

РЕПРЕЗЕНТАЦИИ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.Х. КОНОВАЛОВА, А.Б. ХОЛМОГорова

В статье представлены результаты исследования репрезентаций родительской семьи у больных с расстройствами шизофренического спектра на основе четырех-аспектной модели семейной системы А.Б. Холмогоровой. Описаны методики и этапы исследования. Проанализированы структурно-динамические особенности семей больных с расстройствами шизофренического спектра на основе их собственных представлений (репрезентаций семьи). Показано, что семейная система больных с расстройствами шизофренического спектра характеризуется неравномерным распределением власти, слабостью родительской подсистемы и наличием коалиций между родителем и ребенком, а также рядом коммуникативных дисфункций. Семьи больных с расстройствами шизофренического спектра характеризуются закрытыми внешними и размытыми внутренними границами. Эти характеристики семейной системы имеют место и до заболевания, но усиливаются после его манифестации.

Ключевые слова: шизофрения, четырех-аспектная модель семейной системы, семейные дисфункции, репрезентации семьи, структура семьи, микродинамика семьи, макродинамика семьи, идеология семьи.

На протяжении уже более ста лет шизофрения остается самым загадочным, и, вместе с тем, эпидемиологически значимым психическим заболеванием, независимо от популяции и применяемых диагностических систем¹. По данным ВОЗ, соответственно росту населения планеты, число лиц, страдающих этим заболеванием в 1985—2000 гг., увеличилось в мире в целом на 30 % [Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2007,

¹ Распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8—1 %, заболеваемость составляет 15 случаев на 100 000 населения [Гофман, 2010].

с. 6]. В России насчитывается около 1 млн. 200 тыс. больных, страдающих шизофренией, что составляет более четверти всех пациентов психиатрических клиник. Это заболевание влечет серьезные финансовые издержки для больных, их родственников и экономики в целом. В отношении лечения, потери трудоспособности, вынужденного прекращения трудовой деятельности родственниками пациентов, а также социальных проблем, сопутствующих этому заболеванию, шизофрения является одним из наиболее дорогостоящих и инвалидизирующих расстройств. В России содержание этих пациентов обходится в 4980 млн рублей ежегодно, или 0,2 % внутреннего валового продукта, что составляет 40 % общего психиатрического бюджета, при том что эта группа больных составляет 15 % от всех потребителей психиатрической помощи [там же]. Актуальность научного изучения этого заболевания обусловлена еще и тем, что хроническое, часто прогрессирующее расстройство манифестирует, как правило, в трудоспособном возрасте от 15 до 30 лет.

Особые взаимоотношения в родительской семье как важнейший фактор, предрасполагающий к заболеванию иотягощающий его течение, признается и биопсихосоциальной моделью шизофрении [Холмогорова, 2012, с. 74], и многочисленными зарубежными исследованиями. Так, еще «пионеры» изучения семейного контекста шизофрении R. Lidz, T. Lidz и М. Боуэн трактовали болезнь как разрешение конфликта между естественным процессом взросления подростка и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью, т.е. остаться ребенком. Или выявленный в результате исследований особых эмоциональных коммуникаций в семье больных шизофренией феномен эмоциональной экспрессивности также получил подтверждение и широкое признание во всем мире, что существенно перестроило практику работы с пациентами во всех клиниках мира² [Холмогорова, 2012, с. 106].

Однако отечественные эмпирические исследования, посвященные семейному контексту шизофрении, относительно немногочисленны. Особенно редки исследования на основе системного подхода к семье, который является наиболее методологически обоснованным. В 1980-е годы в НИИ им. В.М. Бехтерева был проведен цикл исследований, направленных на изучение условий семейного воспитания, изучение внутрисемейных отношений и характера эмоционального общения больных шизо-

² Исследования феномена эмоциональной экспрессивности являются актуальными и продолжают по настоящее время [Raune et al., 2004; Docherty et al. 2011; McCreadie et al., 1993; Tarrier et al. ,1994; Schulze-Monking et al., 1997; Lenior et al., 2002; Marom et al., 2005].

френией [Бурковский и др., 1980; Горбунов, Варламов, Ломаченков, 1980; Бажин, Корнева, 1980]. Из современных работ можно упомянуть об исследованиях, посвященных изучению значения психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и качества жизни психически больных [Коцюбинский, 1999], а также влияния семейных отношений на их социальную адаптацию и качество жизни [Зайцев, 1999].

В настоящей момент отмечается дефицит исследовательских работ семейного контекста шизофрении, использующих современные методы системной диагностики, при наличии отдельных глубоких системных исследований родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [Воликова С.В., 2006; Холмогорова А.Б., 2006; 2011]. В последних была доказана адекватность использования четырех-аспектной модели семейной системы для реализации принципов системного подхода в изучении семьи [А.Б. Холмогорова, 2002], позволяющая в комплексе исследовать основные характеристики структуры, микро- и макродинамики, а также идеологии семейной системы. В связи с этим данная модель использовалась нами с целью исследования репрезентаций родительской семьи у больных с расстройствами шизофренического спектра. Задачей нашего исследования являлось изучение представлений больных о структуре, микро- и макродинамике, а также идеологии семейной системы в трех репрезентациях (актуальной, до заболевания и идеальной), а также сравнительный анализ этих представлений с представлениями здоровых испытуемых также в трех репрезентациях (актуальной, прошлой (5 лет назад) и идеальной).

Для осуществления поставленных задач использовались следующие методики, основанные на субъективной оценке семейных взаимоотношений самими больными³.

1. Опросник *Семейные эмоциональные коммуникации* (СЭК).

Опросник, разработанный А.Б. Холмогоровой совместно с С.В. Воликовой, состоит из 34 пунктов, тестирующих правила эмоционального поведения и уровень негативных эмоций в родительской семье, а также родительские коммуникации, индуцирующие отрицательные эмоции у детей [Холмогорова, Воликова, 2004].

Факторный анализ СЭК с ротацией факторных структур по методу VARIMAX выявил семь факторов: элиминирование эмоций, родитель-

³ Методы изучения семейных факторов на основе самоотчета пациентов неоднократно подвергались критике. Поэтому для проверки надежности метода самоотчета были проведены тщательно выполненные исследования [Холмогорова, Воликова, 2004].

ская критика, индуцирование тревоги, фиксация на негативных переживаниях, внешнее благополучие, индуцирование недоверия к людям, семейный перфекционизм. Фактор сверхвключенности, вошедший в первоначальную версию структуры опросника, не получил достоверной нагрузки, однако в силу важности этого показателя для характеристики больных с расстройствами шизофренического спектра, мы учитывали его в исследовательских целях. Конвергентная валидность этого инструмента была установлена в группе из 108 студентов. Коэффициент а-Кронбаха опросника составил 0,7 (на выборке 237 человек) [Холмогорова, 2011, с. 197—198].

2. Модифицированный *Тест семейной системы* FAST Т. Геринга [Thomas M. Gehring The Family System Test, 2001] в сочетании со специально разработанным структурированным интервью, направленным на уточнение характера эмоциональных коммуникаций в родительской семье [Холмогорова, Воликова, 2004], дал возможность количественного и качественного анализа структуры семьи. Стимульный материал теста включает набор мужских (6 шт.) и женских (6 шт.) фигурок из дерева, набор подставок различной высоты (1,5 см; 3 см; и 4,5 см) и шахматную доску на 81 квадрат (9 × 9).

Инструкция требует от испытуемого выбрать фигурку для каждого члена семьи и расположить их на шахматной доске, используя горизонтальное (клетки доски) и вертикальное (подставки) измерения. Эта процедура расположения фигурок позволяет оценить параметры близости и иерархии в семье. Близость оценивается по расстоянию между фигурками на доске, иерархия — по величине подставок под фигурками. Тест предоставляет возможность исследования различных репрезентаций. Для данного исследования были выбраны следующие типы репрезентаций:

- актуальная репрезентация, отражающая структурно-динамические характеристики семьи в настоящее время (на момент исследования);
- ретроспективная репрезентация (в случае здоровых испытуемых 5 лет назад, в случае клинических испытуемых — до манифестации заболевания).

Качественный и количественный анализ теста Т. Геринга проводился по следующим параметрам: сплоченность, иерархия, внешние и внутренние границы, уровень конфликтности.

В России первый исследовательский проект с применением теста FAST был осуществлен в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии [Холмогорова, Воликова, 2000 а] при изучении семейного контекста больных с расстройствами аффективного спектра.

С целью статистической обработки результатов нами использовались критерий оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню исследуемого признака Mann-Whitney test, критерий согласия Pearson Chi-square test, критерий знака и тест для дихотомических переменных Chi-square test McNemar. С помощью данных критериев оценивалась значимость различий по разным параметрам семейной системы здоровых испытуемых и больных с расстройствами шизофренического спектра в двух репрезентациях.

Клиническая характеристика обследованных групп

Экспериментальную группу составили 40 пациентов с расстройством шизофренического спектра в соответствии с критериями МКБ-10 в состоянии ремиссии, обследованные в МНИИ Психиатрии и ПБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина. Контрольную группу составили 40 здоровых испытуемых, без симптомов психических расстройств и статистически не отличающихся от экспериментальной группы по возрастным и демографическим характеристикам. Большинство испытуемых в обеих группах были молодые люди до 30 лет. Такой возраст испытуемых во многом определяет структурно-динамические характеристики семейной системы, так как в этом возрасте молодые люди должны были решить задачу сепарации (автономии) от родителей, семьи которых находятся на стадии жизненного цикла, которая называется родительская семья со взрослыми детьми. Все испытуемые на момент исследования проживали в родительских семьях. Среди испытуемых контрольной группы никто из членов семьи на момент проведения исследования или ранее не наблюдался у психиатра.

Распределение по диагнозам представлено в табл. 1, откуда видно, что преобладающим диагнозом в группе больных с расстройствами шизофренического спектра была параноидная шизофрения.

Таблица 1

Диагностическая характеристика пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Код по МКБ-10		Диагноз	Пациенты, N = 40	
			N	%
F 20	F 20	Шизофрения	5	12,5
	F 20.0	Шизофрения параноидная	23	57,5
	F 20.1	Гебефреническая шизофрения	2	5
F 21	F21	Шизотипическое расстройство	10	25
Всего			40	100

Результаты исследования

Анализ результатов исследования семейных факторов проводился на основе четырех-аспектной модели семейной системы, включающей структуру (квазипространственная организация семьи), микродинамику (семейное функционирование), макродинамику (семейную историю или эволюцию) и идеологию (семейные ценности, нормы и правила).

1. Результаты исследования структуры семейной системы

а) *Иерархия* или отношения доминантности-подчинения в семье.

Для анализа общей семейной иерархии испытуемых просили использовать специальные подставки: чем больше подставок у фигурки, тем большее влияние данного члена семьи. В таблице 2 приведены результаты, полученные при анализе актуальных репрезентаций семей больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых. Как видно из табл. 2 по показателю общей семейной иерархии были выявлены статистические различия между группами испытуемых ($p = 0,026$, Pearson Chi-square test).

Таблица 2

Показатели общей семейной иерархии больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Иерархия	Группа		Статистики
	здоровые испытуемые	больные шизофренического спектра	
инверсия	20,0 %	15,0 %	$\chi^2 = 9,250$ df = 3 p = 0,026
низкая	57,5 %	30,0 %	
средняя	17,5 %	45,0 %	
высокая	5,0 %	10,0 %	

Обращает на себя внимание тот факт, что в репрезентациях семьи пациентов чаще встречается высокая и средняя иерархия (55 %), а в репрезентациях семьи здоровых испытуемых чаще встречается низкая иерархия (57,5 %), что говорит о соответствии распределения власти психологическим законам жизненного цикла семьи со взрослым ребенком у здоровых испытуемых (напомним, что обе группы испытуемых составили лица, достигшие совершеннолетия, средний возраст испытуемых составлял 25—26 лет).

Наличие инверсии иерархии (20 %) в репрезентациях семьи здоровых испытуемых можно интерпретировать как проявление сепарации и потребности в самостоятельности и независимости от родителей. По результатам интервьюирования следует отметить, что 70 % здоровых испытуемых работают и помогают родителям деньгами, многие сами себя содержат. Для России проживание с родителями характерно и связано с трудностями съема и покупки жилья в силу диспропорции между его стоимостью и доходами населения. Таким образом, показатель инверсии следует рассматривать в возрастном и культуральном аспекте, как отражающий проявления сепарационных потребностей взрослых детей, проживающих с родителями. В актуальной репрезентации семьи больных с расстройствами шизофренического спектра инверсия иерархии встречается в 15 % случаев. Но при этом, в отличие от здоровых испытуемых, имела место коалиция пациента с одним из родителей (как правило, с матерью), что свидетельствует о дисфункциональности этого показателя.

Характер распределения семейных ролей определяли по результатам теста FAST и структурированного интервью. В семьях пациентов роль главы семьи чаще на себя берет мать (количество подставок больше чем у любой другой фигуры), в 67,5 % случаев пациенты наделяют ее большей властью, чем любого другого члена семьи, при этом отец обладает меньшим количеством власти, чем другие члены семьи, или вообще ее не имеет. Пациенты комментируют это следующим образом: «мама хозяйин в семье, отец всегда был пассивен», «все решает мать», «мама—лидер».

Здоровые испытуемые роль главы семьи так же чаще присваивают матери (53 %), что на наш взгляд отражает специфику культурального российского контекста. Несмотря на то, что отец обладает меньшей властью по сравнению с матерью, он, как правило, влиятельнее других членов семьи. В семейной системе больных с расстройствами шизофренического спектра отец находится, как правило, на самой низкой ступени иерархии.

Данные об иерархии необходимо интерпретировать совместно с данными о сплоченности и наличии коалиций, которые приведены далее.

б) *Связь (квазипространственная близость членов семьи) и внутренние границы.*

Показатель связи или сплоченности семейной системы характеризует эмоциональную близость и эмоциональную дистанцию. Этот показатель можно определить как психологическое расстояние между членами семьи. На семейных шахматах (тест FAST) испытуемых просили расположить фигурки, репрезентирующие всех членов семьи, определенным образом, используя расстояние между ними как меру психологической связи и близости. В таблице 3 приведены результаты, полученные

при анализе актуальных репрезентаций семей больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых.

Таблица 3

Показатели семейной сплоченности больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Сплоченность	Группа		Статистики
	здоровые испытуемые	больные шизофренического спектра	
низкая	52,5 %	57,5 %	$\chi^2 = 2,724$ df = 2 p = 0,256
средняя	27,5 %	35,0 %	
высокая	20,0 %	7,5 %	

Статистически значимых различий по данному показателю семейной системы не установлено, то есть семьи пациентов формально не отличаются по уровню сплоченности от семей здоровых испытуемых. Однако проведенный анализ коалиций и границ между подсистемами указывает на значительные дисфункции в характере психологической близости между членами семьи больных с расстройствами шизофренического спектра.

в) *Коалиции и границы между подсистемами.*

Наличие коалиции в семье определяли по результатам теста FAST и структурированного интервью. Коалицией считали ситуацию, когда на доске 9 × 9 фигурка родителя располагается значительно ближе к ребенку, чем к другому родителю, это подтверждается словесными комментариями, свидетельствующими о близости между членами разных поколений. Подсчитывали средний показатель по группе: число коалиций в семьях на общее число испытуемых в группе.

Таблица 4

Показатель коалиций семей больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Коалиция	Группа		Статистики
	здоровые испытуемые	больные шизофренического спектра	
Нет	92,5 %	67,5 %	$\chi^2 = 7,813$ df = 1 p = 0,005
Есть	7,5 %	32,5 %	

Из таблицы 4 видно, что дисфункции по типу коалиций встречается в семьях пациентов в 4 раза чаще и различия достигают статистической значимости ($p = 0,005$, Pearson Chi-square test). Коалиции имеют место более чем у трети больных (33 %) и достаточно редко встречаются в семьях здоровых испытуемых (8 %).

Качественный анализ коалиций у больных и здоровых испытуемых выявил также значительные различия. В семьях пациентов в коалициях один из родителей объединялся с ребенком при изоляции другого родителя. Как правило, это пара мать-ребенок, а отец на периферии. При этом отношения между матерью и ребенком имели выраженный симбиотический характер, а также проявлялись в дисфункциях родительской подсистемы. В интервью пациенты отмечали, что они ближе к маме, так как мама решает все, она глава семьи, а папа все время зарабатывает деньги, или он пассивен, или в семье вообще нет отца. Встречались коалиции и типа отец-ребенок, так, одна пациентка описала семейные взаимоотношения следующим образом: «У нас с папой очень близкие отношения, он любую мою просьбу выполняет, у меня над ним власть неограниченная, а маму мы часто со света сживали, так как она «серость». Мать убирать и готовить только умеет, а поговорить с ней не о чем, высшего образования у нее нет. Мама отца ненавидела, отец был готов ее убить, а я всех любила».

Не смотря на наличие коалиций, пациенты в интервью рассказывают о том, что о своих проблемах не говорят и решают их сами: «у нас дома не принято делиться проблемами, каждый свои проблемы решает сам», «у нас в семье каждый сам за себя», «если я рассказываю о своих проблемах, то родители злятся», «когда я рассказываю о своих неприятностях, то мама злится, упрекает меня, а папа выходит со мной на улицу, мы прогуливаемся и мне становится легче», «я к маме прихожу, жалуюсь, она меня жалеет, а отец взбучку устраивает, а поддержку выражают так — покупают все, что я хочу». Таким образом, коалиция не означает связь и близость между членами семьи в эмоциональном плане, а является дисфункциональной характеристикой семейной структуры.

Здоровые испытуемые указывали на то, что живут с родителями, но у них уже сформировано свое мнение и жизнь, отдельная от родителей: «не все же время сидеть под маминой юбкой». Редкие случаи коалиций у них связаны с алкоголизацией одного из родителей, как правило, отца.

г) *Границы с внешним миром.*

Внешние границы характеризуют степень открытости или закрытости семейной системы для внешнего мира и внешних влияний, которая оценивалась по результатам структурированного интервью к тесту

FAST. Испытуемых просили ответить на следующие вопросы: Часто ли в Вашей семье бывают гости (не родственники)? Часто ли Вы сами ходите в гости?

Если испытуемый говорил, что гости приходят, и сам он ходит в гости не реже одного раза в месяц, то границы семейной системы оценивали как открытые. Если испытуемый говорил, что сам не ходит в гости и гости приходят меньше 1 раза в месяц, 1 раз в год или не ходят вообще, то внешние границы семейной системы оценивали как закрытые. Подсчитывался средний показатель закрытости границ по группе: число семей с закрытыми границами делилось на общее число испытуемых в группе. По этому показателю были выявлены статистические различия между группами на высшем уровне значимости ($p = 0,0001$, Pearson Chi-square test) (табл. 5).

Таблица 5

Показатели внешних границ семей больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Границы	Группа		Статистики
	здоровые испытуемые	больные шизофренического спектра	
Открытые	62,5 %	12,5 %	$\chi^2 = 21,333$ df = 1 $p = 0,0001$
Закрытые	37,5 %	87,5 %	

Как видно из табл. почти во всех семьях (87,5 %) больных с расстройствами шизофренического спектра отмечаются закрытые границы. Члены семьи пациентов общаются, в основном, друг с другом, при этом, как было показано выше, внутренние границы семьи нечеткие и размытые, что выражается в высокой частоте коалиций (см. табл. 4), нарушающих функционирование родительской подсистемы и обуславливающих низкую общую семейную сплоченность. В интервью пациенты отмечают, что сами в гости не ходят и, как правило, к себе гостей не приглашают, если в семью приходят люди, то это соседи по лестничной клетке или родственники.

При этом здоровые испытуемые рассказывают о своих встречах с друзьями, о встречах родителей с их друзьями, отмечают, что сами ходят в гости и принимают гостей у себя. Можно предположить, что закрытость внешних границ семей пациентов связана с факторами болезни, поэтому важно было изучить макродинамику системы — ее состояние до болезни. Эти показатели приводятся в соответствующем разделе.

2. Результаты исследования микродинамики семейной системы

Особенности микродинамики родительской семьи больных с расстройствами шизофренического спектра в сравнении с семьями здоровых испытуемых исследовались по результатам структурированного интервью к тесту FAST. Индекс конфликтности определяли на основании интервью следующим способом: высокий (3 балла) — когда конфликты в семье несколько раз в неделю, средний (2 балла) — конфликты возникают раз в месяц, низкий (1 балл) — реже, чем 1 раз в месяц. По группе показатель конфликтности подсчитывали следующим образом: средний балл по группе делится на число испытуемых в группе. По результатам структурированного интервью между показателями здоровых и больных испытуемых по индексу конфликтности была выявлена тенденция к статистическим различиям ($p = 0,084$, Pearson Chi-square test).

Таблица 6

Показатели индекса конфликтности семей больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Индекс конфликтности	Группа		Статистики
	здоровые испытуемые	больные шизофренического спектра	
низкий	45,0 %	25,0 %	$\chi^2 = 4,946$ df = 2 p = 0,084
средний	27,5 %	25,0 %	
высокий	27,5 %	50,0 %	

Из таблицы 6 видно, что больные с расстройствами шизофренического спектра значительно чаще отмечают конфликты в родительских семьях по сравнению со здоровыми испытуемыми. Качественный анализ интервью пациентов показал, что больше всего конфликтов возникает в супружеской подсистеме (40 %) и, зачастую, на почве химической зависимости одного или обоих родителей. В 11 семьях пациентов (27 % семей) отцы или отчимы страдают алкоголизмом, и большинство конфликтов происходило на почве алкогольного опьянения. В четырех случаях из 20 конфликты протекали с драками и побоями. В то же время здоровые испытуемые фиксируют конфликты, как правило, на бытовой почве или конфликт интересов, и лишь три случая (8 %) на почве алкогольного опьянения отца: «конфликт на почве моего внешнего вида», «маме не нравятся, что я много времени провожу за компьютером», «родители хотят, чтобы я пошел по их стопам, стал врачом, из-за этого возникают конфликты».

Стоит отметить, что здоровые испытуемые конфликты в семье характеризуют как менее эмоционально окрашенные, чем пациенты. Они отмечают, что конфликты решаются в словесной форме и спорах, в то время как пациенты описывают поведение членов семьи во время конфликтов следующим образом: «мама кричит, а папа запирается в комнате», «мы с мамой деремся», «мы можем неделю не разговаривать», «унижаем друг друга», «я могу ударить папу, а он меня», «папа кричит на маму, я не вмешиваюсь», «мои родители часто скандалят», «родители кричат, брат убегает из дома». Таким образом, семьи больных с расстройствами шизофренического спектра характеризуются высоким индексом конфликтности, в таких семьях конфликты регулярные, продолжительные и между всеми членами семьи.

Особенности микродинамики родительской семьи испытуемых исследовались также с помощью опросника СЭК. Согласно данным опросника, родительские семьи пациентов с расстройствами шизофренического спектра оказались более дисфункциональными, чем родительские семьи здоровых испытуемых (табл. 7). Между показателями пациентов с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых выявились статистические различия по трем показателям: ценности внешнего благополучия ($p = 0,004$), индуцирования недоверия к людям ($p = 0,002$) и сверхвключенности (повышенного контроля и опеки) ($p = 0,001$). Также выявилась тенденция к статистически значимым различиям по показателю родительской критики ($p = 0,08$): показатели выше в семьях больных с расстройствами шизофренического спектра.

Таблица 7

Стили эмоциональных коммуникаций в родительской семье больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых (СЭК)

Группы сравнения / Факторы	Больные шизофренического спектра, (N = 40) M (SD)	Здоровые испытуемые (N = 40), M (SD)	Уровень значимости p (Mann-Whitney test)
Родительская критика	9 (4,2) t	7,1 (3,3) t	0,089
Индуцирование тревоги	11 (4,11)	10,27 (3,73)	0,125
Элиминация эмоций	9,7 (2,95)	8,87 (3,6)	0,571
Внешние благополучие	6 (2,14)**	4,67 (1,85)**	0,004

Фиксация на негативных переживаниях	4,9 (1,9)	4,52 (2,14)	0,252
Индукцирование недоверия к людям	3,32 (1,62)**	2,25 (1,31)**	0,002
Семейный перфекционизм	3,15 (1,6)	3,77 (1,4)	0,122
Сверхвключённость	7,45 (2,78)**	5,45 (2,03)**	0,001
Общий показатель семейных дисфункций	54,9 (11,9)**	47,17 (11,35)**	0,002

Примечания: M (mean) — среднее значение; SD — стандартное отклонение; ** — различия статистически достоверны при $p < 0,005$ (Mann-Whitney test); t — Тенденция к статистической значимости при $p < 0,1$ (Mann-Whitney test).

Как видно из табл. 7, различия по общему показателю дисфункций в сфере семейных коммуникаций имеют высокую степень статистической значимости ($p = 0,001$).

Остановимся подробнее на отдельных показателях опросника СЭК. Шкала родительской критики оценивает наличие критики в адрес ребенка, когда он проявляет негативные эмоции, допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми. Пациенты в интервью отмечали: «Мама все время делает мне замечания, то одета не так, то причесана не так, то еще что-то не так», «меня мама все время ругала, а я билась «как рыба об лед», чтобы меня не ругали», «папа был тираном, часто критиковал». Можно говорить о коммуникациях, провоцирующих негативные эмоции: частые порицания, открытая критика, выраженное недовольство поведением ребенка.

Высокие значения показателя сверхвключённости могут говорить о наличии сверхконтроля, повышенной эмоциональной включенности во все дела и проблемы больного, нередко сопровождающейся самопожертвованием и гиперпротекцией, а также эмоциональной экзальтацией. В контексте структуры эти факты могут указывать на наличие размытости внутренних границ и симбиотических отношений в семьях больных с расстройствами шизофренического спектра. Данные, полученные в интервью, тоже подтверждают наличие сверхконтроля и симбиотических связей. Типичны следующие высказывания пациентов: «я — мамин хвостик», «хотелось бы убрать маму в сторону, она мне все время мешает развивать отношения с людьми», «хотелось бы чаще встречать гостей», «я подчиняюсь маме полностью, чтоб ее не расстра-

ивать», «мои родители всегда все про меня узнают, могут сходить на дискотеку, где я был и узнать, что я там делал».

Высокие значения показателя индуцирования недоверия к людям в аспекте структуры позволяют говорить о закрытости внешних границ системы, что также подтверждается данными структурированного интервью, приведенного выше (см. табл. 5).

3. Результаты исследования макродинамики семейной системы

Исследование макродинамики осуществлялось на основе сравнительного анализа актуальной репрезентации с репрезентацией семейной системы до манифестации заболевания и анализа структурированного интервью к тесту FAST. Это позволило изучить эволюцию семейной системы во времени, понять, как меняется структура семейной системы после возникновения заболевания в представлениях пациентов. Для оценки значимости различий между репрезентациями были использованы критерий знаков для показателей сплоченности, иерархии, индекса конфликтности, а также тест Хи-квадрат по методу МакНемара (для дихотомических переменных) для показателей внешних границ и коалиций.

1. Применение критерия знаков позволило выявить значимые различия между показателями иерархии в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни на уровне $p = 0,0001$ (рис. 1).



Рис. 1. Показатели иерархии семей больных с расстройствами шизофренического спектра в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST).

Как видно на рис. 1, в представлениях пациентов семейная система до возникновения болезни характеризуется низким уровнем иерархии (47,5 %) и наличием инверсии иерархии (17,5 %). В то же время по субъективным представлениям больных с расстройствами шизофренического спектра после возникновения заболевания происходят изменения в системе власти: снижается иерархическая позиция больного, возрастает процент высокого и среднего уровня иерархии в семейной системе и уменьшается число инверсий иерархии. Можно предположить, что в силу болезни ребёнка ответственность за принятие решений и власть перекладывается в большей степени на родителей, а больной член семьи фиксируется в роли ребенка, что можно расценивать как нарушение процесса сепарации в результате болезни.

2. Применение критерия знаков позволило выявить значимость различий между показателями сплоченности в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни ($p = 0,002$). На рис. 2 видно, что в актуальной репрезентации встречается преимущественно низкий уровень сплоченности (57,5 % испытуемых), на основе чего можно предположить, что во время заболевания дистанция между членами семьи увеличивается, а близость и взаимопонимание снижаются. В беседе пациенты так же отмечали, что манифестация болезни привела к разобщению семьи.

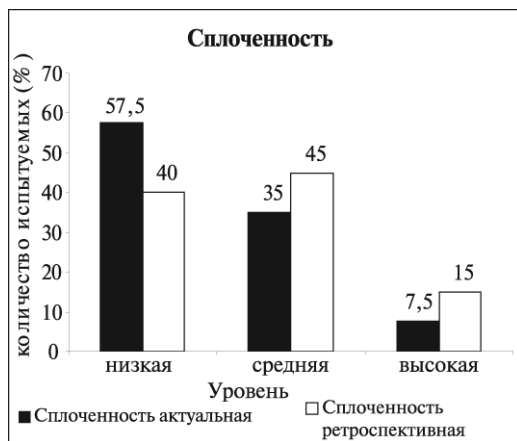


Рис. 2. Показатели сплоченности семей больных с расстройствами шизофренического спектра в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST).

Статистически значимых различий по показателю коалиций семейной системы до и после манифестации болезни не установлено (рис. 3). Этот факт представляется особенно важным, так как свидетельствует о том, что серьезные нарушения в родительской подсистеме и тенденция к симбиотическим отношениям по воспоминаниям больного имела место уже до манифестации заболевания. Как видно из диаграмм, коалиции встречались в большем проценте семей даже до заболевания, чем после манифестации, хотя эти различия и не достигли статистической значимости.



Рис. 3. Показатель коалиций в семье больных с расстройствами шизофренического спектра в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST).

3. Применение критерия хи-квадрат МакНемара позволило зафиксировать значимость различий между показателями внешних границ в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни на уровне $p = 0,016$ (рис. 4).

Как видно на рис. 4, для семей, в которых в будущем заболевает ребёнок (в нашем исследовании уже молодой человек), чаще всего (70 %) характерна закрытость внешних границ. Члены таких семей обычно сосредоточены друг на друге или на своих проблемах. Окружающие часто воспринимаются как нечто инородное, враждебное, происходит снижение социального функционирования, наступает застой в системе. В интервью пациенты рассказывали, что в семье с детства их приучали не доверять чужим людям и не рассказывать другим о своих проблемах.

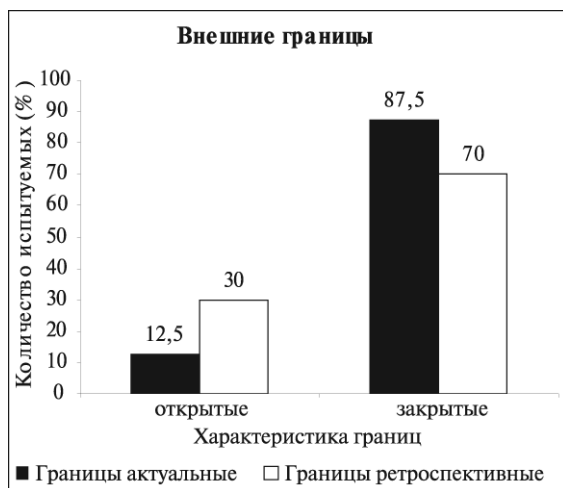


Рис. 4. Показатели внешних границ семей больных с расстройствами шизофренического спектра в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST).

Различия между репрезентациями указывают на то, что возникновение болезни еще более усугубляет данное положение. Возможно, это связано со страхом, что кто-то узнает о болезни члена семьи. Эти данные корреспондируются с полученными ранее результатами опросника СЭК: высокие значения показателя индуцирования недоверия к людям позволяют говорить о закрытости внешних границ системы и о семейных правилах не доверять окружающим. Кроме того, высокие значения показателя внешнего благополучия позволяют говорить о правилах сдержанности и ценности благополучного фасада.

4. Применение критерия знаков позволило выявить значимость различий между показателями индекса конфликтности в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни на уровне $p = 0,031$ (рис. 5).

На рис. 5 видно, что в семьях, где появляется больной с расстройствами шизофренического спектра, чаще (55 %) встречается высокий индекс конфликтности. Эти данные позволяют предположить, что, для такого типа семей характерны высокий уровень эмоциональной экспрессивности и стрессогенная семейная ситуация, которая может провоцировать возникновение и неблагоприятное течение заболевания. При этом обращает на себя внимание тот факт, что с возникнове-

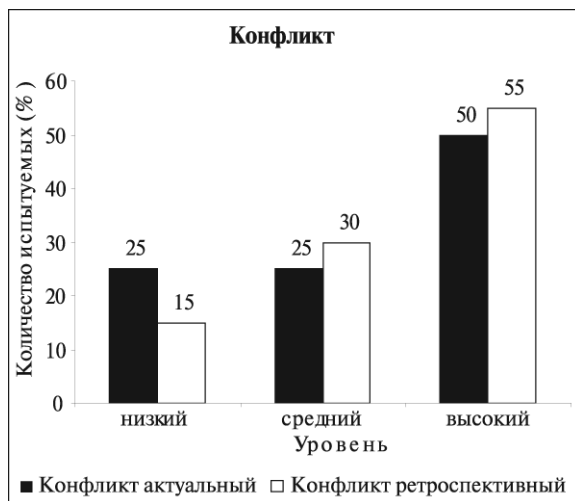


Рис. 5. Показатели индекса конфликтности семей больных с расстройствами шизофренического спектра в двух репрезентациях (до манифестации болезни (ретроспективный конфликт) и в настоящей ситуации (актуальный конфликт) (тест FAST).

нием болезни индекс конфликтности снижается. Пациенты рассказывают в интервью о том, что «...до болезни было больше конфликтов, родители постоянно скандалили», «раньше мы часто ругались с мамой, у нас не было взаимопонимания, доходило до драк, а сейчас редко конфликты бывают».

Качественный анализ актуальной и ретроспективной репрезентаций семей больных с расстройствами шизофренического спектра показал, что снижение индекса конфликтности может быть связано сразу с несколькими причинами. Во-первых, страх и тревога за больного члена семьи могут способствовать более опекающему и осторожному поведению. Возможно, у членов семьи появляется желание создать более благоприятную атмосферу для больного с целью поддержания его благополучия. Пациенты рассказывают: «меня все жалеют и переживают за меня», «меня стараются не тревожить». Во-вторых, снижение частоты и силы конфликтов, возможно, происходит в силу того, что в семье ужесточаются отношения доминантности-подчинения и усиливается власть одного из родителей. Из интервью пациентки: «разве могут быть конфликты, где такая иерархия. Все сваливается на мать и все решает она, как она скажет, так и будет».

4. Результаты исследования идеологии семейной системы

Идеология семейной системы во многом определяется представлениями о других людях. Эти представления также трансформируются в семейные правила и нормы поведения по отношению к окружающим в плане возможности доверять им, устанавливать близкие отношения, просить о поддержке в случае необходимости. Сравнение результатов опросника СЭК (табл. 7) у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых показало, что в семьях больных значимо выше показатель индуцирования недоверия к людям ($p = 0,002$, Mann-Whitney test) и внешнего благополучия ($p = 0,004$, Mann-Whitney test). Высокие значения показателя индуцирования недоверия к людям позволяют говорить в аспекте идеологии о правилах «не доверять окружающим», а высокие значения показателя внешнего благополучия, позволяют говорить о правилах сдержанности и ценности благополучного фасада. Таким образом, семьи больных с расстройствами шизофренического спектра отличаются от семей здоровых испытуемых убеждениями о враждебности окружающего мира, о необходимости скрывать проблемы и демонстрировать внешнее благополучие.

В интервью к FAST подтверждаются эти результаты. Почти во всех семьях больных с расстройствами шизофренического спектра (87,5 %) закрытые внешние границы (см. табл. 5). Отметим, что при анализе макродинамики семейной системы было установлено, что границы семьи были преимущественно закрытые и до манифестации заболевания (70 %) (см. рис. 4). Эти факты позволяют утверждать, что закрытые внешние границы и правило не доверять другим людям являются устойчивыми дисфункциональными особенностями семейной идеологии.

Обсуждение результатов

Как видно из представленных выше данных, у больных с расстройствами шизофренического спектра при сравнении с группой нормы обнаруживается ряд особенностей структуры, микродинамики, макродинамики и идеологии семейной системы. Достоверно высокие показатели общей семейной иерархии в репрезентации семей пациентов в сравнении с репрезентациями семей здоровых испытуемых указывают на нарушения иерархии, а именно неравномерное распределение власти. Власть находится в руках одного, более авторитетного члена семьи, в отчетах испытуемые указывают, что власть, как правило, в руках матери. Высокие значения показателя общей семейной иерархии свидетельствуют о несбалансированности семейной системы, в таких семьях один или оба родителя диктуют правила, при этом другие члены семьи, даже взрослые, могут быть лишены права голоса вообще. Для семей

со взрослыми детьми, эта ситуация является неблагоприятной, так как препятствует естественному процессу сепарации. Напомним, что средний возраст испытуемых составил 25—26 лет. В сравнении с группой больных в репрезентациях семьи здоровых испытуемых достоверно чаще встречается показатель низкой семейной иерархии, это объясняется тем, что взрослые испытуемые по уровню власти и авторитета догоняют и порой перегоняют родителей. Большинство здоровых испытуемых работают и содержат себя сами, что соответствует жизненному циклу семейной системы.

Анализ показателей общей семейной сплоченности в репрезентациях пациентов и здоровых испытуемых не выявил значимых различий, однако при этом достоверно значимые различия выявились по показателю частоты встречаемости межпоколенных коалиций. Коалиции в семьях пациентов нарушают функционирование семьи как единой системы, отношения между супругами разрушаются и становятся дистантными, что приводит к разобщенности семейной системы. У пациентов устанавливаются отношения с одним из родителей, которые встают на пути потребности в автономии, желания в самостоятельности принятия решений и поступков без контроля и отчета. Такие отношения нарушают процесс сепарации и лишают пациента возможности сформировать зрелое поведение.

При закрытых внешних границах семьи у больных с расстройствами шизофренического спектра сужаются социальные контакты, и отмечается дефицит поддержки, окружающие воспринимаются как нечто иное и враждебное.

В аспекте микродинамики высокие значения показателя родительской критики, сверхвключённости, а так же высокий уровень конфликтов позволяют характеризовать семейные системы пациентов как системы с высокой эмоциональной экспрессивностью. Ряд зарубежных исследований показал, что высокая эмоциональная экспрессивность в семьях пациентов, страдающих шизофренией, коррелирует с неблагоприятным течением болезни, что выражается в увеличении числа рецидивов [Vaughn et al., 1984; Tanaka et al., 1995; Ronald et al., 1998], повторных госпитализациях и времени, проведенном в больнице [Marom et al., 2005], а так же в тяжести симптомов [Schulze-Monking et al., 1997; Cechnicki et al., 2010].

Кроме высокой эмоциональной экспрессивности к особенностям микродинамики семьи больных с расстройствами шизофренического спектра можно отнести высокий индекс конфликтности. В семьях пациентов на уровне тенденции к статистической значимости чаще встречаются конфликты, чем в семьях здоровых испытуемых. Кроме того, как показал качественный анализ, конфликты в семьях больных носят более дисфункциональный характер.

Результаты исследования идеологии семейной системы позволяют утверждать, что семьи больных с расстройствами шизофренического спектра характеризуются наличием ведущего правила: «не доверять окружающим». В основе этого правила лежит убеждение о враждебности окружающего мира, о необходимости скрывать проблемы и демонстрировать внешнее благополучие. Анализ актуальной и ретроспективной репрезентации семей больных с расстройствами шизофренического спектра показал, что и до заболевания в большинстве семей пациентов были закрытые внешние границы. Изменения касаются общей семейной иерархии и общей семейной сплоченности: манифестация заболевания приводит к снижению иерархической позиции больного и ужесточению системы доминантности-подчинения, а также к увеличению дистанции между членами семьи. Эти данные корреспондируются с данными, полученными Н.М. Ривкиной в исследовании родственников больных шизофренией: «В ходе первичного интервью 31,71 % родственников сообщили, что начало болезни близкого привело к внутрисемейным разногласиям, ощущению разобщенности» [Ривкина, 2010, с. 44].

Отсутствие статистически значимых различий по показателю коалиций семейной системы до и после болезни может указывать на то, что коалиции характеризовали семейную структуру больных (42,5 %) и до заболевания. Таким образом, их следует рассматривать как дисфункциональные особенности структуры семейной системы, которые могли внести свой вклад в манифестацию заболевания.

* * *

В результате сравнительного анализа репрезентаций родительской семьи у больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых на основе четырех-аспектной модели семейной системы были выявлены дисфункции по всем параметрам семейной системы: коалиции одного родителя с больным ребенком (как правило, матери) и закрытые внешние границы семейной системы (структурные дисфункции); повышенный уровень эмоциональной экспрессивности, индуцирующий негативные эмоции (микродинамика); ценность благополучного фасада, убеждение относительно враждебности окружающих и правило не доверять другим людям (идеология); наличие дисфункций в виде коалиций, закрытых границ и повышенного уровня конфликтов не только после, но и до заболевания (макродинамика).

Полученные результаты подтверждают данные других исследований о роли семейных дисфункций в манифестации болезни, а также позво-

ляют выделить мишени семейной психотерапии, направленной на нормализацию семейной ситуации, что может играть важную роль в профилактике рецидивов болезни.

ЛИТЕРАТУРА

- Бейтсон Г. К теории шизофрении // Экология разума. Пер. с англ. М.: «Смысл», 2000. 476 с.
- Бейтсон Г. Групповая динамика шизофрении // Экология разума. Пер. с англ. М.: «Смысл», 2000. 476 с.
- Бажин Е.Ф., Корнева Т.В. К вопросу об изучении эмоционального общения при шизофрении (социально-психологические исследования в психоневрологии). Л.: Ленинград, 1980.
- Белусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю., Омеляновский В.В., Бекетов А.С., Бойко Е.А. Фармакоэкономическая эффективность атипичных антипсихотиков у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал для психиатров и врачей практики. 2007. № 4. Том 09. С. 49—55.
- Бурковский Г.В., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Корабельников К.В., Пинк Э. Условия семейного воспитания больных шизофренией и особенности течения заболевания (социально-психологические исследования в психоневрологии). Л.: Ленинград, 1980.
- Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: «Питер», 2001. 158 с.
- Володин Б.Ю. К вопросу о психотерапии шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 3. С. 118—130.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. М.: Медпрактика, 2007. 260 с.
- Горбунова Л.Н., Варламов Э.В., Ломаченков А.С. Нарушения внутрисемейных отношений у больных шизофренией и пути их коррекции // Журнал Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л.: Ленинград, 1980.
- Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1999. 23 с.
- Каплан Х.С., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2-х т. М.: «Медицина», 1998. 533 с.
- Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. СПб., 1999. 46 с.
- Ривкина Н.М. Групповая психосоциальная работа с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 3. Т. 20. С. 42—48.
- Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра: монография. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
- Холмогорова А.Б. Клиническая психология: В 4 т., Т. 2. Частная патопсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 37—127.

- Холмогорова А.Б.* Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 3. С. 35—71.
- Холмогорова А.Б.* Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 1. С. 225—259.
- Холмогорова А.Б., Воликова А.В.* Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 2. С. 11—20.
- Черников А.В.* Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. М.: «Класс», 2010. 208 с.
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е издание. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
- Andrzej Cechnicki, Anna Bielanska, Igor Hanuszkiewicz, Artur Daren.* 2013 The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 47. 208—214 с.
- Thomas M. Gehring, Marianne Debray, Peter K. Smith,* 2001, 293 с. *The Family System Test (FAST): theory and application.* London and Philadelphia: Routledge.

REPRESENTATIONS OF THE PARENTAL FAMILY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

A.H. KONOVALOVA, A.B. HOLMOGOROVA

The article presents the results of studying representations of the parental family in patients with schizophrenia spectrum disorders. The study is based on the four-aspect model of the family system developed by A.B. Kholmogorova. Research methods and stages are described. Structural and dynamic characteristics of patients' families (family representations) are analyzed. It has been shown that the family system of patients with schizophrenia spectrum disorders is characterized by an uneven distribution of power, weakness of the parental subsystem, existence of parent — child coalitions and a number of communicative dysfunctions. Families of patients with schizophrenia spectrum disorders are also characterized by closed external borders and vague internal borders. These characteristics of the family are present before the manifestation of the illness, but become more pronounced after the manifestation.

Keywords: schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, four-aspect model of the family system, family system, family dysfunctions, family representations, family structure, family microdynamics, family macrodynamics, family ideology.

- Bejtsen G.* K teorii shizofrenii // *Jekologija razuma.* Per. s angl. M.: “Smysl”, 2000. 476 s.
- Bejtsen G.* Gruppovaja dinamika shizofrenii // *Jekologija razuma.* Per. s angl. M.: “Smysl”, 2000. 476 s.
- Bazhin E.F., Korneva T.V.* K voprosu ob izuchenii jemocional'nogo obshhenija pri shizofrenii (social'no-psihologicheskie issledovanija v psihonevrologii). L.: Lening-rad, 1980.

- Belousov Ju.B., Belousov D.Ju., Omel'janovskij V.V., Beketov A.S., Bojko E.A.* Farmakoekonomicheskaja jeffektivnost' atipichnyh antipsihotikov u bol'nyh shizofreniej // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. Zhurnal dlja psihiatrov i vrachej praktiki. 2007. № 4. Tom 09. S. 49—55.
- Burkovskij G.V., Vuks A.Ja., Iovlev B.V., Korabel'nikov K.V., Pink Je.* Uslovija semejno-go vospitanija bol'nyh shizofreniej i osobennosti techenija zabolevanija (social'no-psihologicheskie issledovanija v psihonevrologii). L.: Leningrad, 1980.
- Vid V.D.* Psihoterapija shizofrenii. SPb.: “Piter”, 2001. 158 c.
- Volodin B.Ju.* K voprosu o psihoterapii shizofrenii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2000. № 3. C. 118—130.
- Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Storozhakova Ja.A.* Psihiatricheskaja pomoshh' bol'nym shizofreniej: Klinicheskoe rukovodstvo. M.: Medpraktika, 2007. 260 s.
- Gorbunova L.N., Varlamov Je.V., Lomachenkov A.S.* Narushenija vnutrisemejnyh otnoshenij u bol'nyh shizofreniej i puti ih korrekcii // Zhurnal Social'no-psihologicheskie issledovanija v psihonevrologii. L.: Leningrad, 1980.
- Zajcev V.V.* Vlijanie semejnyh otnoshenij na social'nuju adaptaciju i kachestvo zhizni bol'nyh shizofreniej: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. SPb., 1999. 23 s.
- Kaplan H.S., Sjedok B. Dzh.* Klinicheskaja psihiatrija. V 2-h t. M.: “Medicina”, 1998. 533 c.
- Kocjubinskij A.P.* Znachenie psihosocial'nyh faktorov v jetiopatogeneze shizofrenii i social'noj adaptaciji bol'nyh: Avtoref. diss. ... dokt. med.nauk. SPb., 1999. 46 s.
- Rivkina N.M.* Gruppovaja psihosocial'naja rabota s sem'jami v sisteme kompleksnoj pomoshhi pacientam s pervym psihoticheskim jepizodom // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2010. № 3. T. 20. S. 42—48.
- Holmogorova A.B.* Integrativnaja psihoterapija rasstrojstv affektivnogo spektra: monografija. M.: ID “MEDPRAKTIKA-M”, 2011. 480 s.
- Holmogorova A.B.* Klinicheskaja psihologija: V 4 t., T. 2. Chastnaja patopsihologija. M.: Izdatel'skij centr “Akademija”, 2012. S. 37—127.
- Holmogorova A.B.* Psihologicheskie aspekty mikrosocial'nogo konteksta psihicheskikh rasstrojstv (na primere shizofrenii) // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2000. №3. C. 35—71.
- Holmogorova A.B.* Psihoterapija shizofrenii za rubezhom // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 1993. № 1. S. 225—259.
- Holmogorova A.B., Volikova A.V.* Semejnij kontekst rasstrojstv affektivnogo spektra // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2004. № 2. S. 11—20.
- Chernikov A.V.* Integrativnaja model' sistemnoj semejnoj psihoterapevticheskoj diagnostiki. M.: “Klass”, 2010. 208 c.
- Jejdemiller Je.G., Justickis V.* Psihologija i psihoterapija sem'i. 4-e izdanie. SPb.: Piter, 2008. 672 c.
- Andrzej Cechnicki, Anna Bielanska, Igor Hanuszkiewicz, Artur Daren.* 2013 The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. Journal of Psychiatric Research 47. 208—214 c.
- Thomas M. Gehring, Marianne Debry, Peter K. Smith,* 2001, 293 c. The Family System Test (FAST): theory and application. London and Philadelphia: Routledge.