

ОБЪЕКТИВНОЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ БРЕМЯ СЕМЬИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Процесс деинституализации психически больных, основанный на гуманистической идее и распространяющийся во всех странах мира, требует проведения большой и многосторонней организационной работы. Среди многочисленных действий, направленных на реорганизацию психиатрической службы для осуществления качественной психиатрической помощи во внебольничных условиях, упоминаются как необходимость внимания к семьям, так и взаимодействие с родственниками психически больных [6, 30]. И это неслучайно, поскольку процесс деинституализации предполагает возрастающее участие семьи в поддержке больного в различных аспектах его жизни: это и физическая, и эмоциональная, и частично финансовая помощь, а также участие близкого окружения больного в лечебном и реабилитационном процессах. При этом важно учитывать, что лица, опекающие человека, страдающего тяжелым психическим расстройством, подвергаются риску обременения, а следовательно, и риску ухудшения собственного здоровья [7, 11, 25].

Важно упомянуть, что под семейным бременем понимаются «все трудности и проблемы, с которыми сталкивается семья в результате чьей-либо болезни» [29]. Понятие «бремя семьи» не ограничивается сложностями, относящимися к осуществлению практической помощи, и включает субъективные элементы, относящиеся к эмоциональным трудностям и проблемам микросоциального окружения [9]. Как результат обремененности ряд исследований указывают на плохое состояние здоровья опекающих лиц, возрастание риска развития депрессий, особенно у женщин, а также наличие психологического стресса [12, 34].

Зарубежные исследования, изучающие детерминанты, связанные с бременем семьи больного, позволили сгруппировать их в несколько кластеров: 1) связанные с характером заболевания; 2) клинические и социально-демографические; 3) социально-психологические [36]. Одновременно показано, что

возрастанию обремененности способствуют ряд характеристик лиц, осуществляющих уход за пациентом: пожилой возраст, депрессивная симптоматика, ограниченность социальных связей и отсутствие сторонней помощи в сопровождении больного, а также наличие других членов семьи, требующих дополнительного внимания и опеки помимо больного [31]. Все это подчеркивает значимость оказания помощи лицам, опекающим больных с тяжелыми психическими расстройствами.

Отечественные исследователи, стремясь персонализировать мишени психосоциальных воздействий на семейном уровне, активно изучают психологические характеристики родственников и больных с заболеваниями шизофренического спектра, выделяя различные уровни адаптационно-превентивного потенциала семьи и демонстрируя эффекты тех или иных воздействий [2–5].

В то же время в отечественной литературе вклад социо-демографических и клинических характеристик больных в интенсивность и структуру проявлений семейного бремени остается недостаточно изученным, что, несомненно, важно для улучшения лечебных и психосоциальных стратегий и поддержки семьи.

Цель настоящего исследования: изучение взаимосвязей семейной обремененности с клинико-anamнестическими и социо-демографическими характеристиками пациентов.

Материалы и методы исследования

Всего было обследовано 140 человек: 70 респондентов – родственники больных, проходивших добровольное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева, и 70 опекаемых пациентов.

Критериями включения в исследование для опекающих лиц были: возраст от 18 до 85 лет, подписанное добровольное информированное согласие

для участия в исследовании, соответствие диагноза опекаемых лиц критериям рубрики F2 по МКБ-10. Критериями исключения являлись: отказ от участия на любом из этапов исследования, участие в психосоциальных семейных интервенциях в течение последних трех месяцев, неполное заполнение опросников.

Критерии включения для пациентов: возраст от 18 до 70 лет, добровольное информированное согласие на участие в исследовании, добровольное лечение в психиатрическом стационаре, этап формирования медикаментозной ремиссии. Критериями исключения у больных были: диагнозы пациентов, отличные от рубрики F2; отказ от участия в исследовании на любом из его этапов.

Использовались социально-демографический, анамнестический, клинико-психопатологический и психометрический методы.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовалась Краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS), разработанная J.F.Overall и D.Gorham в 1962 году [24]. Шкала состоит из 18 пунктов, описывающих шесть синдромов: «Тревожная депрессия», «Нарушения мышления», «Апатия», «Заторможенность», «Подозрительность/ враждебность», «Возбуждение/напряжение». Каждый пункт оценивается по семибалльной шкале: от 1 (симптоматика отсутствует) до 7 баллов (симптоматика крайне выражена). Оценка состояния в целом проводилась по общему суммарному баллу шкалы: низкий – до 40, средний – 40–60 баллов, высокий – выше 60.

Шкала негативной психопатологической симптоматики (Scale for the assessment of negative symptoms = SANS) – клиническая рейтинговая шкала для оценки структуры и степени выраженности негативной психопатологической симптоматики [1, 22]. Данная шкала состоит из 25 пунктов (симптомов), сгруппированных в пять субшкал: «Уплотнение и ригидность аффекта», «Нарушения речи», «Апато-булические расстройства», «Ангедония/асоциальность», «Внимание». Каждый из признаков также оценивается по степени тяжести от 0 (нарушения отсутствуют) до 5 (тяжёлые нарушения) баллов. Низкому уровню негативной симптоматики соответствовал общий балл менее 30, среднему уровню – 30–60 баллов, высокому уровню – более 60 баллов.

Оценка семейного бремени родственников проводилась с использованием Интервью для оценки бремени Зарит (Zarit Burden Interview – ZBI), адаптированного для диагностики семейной обременённости лиц, опекающих эндогенных больных. Опросник состоит из 22 вопросов, распределённых на пять групп, описывающих определённые аспекты (факторы) переживания семейного бремени: «Финансовая/физическая нагрузка», «Дефицит времени/зависимость пациента», «Эмоциональное напряжение», «Неопределённость», «Самокритика» [36].

Ответы на каждый вопрос оцениваются с помощью пятибалльной шкалы Лайкерта: от 0 (никогда) до 4 баллов (почти всегда). Шкала оценивает факторную структуру семейной обременённости и её общую интенсивность через средние значения по четырем уровням выраженности: 0–1 – минимальная; 1,1–2 – слабая; 2,1–3 – средняя; 3,1–4 – высокая; а также через общий суммарный балл: 0–20 – обременённость отсутствует или выражена минимально; 21–40 – слабая обременённость; 41–60 – средняя обременённость, 61–88 – высокий уровень бремени.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 23.0. Проверка нормальности распределения выполнена по критерию Колмогорова-Смирнова. Корреляционный анализ проведён по коэффициентам ранговой корреляции Спирмена (сила связи: 0–0,3 слабая; 0,31–0,5 средняя; 0,51–0,7 умеренная; 0,71–0,9 высокая; 0,91–1 очень высокая). Дисперсионный анализ для данных с порядковыми шкалами проведён с использованием U-критерия Манна-Уитни. Для групп, различающихся на уровне статистической значимости $p \leq 0,05$, вычислялись размеры эффектов по критериям Cohen's d (отсутствует $\leq 0,19$, слабый 0,2–0,49, средний 0,5–0,79, сильный $\geq 0,8$). Уровень значимости статистических данных – 95%.

Результаты

Среди обследованных пациентов с расстройствами шизофренического спектра были: 51 (72,9%) женщина и 19 (27,1%) мужчин. Средний возраст больных составил $40,1 \pm 10,1$ года, а вся обследованная выборка была разделена на четыре возрастные группы: 20–29 лет – 8 (11,4%) человек, 30–39 лет – 26 (37%), 40–49 лет – 27 (38,6%), лица старше 50 лет – 9 (12,9%). 35 (50%) больных работали. 27 (38,6%) имели группу инвалидности. В обследованной выборке 22 (31,4%) пациента состояли в официальном браке, 20 (28,6%) имели собственных детей. Средняя продолжительность заболевания – $14,2 \pm 7,3$ года, а средний возраст дебюта – $26,6 \pm 9$ лет. Среднее количество госпитализаций – 6 ± 5 .

Средний возраст лиц, опекающих пациентов – $54,1 \pm 12,2$ лет. 50 (71,4%) женщин и 20 (28,6%) мужчин. Среди родственников: 45 (64,2%) человек – родители больных: 41 (58,5%) мать и 4 (5,7%) отца; 7 (10%) человек – дети пациентов: 3 (4,3%) дочери и 4 (5,7%) сына; 12 (17,1%) человек – супруги: 10 (14,3%) мужей и 2 (2,9%) жены; 6 (8,6%) – сиблинги: 2 (2,9%) брата и 4 (5,7%) сестры. Среднее значение общего показателя семейного бремени в общей выборке обследованных родственников составило $52,8 \pm 15,1$ балла, что соответствует среднему уровню. При этом распределение было следующим: минимальная выраженность – у 1 (1,4%), слабая – у 19 (27,1%), средняя – у 36 (51,4%), высокая – у 14 (20,1%). Структура семейного бремени по шкале ZBI представлена в табл. 1.

Таблица 1

Средние значения показателей шкалы ZBI родственников психотических больных

	Квартили			M(SD)
	Q25	Медиана	Q75	
Физическая/финансовая нагрузка	1,3	2	2,5	2 (0,9)
Дефицит времени/зависимость пациента	1,8	2,5	3,7	2,7 (1)
Эмоциональное напряжение	2,3	2,5	3	2,6 (0,9)
Неопределённость	2,5	3	3,5	2,9 (0,8)
Самокритика	1,5	2	2,5	2 (0,8)

Среди параметров, составляющих бремя семьи, показатели фактора «Неопределённость» у 50% обследованных достигали средних или высоких значений, а у 50% – слабых. Средние значения фактора «Дефицит времени/зависимость пациента» по своим показателям интенсивности распределялись на три группы: слабая, средняя и высокая – в каждой из которых было более чем 25% случаев. Средние значения фактора «Эмоциональное напряжение» у 75% опекающих лиц соответствовали слабой выраженности, а у 25% отмечалась средняя и высокая интенсивность семейного бремени. Значения факторов «Физическая/финансовая нагрузка» и «Самокритика» более чем у 50% опрошенных были слабыми по своей интенсивности, а у остальных достигали средних величин.

Корреляционный анализ показателей шкалы ZBI не выявил достоверные взаимосвязи ($p \leq 0,05$) с возрастом обследованных больных.

Таблица 2

Различия факторов и общего балла шкалы ZBI в группах родственников, опекающих пациентов разных возрастных групп

	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50 и более лет
	M(SD), n=8	M(SD), n=26	M(SD), n=27	M(SD), n=9
Физическое/финансовое напряжение	2,2 (1,3)	2 (1,1)	1,5 (1)*	1,8 (0,9)
Дефицит времени/зависимость пациента	2,6 (1,1)	2,5 (0,8)	1,9 (0,9)*	2,2 (0,9)
Эмоциональное напряжение	2,4 (1,3)	2,3 (1)	2 (1,2)	2,4 (0,9)
Неопределённость	3,5 (0,7)	3,6 (0,9)	3 (0,9)	3,4 (0,9)
Самокритика	2,9 (0,8)	2,6 (0,8)	2,2 (1)	2,7 (0,8)
Суммарный балл	57,5 (18)	54,6 (13,3)	43,9 (18,4)*	49,5 (10,1)

Примечания: * – $p \leq 0,05$.

Данные дисперсионного анализа по выраженности семейной обременённости у родственников, опекающих пациентов разных возрастных групп, представлены в табл. 2.

При сравнении выраженности обременённости по четырем возрастным группам были выявлены достоверные различия: так родственники, помогающие пациентам в возрасте 40–49 лет, испытывали наименьший ($p \leq 0,05$) уровень обременённости в сравнении с теми, кто опекал более молодых или более возрастных (50 и более лет – $49,5 \pm 10,1$) пациентов. При этом наибольшее значение для формирования интенсивности семейного бремени имели факторы «Физическая/финансовая нагрузка» и «Нехватка времени/зависимости пациента», показатели которых были существенно ниже ($p \leq 0,05$) у родственников пациентов после 40 лет по сравнению с теми, кто опекал больных в возрасте 20–29 лет и 30–39 лет.

Дисперсионный анализ обременённости родственников, опекавших пациентов разного пола, состоявших в браке или холостых, имевших собственных детей или бездетных, не выявил достоверных различий.

Дисперсионный анализ показателей шкалы ZBI в группах родственников, опекающих пациентов с разным социально-трудовым статусом, представлен в табл. 3.

Сравнение выраженности семейного бремени у лиц, опекающих больных с разным трудовым статусом, обнаружило, что родственники работающих пациентов испытывали меньшую обременённость.

Таблица 3

Различия факторов и общего балла шкалы ZBI в группах родственников, опекающих пациентов с различным социально-трудовым статусом

	Трудовой статус		Наличие инвалидности	
	Работающие (учащиеся) M(SD), n=35	Безработные (не учаща) M(SD), n=35	Есть M(SD), n=27	Нет M(SD), n=43
Физическое/финансовое напряжение	1,6 (0,9)**	2,6 (0,8)	2,3 (1)**	1,5 (1)
Дефицит времени/зависимость пациента	1,7 (0,7)*	2,4 (0,9)	2,9 (0,8)**	1,6 (1)
Эмоциональное напряжение	2,1 (0,9)*	2,8 (0,9)	3 (1,1)**	1,8 (1,1)
Неопределённость	3,2 (0,9)	3,4 (0,8)	3,2 (1,7)	2,9 (1,3)
Самокритика	1,8 (0,6)*	2,7 (0,7)	2,8 (1,1)	2,4 (1,3)
Суммарный балл	44,1 (14)*	60,2 (16,5)	61,4 (14,1)**	40,7 (16,7)

Примечания: указаны $M(x) \pm SD$ при Cohen's $d \geq 0,2-0,49^*$ – слабый размер эффекта; Cohen's $d 0,5-0,79^{**}$ – средний размер эффекта; Cohen's $d \geq 0,8^{***}$ – высокий размер эффекта.

ность – по общему баллу ZBI (44,1±14,4 vs 60,2±16,5 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$), «Физической/финансовой нагрузке» (1,6±0,9 vs 2,6±0,8 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$), «Нехватке времени/зависимости пациента» (1,7±0,7 vs 2,4±0,9 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$), «Эмоциональному напряжению» (2,1±0,9 vs 2,8±0,9 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$) и «Самокритике» (1,8±0,6 vs 2,7±0,7 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,4$) в сравнении с теми, кто помогал безработным больным. Похожие данные получены и при наличии или отсутствии группы инвалидности у опекаемого больного: родственники инвалидизированных пациентов выявили более высокие показатели ZBI по общему баллу (61,4±14,1 vs 40,7±16,7 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$), «Физической/финансовой нагрузке» (2,3±1 vs 1,5±1 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$), «Нехватке времени/зависимости пациента» (2,9±0,8 vs 1,6±1 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,6$) и «Эмоциональному напряжению» (3±1,1 vs 1,8±1,1 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,5$).

Изучение влияния течения заболевания на выраженность бремени семьи выявило ряд закономерностей. Так, корреляционный анализ обнаружил наличие достоверных отрицательных связей слабой интенсивности между длительностью заболевания и общим баллом опросника ZBI ($r=-0,32$, $p \leq 0,05$) и факторами «Неопределённость» ($r=-0,44$, $p \leq 0,05$) и «Самокритика» ($r=-0,3$, $p \leq 0,05$). Сравнение интенсивности бремени семьи у родственников пациентов при первом стационарном лечении показало более высокие значения по фактору ZBI «Дефицит времени/зависимость пациента» ($p \leq 0,05$) в сравнении с теми, кто опекал неоднократно лечившихся больных (3,1±1 и 2,4±0,8 соответственно, $p \leq 0,05$; Cohen's $d=0,3$).

Данные, полученные с использованием шкалы BPRS, показали, что среднее значение общего балла в выборке пациентов с шизофренией составило 56,2±10,6, что соответствует среднему уровню

выраженности психопатологической симптоматики. При этом у 3 (4,3%) из обследованных была выявлена низкая интенсивность патопсихологических симптомов, у 43 (61,4%) пациентов – средняя, а у 24 (32,3%) – высокая интенсивность.

Анализ данных по шкале SANS показал, что среднее значение общего балла в выборке составило 51±13,3, что соответствует среднему уровню негативной симптоматики. При этом у 57 (81,4%) обследованных пациентов была выявлена средняя интенсивность негативных симптомов, а у 13 (19,6%) пациентов – высокая.

Корреляционный анализ между показателями шкалы BPRS и параметрами опросника семейного бремени ZBI представлен в табл. 4.

Все выявленные взаимосвязи относятся к диапазону корреляций слабой и средней силы. Наибольшее количество корреляций средней силы с показателями BPRS («Нарушения мышления», «Апатия/заторможенность», «Подозрительность/враждебность») продемонстрировал фактор ZBI «Дефицит времени/зависимость пациента» и её общий суммарный балл ($p \leq 0,05$). Для «Физической/финансовой нагрузки» были характерны средние корреляции с синдромами BPRS «Нарушения мышления», «Апатия/заторможенность» ($p \leq 0,05$). Фактор ZBI «Эмоциональное напряжение» имеет средние взаимосвязи с показателями BPRS «Нарушения мышления», «Возбуждённость/напряжение» ($p \leq 0,05$), а «Неопределённость» корреляции средней интенсивности с синдромами BPRS «Тревожная депрессия» и «Подозрительность/враждебность» ($p \leq 0,05$). Для фактора «Самокритика» характерна всего одна связь средней силы с синдромом «Нарушения мышления» по BPRS ($p \leq 0,05$). Суммарный балл шкалы BPRS имеет среднюю интенсивность корреляций со всеми компонентами семейной обременённости и умеренную корреляцию с суммарным баллом ZBI ($p \leq 0,05$).

Таблица 4

Корреляционный анализ синдромов и суммарного балла шкалы BPRS и параметров семейной обременённости ZBI

	Тревожная депрессия	Нарушения мышления	Апатия/заторможенность	Подозрительность/враждебность	Возбуждённость/напряжение	Суммарный балл
Физическая/финансовая нагрузка	0,16	0,44*	0,31*	0,16	0,26	0,5*
Дефицит времени/зависимость пациента	0,08	0,39*	0,38*	0,33*	0,1	0,49*
Эмоциональное напряжение	-0,03	0,39*	0,19	0,2	0,34*	0,4*
Неопределённость	0,36*	0,2	0,28	0,38*	0,1	0,5*
Самокритика	0,12	0,3*	0,19	0,17	0,25	0,38*
Суммарный балл	0,16	0,51*	0,39*	0,32*	0,28	0,63*

Примечания: * – $p \leq 0,05$.

**Корреляционный анализ субшкал и суммарного балла шкалы SANS
и параметров семейной обременённости ZBI**

	Уплотнение и ригидность аффекта	Нарушения речи	Апато-абулические расстройства	Ангедония/асоциальность	Внимание	Суммарный балл
Физическая/финансовая нагрузка	0,32*	0,3	0,31*	0,19	0,32*	0,27
Дефицит времени/зависимость пациента	0,17	0,14	0,31*	0,4**	0,32*	0,31*
Эмоциональное напряжение	0,3	0,3	0,22	0,34*	0,27	0,2
Неопределённость	0,22	0,2	0,16	0,19	0,06	0,05
Самокритика	0,35*	0,27	0,19	0,16	0,08	0,15
Суммарный балл	0,37*	0,31*	0,36*	0,38*	0,34*	0,33*

Примечания: * – $p \leq 0,05$.

Проведён корреляционный анализ между показателями шкалы SANS и ZBI (табл. 5).

Суммарный балл шкалы ZBI имеет достоверные положительные корреляции слабой и средней интенсивности со всеми субшкалами SANS. Наибольшим количеством средних связей с параметрами SANS обладают факторы ZBI: «Физическая/финансовая нагрузка», «Дефицит времени/зависимость пациента», вторая субшкала имеет также достоверную среднюю взаимосвязь с суммарным баллом SANS ($p \leq 0,05$). Для первой характерны корреляции с «Уплотнением/ригидностью аффекта», «Апато-абулическими расстройствами», «Нарушениями внимания» ($p \leq 0,05$), для второй – с «Апато-абулическими расстройствами», «Ангедонией/асоциальностью» и «Нарушениями внимания» ($p \leq 0,05$). Фактор «Неопределённость» не обнаруживает достоверных взаимосвязей с параметрами SANS. Для фактора ZBI «Эмоциональное напряжение» выявлена средняя корреляция с «Ангедонией/асоциальностью», а «Самокритика» имеет достоверный средний уровень взаимосвязи с «Уплотнением/ригидностью аффекта» ($p \leq 0,05$). Суммарный балл ZBI имеет средние корреляции со всеми показателями шкалы SANS ($p \leq 0,05$).

Обсуждение

В нашем исследовании показатели обременённости родственников психотических пациентов в 71,5% достигали средней или высокой интенсивности, что подтверждает данные многочисленных исследований, указывающих на распространённость бремени семьи от 52 до 90% среди лиц, опекающих психически больных [13, 21, 33, 37]. При этом интенсивность показателей объективной и субъективной нагрузки в общей выборке респондентов распределялась достаточно равномерно, что перекликается с данными V.Lasebikan и O.Ayinde [21].

Выявленные в нашей работе взаимосвязи между показателями бремени семьи и такими параметрами социо-демографии пациентов, как возраст, наличие

трудовой занятости или инвалидности сопоставимы с ранее опубликованными результатами [19, 35]. Исследование Y.Кауа [19] описывало большую обременённость у лиц, опекавших пациентов молодого возраста, что объяснялось недостаточной адаптацией близких больного к изменениям в образе жизни из-за развития заболевания. Также в большинстве исследований говорится о значимости уровня социального функционирования пациента, определяющего интенсивность бремени семьи, что в нашем исследовании отражается как в выявленной низкой обременённости лиц, опекающих трудоустроенных больных, так и в высоком бремени родственников, осуществляющих сопровождение инвалидов [16]. Для всех трёх описанных социо-демографических параметров характерны интенсивные взаимосвязи с показателями объективной обременённости «Физическая/финансовая нагрузка» и «Дефицит времени/зависимость пациента», что свидетельствует о том, что более взрослые, работающие, неинвалидизированные пациенты в значительной степени самостоятельны и способны вносить существенный вклад (в т.ч. финансовый) в функционирование своей семьи. Помимо этого, два из описанных параметров оказывают влияние и на субъективное восприятие бремени. Так, наличие трудовой занятости способствует ослаблению переживания «Самокритики» и «Эмоционального напряжения», а инвалидизация опекаемого лица усиливает субъективное бремя родных, проявляясь в их «Эмоциональном напряжении».

Работы E.Yazici и соавт. [35] и L.Gülseren и соавт. [16] отмечают взаимосвязь интенсивности семейной обременённости с такими показателями течения заболевания, как количество госпитализаций и длительность заболевания, что сопоставимо с данными, полученными в нашем исследовании. При этом длительность заболевания взаимосвязана в основном с субъективными переживаниями семейного бремени («Неопределённость», «Само-

критика»), тогда как частота госпитализаций сопровождается усилением объективных проявлений обременённости («Дефицит времени/зависимость пациента»), что можно объяснить ухудшением социального функционирования пациента при многократных обострениях заболевания.

Выявленные у обследованных пациентов низкие и средние значения по BPRS объяснимы фазой формирования медикаментозной ремиссии, во время которой проводилось обследование [8]. Проявления негативной симптоматики средней интенсивности (по шкале SANS) у обследованных больных согласуется с данными L.Rabani и соавт. [26] и E.Cernis и соавт. [10] и является типичным для пациентов с шизофренией вне фазы обострения.

Данные корреляционного анализа в нашем исследовании показали значимость преимущественно негативной симптоматики для формирования семейной обременённости. Однако отдельные факторы бремени семьи имеют корреляции и с продуктивной симптоматикой, что сопоставимо с результатами ранее опубликованных работ. Так, работа D.Ukpong [32] свидетельствовала, что основную роль в формировании бремени семьи играла негативная симптоматика, в то время как другие исследователи [18, 20] описывали большой вклад продуктивной симптоматикой в интенсивность обременённости родственников больного. А в работах M.A.González-Torres и соавт. [14] и J.Gutiérrez-Maldonado и A.Caqueo-Urizar [17] описывалось усугубление семейного бремени за счёт частых обострений продуктивной симптоматики, способствующих нарастанию негативных симптомов, значительно ухудшающих социальное функционирование больных.

Любопытно, что, несмотря на прямую взаимосвязь интенсивности общего балла по шкале BPRS с показателями семейной обременённости, наиболее интенсивные связи (и по силе, и по количеству корреляций) обнаруживают показатели «Нарушения мышления» и «Апатия/заторможенность», которые оказывают влияние как на объективную, так и субъективную обременённость близкого окружения. Для проявлений, отражающих продуктивную симптоматику, характерны корреляции только с двумя факторами субъективной нагрузки («Эмоциональным напряжением» и «Неопределённостью») и с одним, отражающим объективную обременённость («Дефицит времени/зависимость пациента»). А аффективные проявления имеют только одну слабую связь с

фактором субъективной обременённости семьи «Неопределённость».

Дальнейший анализ выраженности различных проявлений негативной симптоматики по шкале SANS продемонстрировал наибольшую взаимосвязь «Ангедонии/асоциальности» и «Апато-абулических расстройств» как с проявлениями объективной, так и субъективной обременённости.

Полученные нами результаты в целом подтвердили данные зарубежных коллег о негативном влиянии выраженности различных доменов психопатологической симптоматики (позитивных, негативных и когнитивных расстройств) на семейную обременённость [23, 27, 28]. Также в нашем исследовании, вопреки данным P.Grandon и соавт. [15], было установлено, что именно интенсивность негативной симптоматики ассоциирована с выраженностью как объективной, так и субъективной обременённости опекающих лиц.

Ограничения исследования. Для данного исследования характерен ряд ограничений: 1) преобладание в исследованной выборке женщин как среди пациентов, так и среди опекающих лиц, затрудняющее гендерную оценку семейной обременённости; 2) опрос проводился среди родственников больных, проходивших добровольное лечение в стационаре, что затрудняет их экстраполяцию на всю выборку семей больных и требует углубленного изучения.

Выводы

Несмотря на отсутствие высокой выраженности симптоматики у обследованных пациентов, ощущение обременённости у опекающих их родственников достаточно интенсивно. На выраженность семейного бремени оказывают влияние как негативная, так и продуктивная симптоматика

При этом наибольший вклад в семейную обременённость вносят негативные симптомы, являющиеся не столь очевидными для врачей-психиатров по сравнению с продуктивными проявлениями и остающиеся трудными для лечения, а также количество госпитализаций пациента.

Планирование психосоциальной помощи по адаптации членов семьи больных шизофренией должно учитывать синдромальные особенности и ряд социодемографических характеристик пациента, а также соотноситься с объективными и субъективными трудностями опекающих лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанович М.В. Клинические шкалы оценки негативного синдрома при шизофрении // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2017. №1. С. 25–31.
2. Гуткевич Е.В. Адаптационно-превентивный потенциал семьи психически больного как фактор общественного здравоохранения // Психиатрия, 2018. № 79. С. 61–68.
3. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами: Автореф. дисс... докт. Мед. наук. М., 2012.
4. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19. № 1. С. 65–75.
5. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Алиева Л.М. Инновационно-реформаторский потенциал общественной организации «Семья и психическое здоровье» // Психиатрия. 2018. № 79. С. 13–22.
6. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Костюк Г.П. Стационарная психиа-

- трическая помощь: деинституализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 24. № 4. С. 97–99.
7. Ampalam P., Gunturu S., Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic mental illness // Indian J. Psychiatry. 2012. Vol. 54. P. 239–243.
 8. Anderson A.E., Reise S.P., Marder S.R., Mansolf M., Han C., Bilder R.M. Disparity between General Symptom Relief and Remission Criteria in the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): A Post-treatment Bifactor Item Response Theory Model // Innov. Clin. Neurosci. 2017. Vol. 14. P. 41–53.
 9. Carers U.K. What is caring? Sales Family burden and quality of life // Qual. Life Res. 2003. Vol.12. P. 33–41.
 10. Cernis E., Vassos E., Brébion G., McKenna P., Murray R., David A., Maccabe J. Schizophrenia patients with high intelligence: A clinically distinct sub-type of schizophrenia? // Eur. Psychiatr. 2015. Vol. 30. P. 448–453.
 11. Chang H-Y., Chiou C-J., Chen N-S. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health // Arch. Geront. Geriatr. 2010. Vol. 50. P. 267–271.
 12. Ennis E., Bunting B.P. Family burden and personal mental health // BMC Public Health. 2013. Vol.13. P. 255.
 13. Ganguly K.K., Chadde R.K., Singh T.B. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study // Am. J. Psychiatry Rehab. 2010. Vol. 161. P. 850–856.
 14. González-Torres M.A., Oraa R., Aristegui M. et al. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007. Vol. 42. P. 14–23.
 15. Grandon P., Jenaro C., Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables // Psychiatr. Res. 2008. Vol. 158. P. 335–343.
 16. Gülseren L., Cam B., Karakoç B., Yiğit T., Danacı A.E., Cubukçuoğlu Z., Taş C., Gülseren S., Mete L. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia // Turk Psikiyatri. Derg. 2010. Vol. 21. P. 203–212.
 17. Gutiérrez-Maldonado J., Caqueo-Urizar A., Ferrer-García M. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidem. 2009. Vol. 44. P. 343–348.
 18. Hjärthag F., Helldin L., Karilampi U., Norlander T. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010. Vol. 45. P. 275–283.
 19. Kaya Y., Fatma O. Global Social Functioning of Patients with Schizophrenia and Care Burden of Caregiving Relatives // J. Psychiatr. Nurs. 2019. Vol. 10. P. 28–38.
 20. Koutra K., Triliva S., Roumeliotaki T., Basta M., Lionis C., Vgontzas A.N. Family Functioning in First-Episode and Chronic Psychosis: The Role of Patient's Symptom Severity and Psychosocial Functioning // Community Ment. Health J. 2016. Vol. 52. P. 710–723.
 21. Lasebikan V.O., Ayinde O.O. Family burden in caregivers of schizophrenia patients: prevalence and socio-demographic correlates // Indian J. Psychol. Med. 2013. Vol. 35. P. 60–66.
 22. Levine S.Z. Identifying clinically meaningful symptom response cut-off values on the SANS in predominant negative symptoms // Schizophr. Res. 2013. Vol. 145. P. 125–127.
 23. Mantovani L.M., Ferrejas R., Marcal M. et al. Family burden in schizophrenia; the influence of age of onset and negative symptoms // Trends Psychiatry Psychother. 2016. Vol. 38. P. 96–99.
 24. Overall J.E., Gorham D.R. Brief Psychiatric Rating Scale // Psychol. Rep. 1962. Vol.10. P. 799–812.
 25. Perlick D.A., Rosenheck R.A., Milkowitz D.J. et al. STEP-BD family experience collaborative study group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder // Bipolar Dis. 2007. Vol. 9. P. 269–273.
 26. Rabany L., Weiser M., Werbeloff N., Levkovitz Y. Assessment of negative symptoms and depression in schizophrenia: Revision of the SANS and how it relates to the PANSS and CDSS // Schizophr. Res. 2010. Vol. 126. P. 226–230.
 27. Rabinowitz J., Berardo C.G., Bugarski-Kirolo D. et al. Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health, well-being, healthcare-related quality of life and family burden: A CATIE analysis // Schizophr. Res. 2013. Vol. 150. P. 339–342.
 28. Roick C., Heider D., Bebbington P.E. et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 190. P. 333–338.
 29. Sales E. Family burden and quality of life // Qual. Life Res. 2003. Vol. 12. P. 33–41.
 30. Salisbury T.T., Killaspy H., King M. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit) // BMC Psychiatry. 2016. Vol.16. P. 54–63.
 31. Souza A.L., Guimaraes R.A., de Araujo Vilela D. et al. Factors associated with burden of family caregivers of patients with mental disorders: cross-sectional study // BMC Psychiatry. 2017. Vol. 17. P. 353.
 32. Ukpong D. Burden and Psychiatric disorders among Nigerian family caregivers of schizophrenia patients: the role of positive and negative symptoms // Turk. J. Psychiatr. 2012. Vol. 23. P. 40–45.
 33. Unal S., Kaya B., Kekem B. et al. Family functioning in patients with Schizophrenia, BPAD, and epilepsy // Turk. Psikiyatri Derg. 2004. Vol. 15. P. 29–39.
 34. Viana M.C., Gruber M.J., Shahly V. et al. Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from WHO World Mental Health (WMH) surveys // Braz. J. Psychiatry. 2013. Vol. 32. P. 115–125.
 35. Yazici E., Karabulut Ü., Yildiz M., Baskan Tekeş S., Inan E., Çakir U., Boşgelmez Ş., Turgut C. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors // Noro Psikiyatr. Ars. 2016. Vol. 53. P. 96–101.
 36. Yin Y., Zhang W., Hu Z., Jia F., Li Y., Xu H. Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: A field survey // PLoS ONE. 2014. Vol. 9. e108527.
 37. Yu Y., Lio Z.W., Tang B.W. et al. Reported family burden of schizophrenia patients in rural China // PLoS One. 2017. Vol. 16. e0179425.

ОБЪЕКТИВНОЕ И СУБЪЕКТИВНОЕ БРЕМЯ СЕМЬИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич

Целью настоящего исследования стало изучение взаимосвязей семейной обременённости с клинико-анамнестическими и социо-демографическими параметрами пациентов. **Материалы и методы:** было обследовано 140 человек (70 пациентов, 70 опекающих лиц). Диагнозы пациентов соответствовали рубрике F2 по МКБ-10; средний возраст дебюта составил 26,6±9, а среднее количество госпитализаций – 6±5. У опекающих пациентов лиц средний возраст был – 54,1±12,2 лет. Среди них преобладали женщины – 50 (71,4%); в 41 случае (58,5%) матери пациентов. Оценка бремени семьи проводилась с использованием шкалы Zarith Burden Interview (ZBI). Выраженность психопатологической симптоматики оценивалась по Краткой психиатрической оценочной шкале (BPRS), а интенсивность негативных симптомов по шкале Негативной психопатологической симптоматики (SANS). **Результаты:** Рассчитаны дескриптивные статистики для описания семейного бремени в обследованной группе родственников – среднее значение составило 52,8±15,1 балла, для факторов ZBI описано распределение интенсивности. Проанализирована выраженность и структура психопатологической и негативной симптоматики у больных, средние значения общего балла по BPRS и SANS соответствовали средней интенсивности: 56,2±10 и 51±13,3 соответственно. Среди исследуемых

параметров больных обнаружены достоверные отрицательные корреляции между длительностью заболевания и параметрами опросника ZBI (для общего балла $r=-0,32$, $p\leq 0,05$). Было показано, что родственники впервые госпитализированных пациентов испытывали большую обременённость по фактору ZBI «Дефицит времени/зависимость пациента» в сравнении с опекавшими неоднократно лечившихся больных (SE 0,3). Исследование взаимосвязей между бременем семьи и клиническими показателями состояния пациента (позитивными, негативными синдромами) выявило наличие множественных достоверных корреляций слабой и средней интенсивности. **Обсуждение и выводы:** семейная обременённость у родственников, опекающих пациентов с шизофренией (даже при умеренно выраженной симптоматике), достаточно интенсивна, при этом на её выраженность оказывают влияние как негативные, так и продуктивные симптомы. Вклад негативной симптоматики в формирование семейной обременённости более существенен в сравнении с продуктивными симптомами. При планировании психосоциальной помощи родственникам эндогенных больных необходимо учитывать особенности клинической картины пациента.

Ключевые слова: бремя семьи, психопатологические симптомы, психозы, шизофрения.

OBJECTIVE AND SUBJECTIVE FAMILY BURDEN: CORRELATIONS WITH DEMOGRAPHIC AND CLINICAL FEATURES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

N.B. Lutova, O.V. Makarevich

The aim of this study was to investigate the relationship of family burdens with clinico-anamnestic and socio-demographic patient's parameters. **Materials and methods:** 140 people were examined (70 patients, 70 carers). Diagnoses corresponded to ICD-10 heading F2. Among the surveyed, the average age of onset was 26.1 ± 19 , the average number of hospitalizations was 6 ± 5 . The average age of the persons taking care of the patients was 54.1 ± 12.2 years. Among them, women prevailed – 50 (71.4%), while in 41 cases (58.5%) – mothers of patients. The family burden was assessed using the Zarith Burden Interview (ZBI) scale. The severity of psychopathological symptoms was evaluated on the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and the severity of negative symptoms was assessed on the Negative Psychopathological Symptoms Scale (SANS). **Results:** Descriptive statistics were calculated to describe the family burden in relatives - the mean value was 52.8 ± 15.1 points, the intensity distribution was described for the ZBI factors. The severity and structure of psychopathological and negative symptoms in patients were analyzed, the mean values of the total score for BPRS and SANS corresponded to the mean intensity: 56.2 ± 10 and 51 ± 13.3 , respectively. Among

the studied parameters of patients, significant negative correlations were found between the duration of the disease and the parameters of the ZBI questionnaire (for a total score ZBI $r = -0.32$, $p < 0.05$). It was shown that relatives of newly hospitalized patients experienced a greater burden on the ZBI factor "Time deficit / patient dependence" in comparison with caregivers of repeatedly treated patients (SE 0.3). The correlations between the burden of the family and the clinical indicators of the patient's condition (positive, negative syndromes) revealed the presence of multiple reliable correlations of weak and moderate intensity. **Discussions and conclusions:** family burdens in relatives caring for patients with schizophrenia (even with moderately expressed symptoms) are quite intense, while its severity is influenced by both negative and productive symptoms. The contribution of negative symptoms to the formation of family burden is more significant in comparison with productive symptoms. Planning of psychosocial intervention for endogenous patient's relatives should take into consideration the features of the patient's clinical statement.

Keywords: family burden, psychopathological syndromes, psychosis, schizophrenia.

Лутова Наталия Борисовна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; email: lutova@mail.ru

Макаревич Ольга Владимировна – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; email: lysska@mail.ru