.054). z=-0.13. (p=0.894)	
SF ~ N	-0.069(0.029). z=-2.35. (p=0.019)	-0.109(0.024). z=-4.50. (p<0.001)	-0.094(0.016). z=-5.85. (p<0.001)
SF ~ D	-0.077(0.027). z=-2.88. (p=0.004)	-0.050(0.023). z=-2.22. (p=0.026)	-0.067(0.012). z=-5.67. (p<0.001)
SF ~ Ire	0.014(0.023). z=0.62. (p=0.536)	-0.068(0.025). z=-2.67. (p=0.008)	-0.003(0.008). z=-0.42. (p=0.675)
SF ~ Ira	-0.013(0.031). z=-0.42. (p=0.675)	-0.030(0.028). z=-1.06. (p=0.289)	
SF ~ QOL	0.033(0.032). z=1.03. (p=0.305)	0.014(0.023). z=0.60. (p=0.546)	
SF ~ FACES	0.926(0.409). z=2.26. (p=0.024)	0.737(0.070). z=10.53. (p<0.001)	0.556(0.065). z=8.50. (p<0.001)
FACES ~ Ire		0.164(0.027). z=6.07. (p<0.001)	0.085(0.003). z=25.54. (p<0.001)
FACES ~ Ira		0.038(0.019). z=1.96. (p=0.050)	
FACES ~ QOL		0.002(0.028). z=0.09. (p=0.928)	
Mediation:= a*b			0.047(0.006). z=7.42. (p<0.001)
total := c+a*b			0.044(0.008). z=5.48. (p<0.001)
chi	$\chi^2=0.000$. df=38.000. p=1.000	$\chi^2=65.630$. df=42.000. p=0.011	$\chi^2=26.366$. df=41.000. p=0.963
rmsea	0.000. p=1.000	0.097. p=0.059	0.000. p=0.990
srmr	0.000	0.207	0.131
cfi	1.000	0.000	1.000

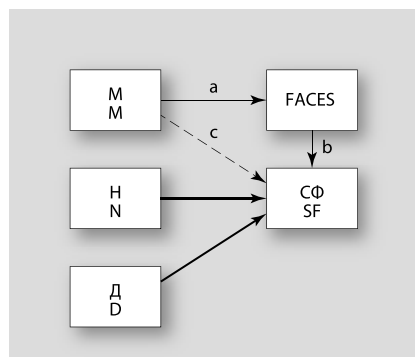
Дальнейший статистический анализ включал в себя переменные, имеющие наиболее достоверные межгрупповые различия. Для оценки комплексного влияния клинических и средовых факторов на социальное функционирование пациентов была сформулирована гипотеза о непосредственном конкурирующем влиянии выраженности симптомов, семейных дисфункций и индивидуально-личностных характеристик опекуна на возможности социальной адаптации пациента. Полученная модель подтверждала значительное влияние выраженности симптомов и семейных дисфункций на снижение возможностей социальной

адаптации пациентов. При этом роль индивидуально-личностных характеристик опекуна оценивалась как незначимая. Статистические коэффициенты модели представлены в таблице 5. Однако, учитывая значительные межгрупповые различия по индивидуально-личностным характеристикам опекунов, было предположено, что данные характеристики могут оказывать влияние на социальное функционирование пациента через фактор сбалансированности семейной системы (фактор FACES оказывает медирующее влияние). Коэффициенты полученной в результате проверки данной гипотезы модели (модель 2) и итоговой

модели, исключающей все незначимые переменные, приведены в таблице 5.

Для большей наглядности, итоговая модель взаимосвязи переменных представлена на рисунке 1.

Таким образом, итоговая модель взаимосвязи исследуемых факторов свидетельствует о значительном отрицательном влиянии выраженности негативных и общесоматических симптомов на социальное функционирование пациентов, в то время как более сбалансированные семейные динамические процессы оказывают суппортивный эффект. Взаимосвязь между эмоциональным интеллектом опекуна и социальным функ-



Примечание: CF – социальное функционирование пациента (PSP); H – негативные симптомы (PANSS); D – другие нарушения (общесоматические) (PANSS); M – межличностный ЭИ опекуна; FACES – среднесбалансированный тип семьи. Полу жирным выделены негативные эффекты, обычным шрифтом – положительные; пунктирная линия – отсутствие связи.

NB: SF – social functioning of the patient (PSP); N – negative symptoms (PANSS); D – other disorders (somatic) (PANSS); M – interpersonal EQ caregiver; FACES – medium balanced family type. Bold highlighted negative effects, normal font – positive; dashed line – lack of communication.

Рис. 1. Итоговая модель взаимосвязи индивидуально-личностных характеристик опекуна, семейной динамики, выраженности симптоматики и социального функционирования пациента

Fig. 1. Final model of the relationship of the individual-personality characteristics of the caregiver, family dynamics, severity of symptoms and social functioning of the patient

ционированием пациента полностью медируется фактором семейной динамики – повышение ЭИ опекуна ассоциировано с большей сбалансированностью семейной системы.

Обсуждение результатов исследования

Несмотря на отсутствие актуальных отечественных исследований социально-демографических характеристик лиц, осуществляющих уход за пациентами, и относительно небольшой объем исследованной нами выборки, попробуем составить предварительный «портрет» среднего представителя данной группы. Опекуном пациента больного шизофренией в России в основном является мать – женщина в возрасте от 42 до 64 лет, имеющая образование не ниже среднего специального, продолжающая трудовую

деятельность и проживающая совместно с пациентом. Указанные параметры целесообразно повторно проанализировать на более объемной выборке и дополнить данными, в частности, о семейном положении и социально-бытовой и материальной обеспеченности.

Нами получены неконсистентные данные относительно отсутствия снижения внутриличностного компонента эмоционального интеллекта как у самих больных, так и у их родственников на фоне достоверного снижения его межличностного компонента в обеих группах. Эти данные опровергают гипотезу о том, что результаты самооценочных методов оценки эмоционального интеллекта в большей степени связаны с представлениями индивида о своей личностной самоэффективности. В подобном случае, следовало бы ожидать равномерного снижения или повышения результатов, что соотносится с данными автора опросника, который математически показывает наличие достоверных корреляций между двумя основными компонентами ЭИ на здоровой выборке. Полученные данные, безусловно, нуждаются в дополнительном уточнении как посредством увеличения числа наблюдений, так и внедрением дополнительных методов оценки с целью прояснения причин обнаруженных различий. На сегодня рабочая гипотеза состоит в том, что обнаруженный феномен может быть связан с невысоким уровнем самопонимания и недостаточным развитием навыков саморефлексии в исследуемых группах. С такой точки зрения, оценка своих взаимоотношений и навыков коммуникации с окружающими людьми представляется более легкой задачей, чем предположительно. Тем самым объясняются достоверные снижения показателей шкалы межличностного эмоционального интеллекта.

В настоящей работе выявлен не только высокий процент нарушений семейной динамики среди испытуемых, но и их направление. Так, если говорить о факторе семейной сплоченности, который понимается как степень эмоциональной связи между членами семьи, то полученные на нашей выборке данные свидетельствуют об их значительной сепарированности и эмоциональной независимости

друг от друга, в большинстве случаев достигающей критических значений (разобщенный тип). Аналогичных отечественных исследований с использованием данного метода обнаружено не было, однако результаты работ, произведенных с использованием других методик оценки семейных взаимоотношений в данной нозологической группе (Коновалова, Холмогорова, 2013) демонстрируют сопоставимые результаты. Так, показано, что члены семей больных расстройствами шизофренического спектра, демонстрируют тенденцию к образованию внутрисистемных коалиций, наличие которых само по себе дисфункционально и не связано с эмоциональной близостью между членами семьи, которая снижается по мере течения заболевания. С другой стороны, в настоящем исследовании получены данные о преобладании экстремально низких значений показателей семейной адаптации, которые характеризуют семью как не имеющую четкой иерархии, лидера и отражают низкую ответственность членов семьи за принятие решений и выполнение семейных обязательств. Эти результаты расходятся с данными, полученными в уже упомянутом исследовании (Коновалова, Холмогорова, 2013). Там, напротив, выявлено увеличение семейной иерархичности по мере развития и течения заболевания. По данным автора опросника, хаотичные уровни семейной адаптации, с которыми они очень часто встречались в данном исследовании, могут являться следствием пребывания семейной системы в стрессовом состоянии. Если учитывать тот факт, что набор материала для настоящего исследования осуществлялся в условиях стационарирования пациентов, выступающего значительным стрессом для семьи и требующего перестройки семейных отношений, иерархии и перераспределения обязанностей, то обнаружение экстремальных уровней дезадаптации семьи представляется вполне естественным. Тем не менее, далеко не все семьи обнаружили столь низкие показатели. Таким образом, целью данной работы является попытка поиска объяснений обнаруженных различий.

Данные о наличии снижения показателей эмоционального интеллекта больных шизофренией хорошо представле-

ны в литературе (Рычкова, Холмогорова, 2014). Это согласуется с результатами текущего исследования, выявившего на основе анализа самоотчета пациентов недостаточность межличностного компонента ЭИ. Убедительных данных о межгрупповых различиях в зависимости от типа семейной системы, в которой функционирует пациент, в настоящем исследовании получено не было. Показано, что пациенты достоверно различаются только по общему показателю эмоционального интеллекта, который не рекомендуется автором опросника для самостоятельного рассмотрения. Полученные данные планируется уточнить в дальнейших исследованиях. Данная работа не претендует на представление полной картины факторов, определяющих социальную адаптивность пациентов, а сосредоточена на оценке влияния семейных факторов, поэтому результаты заполнения пациентами данной методики были временно исключены из заключительного анализа данных.

В данном исследовании показано, что статистически значимым межгрупповым различием опекунов больных шизофренией является степень их удовлетворенности жизнью, которая определяется как пребывание в состоянии психологического комфорта и социальной адаптированности. Более высокий показатель был выявлен у представителей среднесбалансированного типа семейной системы. В соответствии с полученными данными, исследования других авторов с использованием альтернативных методов оценки удовлетворенности опекунов своей ролью также демонстрируют связь между более позитивным опытом опекунов и меньшей выраженностью психопатологических симптомов у пациента и более гармоничными взаимоотношениями как на момент обследования, так и на этапе до появления симптомов заболевания (Kulhara et al., 2012). При этом процедура произведенного математического моделирования продемонстрировала отсутствие значимого вклада жизненной удовлетворенности опекуна и в семейную динамику, и в показатели социальной адаптации пациента. Указанный феномен может быть частично объяснен вкладом стрессового состояния, связанного с текущей госпитализацией подопечно-

го, который мог найти свое отражение в результатах заполнения опросника.

Еще одно межгрупповое различие состоит в том, что опекуны больных шизофренией по разному оценивали возможности своего эмоционального интеллекта – достоверное повышение по всем компонентам ЭИ фиксировалось у представителей более сбалансированного типа семьи. Эмоциональный интеллект, по определению автора опросни-

процессы обуславливают возможности социальной адаптации пациента. Важно отметить, что данная модель также демонстрирует связи межличностного компонента эмоционального интеллекта с возможностями социальной адаптации пациента через медирующий фактор – сбалансированность семейной системы. Показано, что большее развитие межличностного компонента ЭИ опекуна оказывает прямое влияние на степень гармо-

Полученные данные планируется уточнить в дальнейших исследованиях. Данная работа не претендует на представление полной картины факторов, определяющих социальную адаптивность пациентов, а сосредоточена на оценке влияния семейных факторов, поэтому результаты заполнения пациентами данной методики были временно исключены из заключительного анализа данных

ка, трактуется как способности индивида к пониманию и управлению эмоциями и своими собственными, и чужими. Эти способности проявляются в эффективности взаимодействия с окружающими людьми и способствуют лучшей социальной адаптации. Таким образом, развитый эмоциональный интеллект опекуна может выступать одним из факторов, определяющим качество взаимодействия в семьях. Последнее, в свою очередь, рассматривается, как связанное с прогнозом течения заболевания и выраженностью симптоматики (Wang, 2017).

ничности внутрисемейных отношений, которые, в свою очередь, оказываются значимым фактором успешности социальной адаптации пациента. В то же время, внутрисемейный компонент данного конструкта оказался не связан ни с характеристиками семейного взаимодействия, ни с показателями социальной адаптации пациента. Межличностный эмоциональный интеллект рассматривается авторами методики как способность индивида к пониманию и управлению эмоциями собеседника, содействующая эффективности коммуникации (Люсин,

Методом математического моделирования с учетом наиболее значимых переменных была построена модель взаимосвязи объективных клинических психосоциальных факторов. Было продемонстрировано, что негативные и общесоматические нарушения и семейные динамические процессы обуславливают возможности социальной адаптации пациента

Основной задачей данной работы являлся поиск факторов, способствующих расширению возможностей социальной адаптации пациентов с упором на семейные факторы. Однако их изолированное рассмотрение, без учета выраженности объективных психопатологических симптомов противоречило бы постулатам биопсихосоциальной модели. Методом математического моделирования с учетом наиболее значимых переменных была построена модель взаимосвязи объективных клинических психосоциальных факторов. Было продемонстрировано, что негативные и общесоматические нарушения и семейные динамические

2006). Обнаруженные в данном исследовании дисфункции в семейных отношениях больных шизофренией в основном характеризовались высокой разобщенностью членов семьи. Другие исследования также показывают, что опекуны больных шизофренией достаточно часто сообщают об ощущении эмоциональной дистанцированности и отдаленности от других членов семьи в связи с заболеванием родственника (Саqueo-Urizar, 2017). Авторами опросника FACES-3 также подчеркивается тот факт, что семейные дисфункции ассоциированы с нарушениями коммуникации в семье (Olson, 2000). Однако следует учиты-

Можно предположить, что недостаточно развитые способности межличностного общения, наблюдаемые у родственников больных шизофренией, оказывают негативное влияние на семейную сплоченность и нарушения внутрисемейной коммуникации, которая, в свою очередь, связана со снижением адаптационных возможностей пациента

вать, что значимые результаты были получены лишь в отношении одной шкалы опросника эмоционального интеллекта Д.В. Люсина, касающейся оценки индивидом своих возможностей в межличностной коммуникации, а также то обстоятельство, что термин «межличностный эмоциональный интеллект» является не вполне устоявшимся конструктом. Поэтому на данном этапе работы более корректным будет формулировать выводы с использованием «осторожных» формулировок таких, например, как «коммуникативная компетентность».

Таким образом, можно предположить, что недостаточно развитые способности межличностного общения, наблюдаемые у родственников больных шизофренией, оказывают негативное влияние на семейную сплоченность и нарушения внутрисемейной коммуникации, которая, в свою очередь, связана со снижением адаптационных возможностей пациента.

Выводы

1. Нарушения характеристик взаимодействия, описанные данными мето-

дики FACES-3, в семьях больных шизофренией равномерно представлены двумя степенями выраженности дисфункций (среднесбалансированный и экстремальный типы семьи). Они характеризуются эмоциональной разобщенностью членов семьи, препятствующей их эффективной коммуникации, и снижением адаптационных возможностей семейной системы.

2. Пациенты, проживающие в более сбалансированных семьях, имеют меньшую выраженность психопатологической симптоматики и более высокие уровни социального функционирования и качества жизни.
3. Опекуну пациентов из среднесбалансированных семей сообщают о большей жизненной удовлетворенности и компетентности в межличностных отношениях, по сравнению с представителями семей, имеющих экстремальную (несбалансированную) структуру.
4. В результате моделирования структурными уравнениями показано, что из всех исследованных параметров социальное функционирование пациентов с шизофренией определяют только два: выраженность негативной и обще-

соматической симптоматики и степень сбалансированности характеристик семейного взаимодействия. Большая выраженность психопатологической симптоматики и семейных дисфункций ассоциирована со снижением социального функционирования.

5. Подтвержденное в данном исследовании недостаточное развитие межличностного эмоционального интеллекта у родственников пациентов с шизофренией является значимым фактором, оказывающим негативное влияние на сбалансированность семейной системы.
6. Повышение эмоциональной и социальной компетентности опекунов пациентов больных шизофренией может являться одной из целей психосоциальных интервенций в семьи больных шизофренией.

Информация о грантах и благодарностях

Статья подготовлена в рамках выполнения научного проекта № 17-29-02173 при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ).

Acknowledgments

The paper is prepared under scientific project No. 17-29-02173 with financial support of the Russian Foundation for Basic Research (RFBR).

Литература:

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. – Москва: Медпрактика, 2007.

Зверева Н.В., Рошина И.Ф. Проблемы семьи в контексте клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 1. : [сайт]. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49967.shtml> – (дата обращения: 16.03.2019).

Коновалова А.Х., Холмогорова А.Б., Долныкова А.А. Репрезентации родительской семьи у больных шизоаффективными расстройствами и шизофренией // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № 4. – С. 70–95.

Красильникова Е.Д., Никольская И.М. Психологические характеристики семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. – 2012. – № 4. : [сайт]. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57308.shtml> – (дата обращения: 16.03.2019).

Люсин Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн // Психологическая диагностика. – 2006. – № 4. – С. 3–22.

Масловский С.Ю., Козловский В.Л. Измерение качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 29–32.

Панина Н.В. Индекс жизненной удовлетворенности // LifeLine и др. новые методы психологии жизненного пути / сост., ред. А.А. Кроник. – Москва: Прогресс-Культура, 1993. – С. 107–114.

Пашковский В.Э., Софронов А.Г., Федоровский И.Д., Добровольская А.Е. Сравнительный анализ показателей социальной адаптации больных параноидной шизофренией с различной частотой госпитализаций // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – № 3 (27). – С. 19–25.

Рычкова О.В. Исследования социального познания при шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № 1. – С. 63–89.

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22. – № 4. – С. 30–43.

Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Добровольская А.Е., Федоровский И.Д. Характеристика средовых патопластических факторов в клинической картине шизофрении // Медицинский академический журнал. – 2018. – № 1 (18). – С. 45–55.

Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. – Санкт-Петербург: Речь, 2003.

Albacete A., Bosque C., Custal N., Crespo J., Gilabert E., Albiach A., Menchón J., Contreras F. (2016) Emotional intelligence in non-psychotic first-degree relatives of people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 103–108. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.039

Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., Williams, D.R. (2017) Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1). doi: 10.1007/s11920-017-0756-z

Degnan, A., Baker, S., Edge, D., Nottidge, W., Noke, M., Press, C., Drake, R. (2018) The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(5), 714–727. doi: 10.1017/S0033291717002264

Kay S., Fiszbein A., Opler L. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261

Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. (2013) Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2(3), 43–48. doi: 10.5498/wjp.v2.i3.43

Lauber C., Eichenberger A., Luginbuhl P., Keller C., Rossler W. (2003) Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285–289. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.06.004

Lavoie M., Plana I., Bédard Lacroix J., Godmaire-Duhaime F., Jackson P., Achim A. (2013) Social cognition in first-degree relatives of people with schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 209(2), 129–35. doi: 10.1016/j.psychres.2012.11.037

Macgregor A., Norton J., Raffard S., Capdevielle D. (2017) Is there a link between biological parents' insight into their offspring's schizophrenia and their cognitive functioning, expressed emotion and knowledge about disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 76, 98–103. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.013

Martens L., Addington J. (2001) The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 128–133. doi: 10.1007/s001270050301

Martorell A., Pereda A., Salvador-Carulla L., Ochoa S., Ayuso-Mateos J. (2007) Validation of the Subjective and Objective Family Burden Interview (SOFBI/ECFOS) in primary caregivers to adults with intellectual disabilities living in the community. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 892–901. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.00962.x

Morosini P, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–329. doi: 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x

Olson D. (2000) Circumplex Model of Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144–167. doi: 10.1111/1467-6427.00144

Pakenham K., Chiu J., Bursnall S., Cannon T. (2007) Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 89–102. doi: 10.1177/1359105307071743

Parabiaghi A., Lasalvia A., Bonetto C., Cristofalo D., Marrella G., Tansella M., Ruggeri M. (2007) Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: A 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 437, 66–76. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01094.x

Seeman M. (2009) The changing role of mother of the mentally ill: From schizophrenogenic mother to multigenerational caregiver. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 284–294. doi: 10.1521/psyc.2009.72.3.284

Veltman A., Cameron J., Stewart D. (2002) The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190, 108–114. doi: 10.1097/00005053-200202000-00008

Wang X., Chen Q., Yang, M. (2017) Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1505–1511. doi: 10.2147/PPA.S143873

Wearden A., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T., Rahill A. (2000) A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633–666. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00008-2

References:

Albacete A., Bosque C., Custal N., Crespo J., Gilabert E., Albiach A., Menchón J., Contreras F. (2016) Emotional intelligence in non-psychotic first-degree relatives of people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 103–108. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.039

Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., Williams, D.R. (2017) Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1). doi: 10.1007/s11920-017-0756-z

Degnan, A., Baker, S., Edge, D., Nottidge, W., Noke, M., Press, C., Drake, R. (2018) The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(5), 714–727. doi: 10.1017/S0033291717002264

Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., & Nikolskaya I.M. (2003). Family diagnosis and family psychotherapy. A manual for doctors and psychologists. SPb., Rech.

Gurovich I.Ya., & Shmukler A.B. (2007). Workshop on psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of the mentally ill. Moscow, Medpraktika.

Kay S., Fiszbein A., Opler L. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261

Konovalova A.Kh., Kholmogorova A.B., & Dolnykova A.A. (2013). Representation of the parental family in patients with schizoaffective disorders and schizophrenia. [Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya], 4, 70–95.

Krasilnikova E.D., & Nikolskaya I.M. (2012). Psychological characteristics of a family raising children with different types of mental development disorders. [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 4. Retrieved from: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57308.shtml> (accessed March 16, 2019).

- Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. (2013) Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2(3), 43–48. doi: 10.5498/wjp.v2.i3.43
- Lauber C., Eichenberger A., Luginbuhl P., Keller C., Rossler W. (2003) Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285–289. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.06.004
- Lavoie M., Plana I., Bédard Lacroix J., Godmaire-Duhaime F., Jackson P., Achim A. (2013) Social cognition in first-degree relatives of people with schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 209(2), 129–35. doi: 10.1016/j.psychres.2012.11.037
- Lyusin D.V. (2006). A new methodology for measuring emotional intelligence: Emin questionnaire. [*Psikhologicheskaya diagnostika*], 4, 3–22.
- Macgregor A., Norton J., Raffard S., Capdevielle D. (2017) Is there a link between biological parents' insight into their offspring's schizophrenia and their cognitive functioning, expressed emotion and knowledge about disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 76, 98–103. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.013
- Martens L., Addington J. (2001) The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(3), 128–133. doi: 10.1007/s001270050301
- Martorell A., Pereda A., Salvador-Carulla L., Ochoa S., Ayuso-Mateos J. (2007) Validation of the Subjective and Objective Family Burden Interview (SOFBI/ECFOS) in primary caregivers to adults with intellectual disabilities living in the community. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 892–901. doi: 10.1111/j.1365-2788.2007.00962.x
- Maslovsky S.Yu., & Kozlovsky V.L. (2009). Measurement of the quality of life of patients with schizophrenia during maintenance therapy. [*Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*], 3, 29–32.
- Morosini P., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–329. 10.1111/j.1600-0447.2000.tb10933.x
- Olson D. (2000) Circumplex Model of Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144–167. doi: 10.1111/1467-6427.00144
- Pakenham K., Chiu J., Bursnall S., Cannon T. (2007) Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 89–102. doi: 10.1177/1359105307071743
- Panina N.V. (1993). Life Satisfaction Index. [*LifeLine i dr. novye metody psikhologii zhiznennogo puti*]. Moscow, Progress-Kultura, 107–114.
- Parabiaghi A., Lasalvia A., Bonetto C., Cristofalo D., Marrella G., Tansella M., Ruggeri M. (2007) Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: A 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 437, 66–76. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01094.x
- Pashkovsky V.E., Sofronov A.G., Fedorovsky I.D., & Dobrovolskaya A.E. (2017). Comparative analysis of indicators of social adaptation of patients with paranoid schizophrenia with frequent hospitalization. [*Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*], 3 (27), 19–25.
- Rychkova O.V. (2013). Studies of public knowledge in schizophrenia. [*Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*], 1, 63–89.
- Rychkova O.V., & Kholmogorova A.B. (2014). Main theoretical approaches to the study of violations of public cognition in schizophrenia: current status and development prospects [*Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*], 22(4), 30–43.
- Seeman M. (2009) The changing role of mother of the mentally ill: From schizophrenogenic mother to multigenerational caregiver. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(3), 284–294. doi: 10.1521/psyc.2009.72.3.284
- Sofronov A.G., Pashkovsky V.E., Dobrovolskaya A.E., & Fedorovsky I.D. (2018). Description of environmental pathoplastic factors in the clinical picture of schizophrenia. [*Meditsinskiy akademicheskij zhurnal*], 1(18), 45–55.
- Veltman A., Cameron J., Stewart D. (2002) The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190, 108–114. doi: 10.1097/00005053-200202000-00008
- Wang X., Chen Q., Yang, M. (2017) Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1505–1511. doi: 10.2147/PPA.S143873
- Wearden A., TARRIER N., Barrowclough C., Zastowny T., Rahill A. (2000) A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633–666. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00008-2
- Zvereva N.V., & Roshchina I.F. (2012). Family problems in clinical psychology. [*Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*, 1. Retrieved from: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49967.shtml> (accessed March 16, 2019).