

РЕПРЕЗЕНТАЦИИ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.Х. КОНОВАЛОВА, А.Б. ХОЛМОГорова,
А.А. ДОЛНЫКОВА

В статье представлены результаты изучения представлений о родительской семье у пациентов, страдающих шизофренией и шизоаффективными расстройствами. Исследование основано на четырехаспектной модели семейной системы, разработанной А.Б. Холмогоровой (2011). На основании самоотчетов пациентов в ходе выполнения методики FAST (Family System Test) Т. Геринга проанализированы структурные и динамические характеристики их родительских семей (репрезентации семьи) и выявлены различия по ряду показателей. Так, если во всех семьях больных шизофренией отмечаются закрытые внешние границы и многочисленные коалиции (в основном ребенка с матерью) как до, так и после манифестации заболевания, то в семьях больных шизоаффективным психозом отмечается, как правило, тесная связь между всеми членами семьи (а не коалиции), а чрезмерная закрытость внешних границ возникает только после манифестации заболевания. Показано, что в сравнении с семейной системой больных шизофренией семейная система больных с шизоаффективными расстройствами ближе к системе здоровых испытуемых и является менее дисфункциональной как до, так и после возникновения заболевания. Сделан вывод о наличии различий в психосоциальном контексте возникновения и течения заболеваний шизофренического спектра.

Ключевые слова: шизоаффективные расстройства, шизофрения, семейная система, структура, микродинамика, макродинамика, четырехаспектная модель семейной системы, методика FAST Т. Геринга.

Актуальность

Актуальность исследования факторов возникновения и течения таких психических расстройств, как шизофрения и шизоаффективное расстройство, обусловлена в первую очередь тем, что вопрос о статусе шизоаффективного расстройства и его различий с шизофренией уже

около 30 лет вызывает споры. До настоящего времени не сформировалась единой клинико-нозологической концепции относительно содержания и объема понятия шизоаффективного психоза (ШАП). Существует несколько концептуальных моделей возникновения шизоаффективных расстройств. В том числе и модель спектра (континуума) Жюля Ангста — профессора Цюрихского университета и ученика Манфреда Блейлера. Модель спектра в изучении психической патологии как альтернатива дискретному подходу вызывает бурные дискуссии в профессиональном сообществе.

В рамках концепции спектра шизоаффективные расстройства занимают промежуточное положение и являются связующим звеном между патологией и нормой [Angst J, 1986, 2009]. Ряд зарубежных исследований, посвященных анализу этиологии и патогенеза шизоаффективного психоза, доказали, что ШАП занимает промежуточное положение между шизофренией и депрессией, то есть другими словами является средней точкой континуума между ними [J. Landeira-Fernandezc, Leonardo Lessa Tellesa, Jose Luiz M. Lessaa, Allan Diasa, Teresa Duncana, Marcio Versiania, 2007; Taylor, 1992, Ndetei DM., Khasakhala L., Meneghini L., Aillon JL., 2013].

ШАП в МКБ-10 выделен как самостоятельная нозологическая единица в отдельную диагностическую рубрику (F25), хотя и сохраняет свое место в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2). В зависимости от доминирующего аффекта в структуре приступа подразделяется на маниакальный, депрессивный и смешанный типы (МКБ-10).

Продолжаются активные дебаты на тему этиологических факторов шизофрении и шизоаффективного расстройства, их родства, в связи с текущим пересмотром Диагностического и Статистического руководства по психическим Расстройствам (DSM-5) и Международной Классификации болезней (МКБ-11) [Dolores Malaspina, Michael J. Owen, Stephan Heckers, Rajiv Tandon, Juan Bustillo Susan Schultz, Deanna M. Barch, Wolfgang Gaebel, Raquel E. Gur, Ming Tsuang, Jim Van Os, William Carpenter, 2013]. Другими словами, вопрос о нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза и правомерности его разграничения с другими психозами, в частности с шизофренией, остается открытым.

Современная клиническая психология и психотерапия основывается на биопсихосоциальной модели психических расстройств. В рамках этой модели семейные факторы, безусловно, вносят свой вклад в развитие и течение психических болезней [Холмогорова, 2012]. Следует отметить, что в современной отечественной клинической психологии от-

мечается дефицит комплексных исследований семейного контекста расстройств шизофренического спектра, при наличии углубленных системных исследований родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [Воликова С.В., 2006; Холмогорова А.Б., 2006, 2011]. В последних была доказана адекватность четырехаспектной модели семьи для реализации принципов системного подхода в изучении семьи [А.Б. Холмогорова, 2002, 2011], позволяющая в комплексе исследовать основные характеристики структуры, микродинамики, макродинамики и идеологии семейной системы. Актуальность изучения семейных факторов обусловлена еще и тем фактом, что современные многолетние генетические исследования пяти психических расстройств, которые рассматриваются в качестве отдельных категорий в клинической практике (расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, биполярное расстройство, депрессивное расстройство и шизофрения) не выявили специфических генетических различий между ними. Было доказано, что молекулярно-генетические факторы риска являются общими для этих пяти психических расстройств [Jordan W Smoller et al, 2013]. Таким образом, все большую актуальность приобретают исследования средовых факторов возникновения и течения психических расстройств, среди которых семейные факторы занимают особо важное место. В статье «Репрезентации родительской семьи пациентов с расстройствами шизофренического спектра» [Коновалова, Холмогорова, 2013] мы подробно исследовали и описали репрезентации больных шизофренией на основе 4-х аспектной модели семейной системы. Были выявлены структурные дисфункции семейной системы (коалиции одного родителя с больным ребенком (как правило, матери), закрытые внешние границы семейной системы); дисфункции микродинамики (повышенный уровень эмоциональной экспрессивности, индуцирующий негативные эмоции); дисфункции идеологии (ценность благополучного фасада, убеждение относительно враждебности окружающих и правило не доверять другим людям); нарушения в аспекте макродинамики (наличие дисфункций в виде коалиций, закрытых границ и повышенного уровня конфликтов не только после, но и до заболевания).

В задачи данного исследования входило: исследовать представления (репрезентации) больных шизоаффективными расстройствами о структуре, микродинамике и идеологии родительской семейной системы в двух репрезентациях (как актуальной, так до заболевания), а также полученные данные сравнить с репрезентациями семейных систем больных шизофренией и здоровых испытуемых.

Для осуществления поставленных задач использовали следующие методики, основанные на субъективной оценке семейных взаимоотношений самими больными¹.

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, родительская 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. Коэффициент α -Кронбаха опросника составил 0,7 [Холмогорова, 2011].

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]. FAST 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:

¹ Методы изучения семейных факторов на основе самоотчета пациентов неоднократно подвергались критике. Однако обзор существующих данных показал их достаточно высокую надежность для больных депрессией [Холмогорова, Воликова, 2004]. Группой ирландских исследователей была доказана надежность самоотчетов для больных шизофренией и шизоаффективным психозом [Morris Bell and others, 2005].

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.

Клиническая характеристика обследованных групп.

Экспериментальную группу составили 40 пациентов больных шизофренией и 34 пациента с диагнозом шизоаффективное расстройство в соответствии с критериями МКБ-10 в состоянии ремиссии. 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. Все испытуемые проживали в родительских семьях на момент исследования. Среди испытуемых контрольной группы никто из членов семьи на момент проведения исследования или ранее не наблюдался у психиатра. Распределение пациентов по диагнозам представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Диагностическая характеристика пациентов с шизофренией

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
F21	F21	Шизотипическое расстройство	10	25
Всего			40	100

Таблица 2

Диагностическая характеристика пациентов ШАП

Код по МКБ-10		Диагноз	Пациенты, N = 34	
			N	%
F25	F25	Шизоаффективные расстройства	19	56
	F25.0	Шизоаффективные расстройства, маниакальный тип	7	21
	F25.1	Шизоаффективные расстройства, депрессивный тип	1	3

	F25.2	Шизоаффективные расстройства, смешанный тип	3	8
	F25.8	Др. шизоаффективные расстройства	4	12
			34	100

Анализ результатов исследования семейных факторов проводился на основе четырехаспектной 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 и коалиции.

Для анализа общей семейной иерархии испытуемых просили использовать специальные подставки: чем больше подставок у фигурки, тем большее влияние у данного члена семьи. В таблице 3 приведены результаты, полученные при анализе актуальных репрезентаций пациентов и здоровых испытуемых. Как видно из таблицы 3 по показателю общей семейной иерархии были выявлены статистические различия между группами больных шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,026$, Pearson Chi-square test), а также между пациентами ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,056$, Pearson Chi-square test), но не было зафиксировано различий между двумя экспериментальными группами.

Таблица 3

Показатели общей семейной иерархии больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Иерархия	Группа		
	Больные шизофренией	Больные шизоаффективными р-ми	Здоровые испытуемые
инверсия ²	15 % a	14,7 % b	20 % ab
низкая	30 % a	35,3 % b	57,5 % ab
средняя	45 % a	47,1 % b	17,5 % ab
высокая	10 % a	2,9 % b	5 % ab

a — статистические различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,026$, Pearson Chi-square test).

b — статистические различия между пациентами ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,056$, Pearson Chi-square test).

² Инверсия иерархии указывает на то, что в руках ребенка (в нашем случае молодого человека) находится больше власти, чем у одного из родителей в се-

Как видно из таблицы 3, семьи пациентов с ШАП, также как семьи больных шизофренией, в сравнении с семьями здоровых испытуемых характеризует средняя иерархия (47,1 %, 45 % соответственно). Преобладание средней иерархии в семье указывает на то, что власть в таких семьях находится, как правило, в руках родителей, хотя и дети имеют право голоса. Такое распределение власти характерно для семей с подростками и молодыми людьми юношеского возраста. В семьях здоровых испытуемых чаще встречается низкая иерархия (57,5 %), указывающая на равномерное распределение власти между членами семьи, что соответствует психологическим законам жизненного цикла семьи со взрослым ребенком, каковыми являются испытуемые во всех трех обследованных группах.

В таблице 3 видно, что в репрезентациях семей всех групп испытуемых встречается инверсия иерархии. Качественный анализ интервью позволил выявить характер распределения власти во всех типах семей. В репрезентациях семьи здоровых испытуемых инверсию иерархии (20 %) можно интерпретировать как проявление сепарации и потребности в самостоятельности и независимости от родителей. На основе интервью следует отметить, что 70 % здоровых испытуемых работают и помогают родителям деньгами, многие сами себя содержат. В актуальной репрезентации семьи больных шизофренией инверсия иерархии встречается в 15 % случаев. Но при этом, в отличие от здоровых испытуемых, при отсутствии профессиональной занятости часто имела место коалиция пациента с одним из родителей (как правило с матерью), что свидетельствует о дисфункциональности этого показателя. В актуальной репрезентации семьи больных ШАП инверсия иерархии встречается с такой же частотой, как и у больных шизофренией (14,7 % случаев). Однако качественный анализ показал, что все пациенты ШАП наделены большей властью, чем один из родителей и, в отличие от больных шизофренией, работают, сами себя содержат и не включены в коалиции.

Характер распределения семейных ролей определяли по результатам теста FAST и структурированного интервью. В большинстве семей пациентов больных шизофренией (67,5 % случаев) и больных ШАП (50 % случаев) роль главы семьи чаще на себя берет мать (количество подставок больше чем у любой другой фигуры), пациенты ее наделяют большей властью, чем любого другого члена семьи. То же характерно и для семей здоровых испытуемых (53 %), что отражает специфику культу-

рье. Показатель инверсии следует рассматривать в возрастном и культуральном аспекте, как отражающий проявления сепарационных потребностей взрослых детей, проживающих с родителями.

рального российского контекста. Однако при этом в репрезентациях больных шизофренией отец обладает меньшим количеством власти, чем другие члены семьи или вообще ее не имеет, другими словами, находится на низшей ступени иерархии. В интервью пациенты комментируют это следующим образом: «мама хозяин в семье, отец всегда был пассивен», «все решает мать», «мама-лидер», «мама берет на себя ответственность за все», «мама несет все заботы о семье на себе». В семьях же больных шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых отец обладает меньшей властью по сравнению с матерью, но, как правило, влиятельнее других членов семьи. Таким образом, показатели семейной иерархии свидетельствуют о большей близости между здоровыми испытуемыми и пациентами ШАП, дисфункции же в семьях больных шизофренией выражены в наибольшей степени.

Наличие коалиции в семье определяли по результатам теста FAST и структурированного интервью. Коалицией считали ситуацию, когда на доске 9×9 фигурка одного из родителей располагается значительно ближе к ребенку в квадрате 3×3 , чем к другому родителю, это подтверждается словесными комментариями, свидетельствующими о большей близости между представителями разных поколений и слабости супружеской подсистемы. Подсчитывали средний показатель по группе: отношение числа коалиций в семьях к общему числу испытуемых в группе.

Таблица 4

Показатель коалиций семей больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Коалиции	Группа		
	Больные шизофренией	Больные шизоаффективными р-ми	Здоровые испытуемые
есть	32,5 % ab	2,9 % b	7,5 % a
нет	67,5 % ab	97,1 % b	92,5 % a

a — статистические различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,001$, Pearson Chi-square test).

b — статистические различия между больными шизофренией и пациентами ШАП ($p = 0,001$, Pearson Chi-square test).

Из таблицы 4 видно, что дисфункции по типу коалиций встречаются в семьях больных шизофренией в 4 раза чаще по сравнению со здоровыми испытуемыми, и различия достигают статистической значимости ($p = 0,001$, Pearson Chi-square test). Коалиции имеют место более чем

у трети больных шизофренией (33 %) и достаточно редко встречаются в семьях здоровых испытуемых (8 %) и еще реже у больных шизоаффективными расстройствами (3 %).

б) Связь и внешние 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 связанности.

Таблица 5

Показатели семейной сплоченности больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Сплоченность	Группа		
	Больные шизофренией	Больные шизоаффективными р-ми	Здоровые испытуемые
низкая	57,5 % a	38,2 % ab	52,5 % b
средняя	35 % a	17,6 % ab	27,5 % b
высокая	7,5 % a	44,1 % ab	20 % b

a — статистические различия между больными шизофренией и пациентами ШАП ($p = 0,001$, Pearson Chi-square test).

b — различия на уровне тенденции к статистической значимости между пациентами ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,081$, Pearson Chi-square test).

По данному показателю семейной системы были установлены статистически значимые различия между показателями пациентов с ШАП и показателями группы больных шизофренией ($p = 0,001$) и здоровых испытуемых ($p = 0,081$) — на уровне тенденции к значимости. В репрезентациях больных с ШАП практически в 6 раз чаще в сравнении с репрезентациями больных шизофренией и в 2 раза чаще в сравнении с репрезентациями здоровых испытуемых встречается высокий уровень сплоченности (44,1 %). Следует отметить, что высокий уровень сплоченности в репрезентациях пациентов с ШАП, как правило, сочетался с низким уровнем иерархии. Другими словами, семейная система представляет собой «эго-массу», то есть запутанную систему, где уровень сплоченности слишком высок, все члены семьи обладают

равной властью, и степень дифференцированности членов семьи низкая. В интервью пациенты характеризуют семью так: «у нас дружная семья», «мы единое целое», «у нас идеальная, дружная семья». Качественный анализ высказываний и процентное распределение разных типов сплоченности свидетельствует о низкой дифференцированности семей больных шизоаффективными расстройствами, в которых практически нет коалиций детей с родителями, но и не выделена четко супружеская подсистема.

При этом статистически значимых различий между показателями больных шизофренией и здоровых испытуемых не установлено, то есть семьи больных шизофренией формально не отличаются по уровню сплоченности от семей здоровых испытуемых и характеризуются низкой и средней сплоченностью. Однако следует отметить, что качественный анализ репрезентаций семей здоровых испытуемых и больных шизофренией, указывает на значительные различия в характере близости между членами семьи. Низкая сплоченность в семьях здоровых испытуемых объясняется естественным процессом сепарации молодого человека от родителей, как правило, на шахматах свою фигурку здоровые испытуемые ставят дальше от фигур родителей. В репрезентациях же семьи больных шизофренией низкая сплоченность объясняется наличием коалиций одного родителя с ребенком, при этом другой родитель находится на периферии. Анализ и коалиций, и границ между подсистемами указывает на дисфункции в характере психологической близости между членами семьи больных шизофренией.

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 одного раза в месяц, одного 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 ($p = 0,000$, Pearson Chi-square test) (табл. 6).

Таблица 6

Показатели внешних границ семей больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Границы	Группа		
	Больные шизофренией	Больные шизоаффективными р-ми	Здоровые испытуемые
Открытые	12,5 % ab	41,2 % bc	62,5 % ac
Закрытые	87,5 % ab	58,8 % bc	37,5 % ac

a — статистические различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,0001$, Pearson Chi-square test).

b — статистические различия между больными шизофренией и больными ШАП ($p = 0,005$, Pearson Chi-square test).

c — статистические различия между больными ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,067$, Pearson Chi-square test).

Статистически значимые различия были установлены между показателями всех групп. Как видно из таблицы 6, в семейной системе пациентов больных шизофренией (87,5 %) и ШАП (58,8 %) по сравнению с семейной системой здоровых испытуемых (37,5 %) чаще отмечаются закрытые внешние границы, при этом семьи пациентов с ШАП занимают промежуточное положение — имеют более открытые внешние границы, чем семьи больных шизофренией, но более закрытые по сравнению со здоровыми. Данные анализа макродинамики приведенные ниже в соответствующем разделе свидетельствуют о том, что внешние границы семей пациентов с ШАП стали более закрытыми в связи с болезнью, в то время как у больных шизофренией границы были закрытыми как до, так и после манифестации заболевания.

2. Результаты исследования микродинамики семейной системы (семейный коммуникативный стиль).

Важной характеристикой коммуникативного стиля является уровень конфликтности отношений. Частота конфликтов или индекс конфликтности определялся на основании интервью к FAST 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 количество испытуемых в группе. Между показателями здоровых и больных шизофренией испытуемых по индексу конфликтности

была выявлена тенденция к статистическим различиям ($p = 0,084$, Pearson Chi-square test). Между показателями больных ШАП и показателями двух других групп статистических различий не установлено. В статье «Репрезентации родительской семьи у больных шизофренического спектра» [Коновалова, Холмогорова 2013] мы подробно описали характер конфликтов, возникающих в семьях больных шизофренией, и выявили, что больше всего конфликтов возникает в супружеской подсистеме (40 %) и, зачастую, на почве химической зависимости одного или обоих родителей. Стоит отметить, что конфликты в семьях больных шизофренией в сравнении со здоровыми испытуемыми более аффективно насыщенные, регулярные, продолжительные с вовлечением всех членов семьи.

Анализ конфликтных репрезентаций больных ШАП тоже показал, что большая часть конфликтов происходит в родительской подсистеме на почве химической зависимости одного из родителей. Пациенты с ШАП отмечают также конфликты на тему «отцов и детей», а именно на почве борьбы за власть и личное пространство. В интервью пациенты часто говорили: «родители навязывают свое мнение», «мама все время лезет в мою жизнь», «родители меня подавляют и руководят мною». Следует отметить, что конфликты в семье пациенты с ШАП в сравнении с больными шизофренией описывают как менее деструктивные и эмоционально окрашенные. Из интервью видно как ведут себя при этом разные члены семьи: «я избегаю конфликтов», «мама переживает, расстраивается и старается помочь», «папа отстраняется и уходит», «папа пил — мама кричала», «я веду себя неадекватно, кричу, мама расстраивается».

Таблица 7

Показатели индекса конфликтности больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых в актуальной репрезентации (тест FAST)

Индекс конфликтности	Группа		
	Больные шизофренией	Больные шизоаффективными р-ми	Здоровые испытуемые
низкий	25 % а	38,2 %	45 % а
средний	25 % а	17,6 %	27,5 % а
высокий	50 % а	44,1 %	27,5 % а

а — тенденция к статистическим различиям ($p = 0,084$, Pearson Chi-square test).

Особенности микродинамики родительской семьи испытуемых исследовались также с помощью опросника СЭК. Согласно данным оп-

росника, родительские семьи больных шизофренией и шизоаффективным расстройством оказались более дисфункциональными, чем родительские семьи здоровых испытуемых (табл. 8).

Между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, помимо общего показателя дисфункциональности, выявились статистические различия по трем частным показателям: ценности внешнего благополучия ($p = 0,004$), индуцирования недоверия к людям ($p = 0,002$) и сверхвключенности (повышенного контроля и опеки) ($p = 0,001$), а также на уровне тенденции к статистическим различиям по показателю родительская критика ($p = 0,012$). Все перечисленные дисфункции значимо более выражены в семьях больных шизофренией.

Между показателями больных шизофренией и показателями больных шизоаффективным расстройством выявились статистические различия по двум показателям: индуцирование недоверия к людям ($p = 0,019$), семейный перфекционизм ($p = 0,025$). Показатель индуцирования недоверия к людям выше в группе больных шизофренией, а показатель семейного перфекционизма выше в группе больных шизоаффективным расстройством.

Между показателями больных страдающих шизоаффективным расстройством и здоровых испытуемых помимо общего показателя дисфункциональности, выявились статистические различия по четырем частным показателям: индуцирование тревоги ($p = 0,061$), внешнее благополучие ($p = 0,002$), фиксация на негативных переживаниях ($p = 0,091$), сверхвключённость ($p = 0,01$). По всем показателям значения выше в группе больных шизоаффективным расстройством.

Таблица 8

Стили эмоциональных коммуникаций в родительской семье больных шизофренией, шизоаффективными расстройствами и здоровых испытуемых (СЭК)

Группы сравнения	Больные шизофренией (N = 40), M (SD)	Больные шизоаффективными р-ми (N = 34), M (SD)	Здоровые испытуемые (N = 40), M (SD)
Факторы			
Родительская критика	9 (4,2) a_t	7,97 (4,07)	7,1(3,3) a_t
Индуцирование тревоги	11 (4,11)	11,79 (3,55) b_t	10,27(3,73) b_t
Элиминация эмоций	9,7 (2,95)	8,64 (3,70)	8,87 (3,6)
Внешние благополучие	6 (2,14) c^{**}	6,05 (1,98) d^{**}	4,67 (1,85) $c^{**}d^{**}$
Фиксация на негативных переживаниях	4,9 (1,9)	5,29 (1,94) e_t	4,52 (2,14) e_t

Индукция недовере- ния к людям	3,32 (1,62) <i>f** g*</i>	2,44 (1,37) <i>g*</i>	2,25 (1,31) <i>f**</i>
Семейный перфекционизм	3,15 (1,6) <i>h_t</i>	4,05 (1,41) <i>h_t</i>	3,77 (1,4)
Сверхвключённость	7,45 (2,78) <i>i**</i>	7,11 (3,05) <i>j*</i>	5,45 (2,03) <i>i**j*</i>
Общий показатель се- мейных дисфункций	54,9 (11,9) <i>k**</i>	53,38 (11,40) <i>l*</i>	47,17 (11,35) <i>k**l*</i>

M (mean) — среднее значение

SD — стандартное отклонение

a — различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p=0,089$, Mann-Whitney test)

b — различия между больными ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,061$, Mann-Whitney test)

c — различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,004$, Mann-Whitney test)

d — различия между больными ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,002$, Mann-Whitney test)

e — различия между больными ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,091$, Mann-Whitney test)

f — различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,002$, Mann-Whitney test)

g — различия между больными шизофренией и больными ШАП ($p = 0,019$, Mann-Whitney test)

h — различия между больными шизофренией и больными ШАП ($p = 0,025$, Mann-Whitney test)

i — различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,001$, Mann-Whitney test)

j — различия между больными ШАП и здоровыми испытуемыми ($p = 0,01$, Mann-Whitney test)

k — различия между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми ($p = 0,002$, Mann-Whitney test)

l — различия между больными ШАП и здоровыми испытуемыми ($p=0,012$, Mann-Whitney test)

* — различия статистически достоверны, при $p < 0.01$

** — 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 таблицы 8, семейную систему больных ШАП от семейной системы больных шизофренией отличает значимо более высокие показатели семейного перфекционизма. Шкала семейного перфекционизма отражает воспитание ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству. Высокий уровень семейного перфекционизма характерен также для больных расстройствами аффективного

спектра [Воликова, 2006; Холмогорова, 2011], что свидетельствует в пользу гипотезы смешенной природы шизоаффективной патологии.

В то же время, в семейной системе больных шизофренией значимо более высокие показатели индуцирования недоверия к людям. Это шкала оценивает степень открытости внешних границ системы, возможности доверять чужим людям, не родственникам. По этому показателю семьи больных ШАП ближе к показателям здоровых испытуемых.

3. Результаты исследования макродинамики семейной системы больных ШАП.

Исследование макродинамики осуществлялось на основе сравнительного анализа актуальной репрезентации и репрезентации семейной системы до манифестации заболевания. Анализ дополнялся данными структурированного интервью. 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 Мак-Немара (для дихотомических переменных) для показателей внешних границ и коалиций.

Как видно на диаграмме по субъективным представлениям больных с шизоаффективными расстройствами, после возникновения заболевания происходят изменения в системе власти: повышается иерархическая позиция больного, что выражается в увеличении числа инверсий иерархии (14,7 %). Можно предположить, что вопреки болезни ребёнка (молодого человека), он приобретает ответственность за принятие решений и власть в большей степени, чем имел, что соответствует возрастному периоду испытуемых и жизненному циклу семьи, и можно расценивать как процесс сепарации от родителей. Это подтверждают демографические данные: 32 % пациентов ШАП работают и 24 % имеют собственные семьи. То есть болезнь не нарушает процесс сепарации, а может быть даже и катализирует отделение от семьи.

Применение критерия знаков позволило выявить значимость различий между показателями сплоченности в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни у больных ШАП ($p = 0,031$). Статистически значимых различий по показателю коалиций семейной системы до и после манифестации болезни не установлено. На рис. 2 видно, что в ретроспективной репрезентации встречается преимущественно высокий в 50 % случаев уровень сплоченности, на основе чего можно предположить, что до

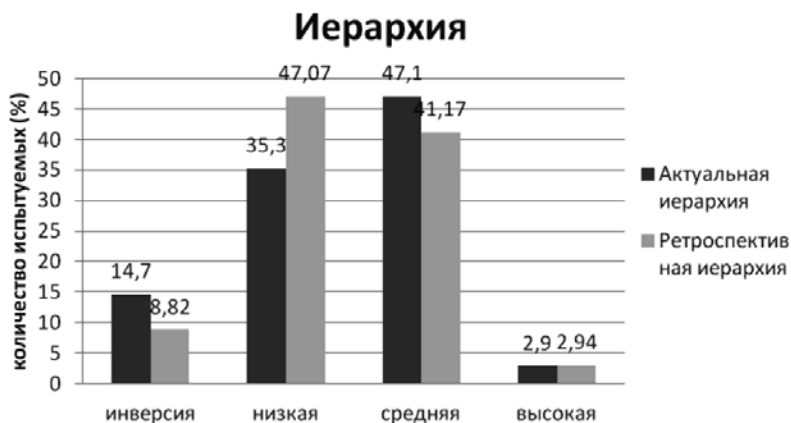


Рис. 1. Показатели иерархии семей больных ШАП в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST)

возникновения заболевания семейная система больных ШАП характеризуется высокой сплоченностью и низкой иерархией. После манифестации заболевания дистанция между членами семьи увеличивается, а близость снижается. Данные демографии и структурированного интервью свидетельствуют о том, что это связано с желанием пациента сепарироваться от родителей. В беседе пациенты отмечали, что стремятся к повышению собственной власти в семье, повышению своего авторитета, добиваются ситуации, когда их слово играет важную роль при принятии решений. Многие из пациентов работают (32 %) и строят свои семьи (24 %), в отличие от больных шизофренией. Таким образом, описанные тенденции макродинамики отражают сепарационные процессы и потребность больных в большей независимости и автономии, которая не только не блокируется болезнью, но продолжает определять процесс макродинамики.

Применение критерия хи-квадрат МакНемара позволило зафиксировать значимость различий между показателями внешних границ в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни у больных ШАП на уровне $p = 0,001$. На рис. 3 видно, что до манифестации заболевания внешние границы семьи пациентов преимущественно были открытыми (73,52 %), а в актуальной ситуации в семьях чаще встречаются закрытые внешние границы. Можно предположить, что возникновение болезни спровоцировало некоторые семьи меньше общаться с друзьями и знакомыми, возможно, это связано со страхом оценки и осуждения со стороны окружающих и, конечно, с семейной ценностью внешнего благополучия (табл. 8).

Сплоченность

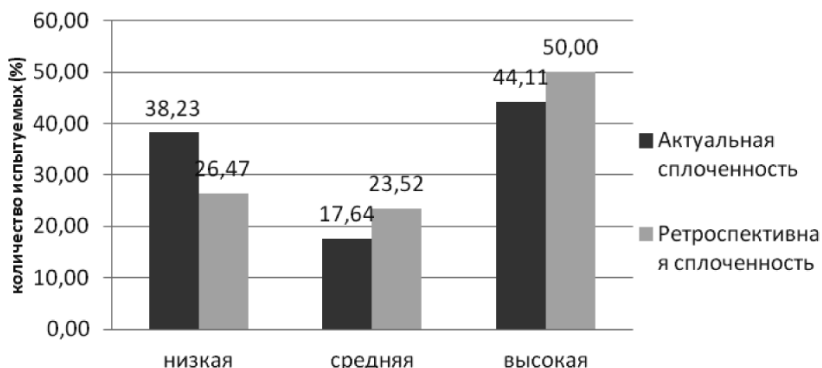


Рис. 2. Показатели сплоченности семей больных ШАП в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST)

Внешние границы

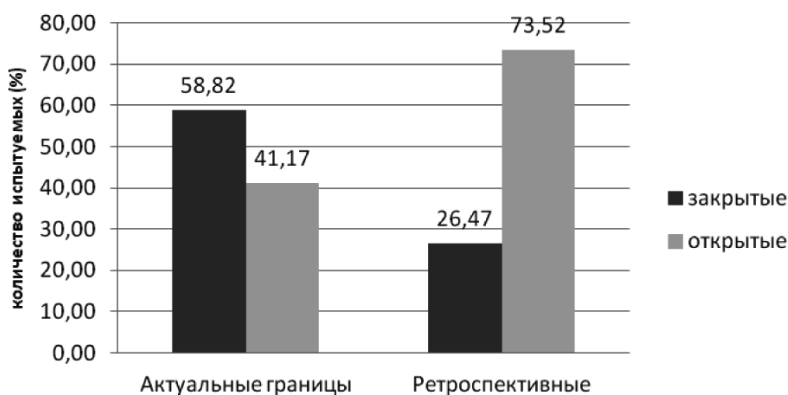


Рис. 3. Показатели внешних границ семей больных ШАП в двух репрезентациях (до манифестации болезни и актуальной репрезентации) (тест FAST)

Значимых различий между показателями индекса конфликтности в актуальной репрезентации и в репрезентации до манифестации болезни у больных ШАП не установлено.

На рис. 4 видно, что уже до манифестации заболевания в семьях в половине случаев встречается высокий индекс конфликтности. Эти

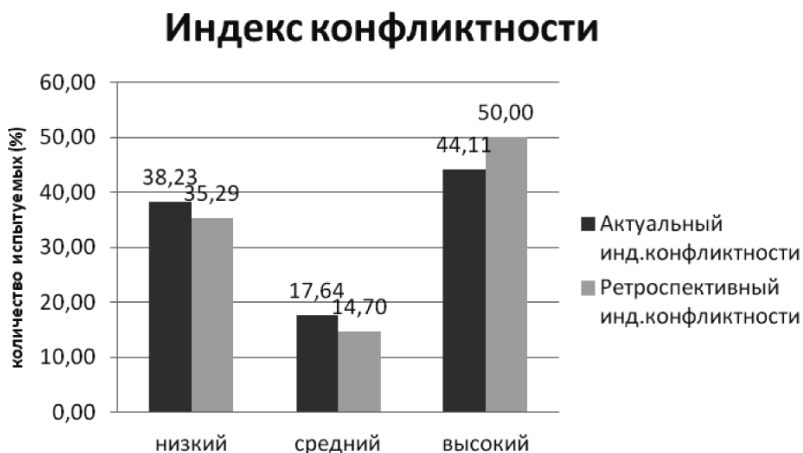


Рис. 4. Показатели индекса конфликтности семей больных ШАП в двух репрезентациях (до манифестации болезни (ретроспективный конфликт) и в настоящей ситуации (актуальный конфликт) (тест FAST)

данные позволяют предположить, что для такого типа семей характерна эмоциональная напряженность и стрессогенная семейная ситуация, которая может вносить свой вклад в манифестацию болезни.

4. Результаты исследования идеологии семейной системы.

Идеология семейной системы во многом определяется родительскими установками и убеждениями о других людях, о мире, о себе. Эти представления трансформируются в семейные правила и нормы поведения по отношению к окружающим, и имеют свое отражение в семейных коммуникациях. Сравнение результатов Опросника СЭК (табл. 8) у пациентов с шизофренией, ШАП и здоровых испытуемых показало, что в семьях больных шизофренией 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». Высокие значения показателя внешнего благополучия, позволяют говорить о правилах сдержанности и ценности благополучного фасада. В семьях больных ШАП также значимо выше показатель внешнего благополучия ($p = 0,002$, Mann-Whitney test) в сравнении со здоровыми испытуемыми. Таким образом, семьи больных шизофренией и ШАП отличаются от семей здоровых испытуемых убеждениями о враж-

дебности окружающего мира, о необходимости скрывать проблемы и демонстрировать внешнее благополучие.

Данные о структурных характеристиках семей подтверждают эти результаты. Почти во всех семьях (87,5 %) больных шизофренией и в более половине случаев в семьях больных ШАП закрытые внешние границы (табл. 6). Отметим, что при анализе макродинамики семейной системы было установлено, что границы семьи больных шизофренией были преимущественно закрытые и до манифестации заболевания — в 70 % случаев (рис. 3). Эти факты позволяют утверждать, что закрытые внешние границы и правило «не доверять другим людям» являются устойчивыми дисфункциональными особенностями семейной идеологии больных шизофренией. Что же касается структурных характеристик семейной системы больных ШАП, то при анализе макродинамики семейной системы было установлено, что границы семьи больных ШАП были преимущественно открытые до манифестации заболевания — в 73,52 % случаев (рис. 3). Можно предположить, что ценность благополучного фасада, т. е. стремление поддерживать миф о том, что все хорошо, возникает после заболевания — как реакция на него. Следует отметить, что семейную систему больных ШАП от семенной системы больных шизофренией отличают значимо более высокие показатели семейного перфекционизма. Другими словами, в семье больных ШАП существует установка воспитывать ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству. Это также может способствовать стремлению скрывать проблемы, связанные с возникновением болезни.

Обсуждение результатов.

Семьи пациентов ШАП занимают по ряду показателей структуры, микро-, макродинамике и идеологии промежуточное положение между двумя другими группами — больных шизофренией и здоровых испытуемых. Напомним, что пациенты, включенные в исследование, находятся на этапе сепарации. В этом ракурсе важно отметить, что полученные данные об уровне иерархии у больных ШАП свидетельствуют о том, что имеются трудности в процессе сепарации, сближающие эти семьи с семьями больных шизофренией. Вместе с тем, часть пациентов (14,7 %) отметили инверсию иерархии и свою достаточную экономическую независимость и автономность в семье, что сближает их с семьями здоровых испытуемых. Обращает на себя внимание высокий уровень общей семейной сплоченности в репрезентациях семьи пациентов больных ШАП, что отличает их от семей больных шизофренией, в которых часто встречаются коалиции между матерью и ребенком. Высокую сплоченность в виде недифференцированной связи между всеми членами семьи можно считать

одной из специфических характеристик этих семей. При таких отношениях семейная система становится запутанной, члены семьи образуют слитую «эго — массу» (М. Боуэн), что встает на пути взросления, самоопределения и формирования зрелого поведения у взрослого ребенка.

Отсутствие межпоколенных коалиций в семьях пациентов ШАП отличает их от семей больных шизофренией. В семьях больных шизофренией низкая сплоченность обусловлена наличием коалиций одного родителя с ребенком, в этих же случаях встречается и инверсия иерархии, при периферических позициях второго родителя.

Так же семьи пациентов с ШАП и больных шизофренией сближает наличие преимущественно закрытых внешних границ семейной системы по сравнению с семьями здоровых испытуемых. Но все же в репрезентациях больных ШАП достоверно чаще открытые внешние границы, чем в семьях больных шизофренией. Следует отметить, тот факт, что в ретроспективной репрезентации больных ШАП границы преимущественно открытые — в 70 % случаев — и статистически не отличаются от репрезентаций здоровых испытуемых. Этот факт позволил нам предположить, что закрытые внешние семейные границы в репрезентациях пациентов с ШАП являются результатом реакции на возникновение болезни, а не правилом семейной системы. Некоторые семьи стали отказываться от контакта с окружающими, возможно из-за страха оценки со стороны окружающих. Зарубежные исследования семей, в которых появлялся психически больной, указывают на наличие «чувства вины и стыда», возникающего у родственников при диагностировании психического расстройства. Родные стремятся скрывать сам факт наличия в семье психически больного, испытывая страх перед тем, что кто-либо узнает о болезни родственника [Cechnicki, Bielanska, Hanuszkiewicz, Dare, 2013]. Пациенты отмечают, что после возникновения болезни стало сложнее поддерживать отношения с друзьями и коллегами, что родители перестали приглашать друзей в гости (Мама стесняется моего веса, после болезни друзья от меня отвернулись, у нас в доме злая собака, поэтому редко ходят гости). В семьях больных шизофренией границы были закрытыми как до манифестации болезни, так и после.

К особенностям микродинамики как семьи больных ШАП, так и больных шизофренией можно отнести высокий уровень семейного стресса, который выражается в частоте и характере протекания конфликтов по сравнению с семьями здоровых испытуемых. В семьях пациентов повышенный контроль и опека сочетаются с недоверием к окружающим людям и стремлением поддержания мифа о благополучии. Специфическим для семей больных ШАП является высокий уровень семейного перфекционизма, что отличает эти семьи от семей больных шизофренией и сближает с семьями больных депрессией.

Результаты исследования идеологии семейной системы позволяют утверждать, что семьи больных ШАП характеризуются стремлением поддерживать образ благополучного фасада. В основе этого правила лежит убеждение в необходимости скрывать проблемы и демонстрировать внешнее благополучие, тоже характерно и для семей больных шизофренией.

* * *

Выводы:

1. В результате сравнительного анализа репрезентаций родительской семьи больных с шизоаффективными расстройствами с репрезентациями здоровых испытуемых на основе четырехаспектной модели семейной системы были выявлены дисфункции по всем параметрам семейной системы: закрытые внешние границы семейной системы (структурные дисфункции); индуцирование тревоги и фиксация на негативных переживаниях (микродинамика); ценность благополучного фасада, правило воспитывать ребенка в духе очень высоких стандартов и стремлений к совершенству (идеология); наличие дисфункций в виде закрытых границ после манифестации заболевания; повышенный уровень конфликтов не только после, но и до заболевания (макродинамика).

2. В результате сравнительного анализа репрезентаций родительской семьи больных ШАП и больных шизофренией на уровне структуры выявились значимые различия по параметрам внешних и внутренних границ семейной системы. В семьях больных шизофренией внешние границы системы преимущественно закрытые и до манифестации заболевания, и после, в семьях же больных ШАП внешние границы системы достоверно чаще открытые. Семьи ШАП отличаются высокой общей семейной сплоченностью, от семей больных шизофренией, для которых характерна низкая семейная сплоченность в сочетании с межпоколенными коалициями. На уровне микродинамики репрезентации больных шизофренией характеризуются высоким уровнем эмоциональной экспрессивности и сверхвключенностью, в репрезентациях же больных ШАП эти дисфункции менее выражены. Таким образом, репрезентации семей больных шизофренией более дисфункциональные, чем репрезентации родительской семьи пациентов с шизоаффективными расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

Бейтсон Г. К теории шизофрении. Гл. В кн. Экология разума / пер. с англ. М.: «Смысл», 2000. 476 с

- Бейтсон Г. Групповая динамика шизофрении. Гл. В кн. Экология разума / пер. с англ. М.: «Смысл», 2000. 476 с
- Байкин Е.Ф., Корнева Т.В. К вопросу об изучении эмоционального общения при шизофрении (социально-психологические исследования в психоневрологии). Л.: Ленинград, 1980.
- Белусов Ю.Б., Белусов 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.
- Бейкер К., Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / Под ред. Бейкер К., Варга А.Я. — М.: Когито-центр, 2008.
- Бобров А.С., Рожкова М.Ю., Рожкова Н.Ю. ДЕПРЕССИВНОЕ ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (ТИПОЛОГИЯ МАНИФЕСТНЫХ ПРИСТУПОВ) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 1. Т. 23. с.
- 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. (2-е изд.). 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. Москва: Медпрактика, 2007. 260 с.
- Горбунова Л.Н., Варламов Э.В., Ломаченков А.С. Нарушения внутрисемейных отношений у больных шизофренией и пути их коррекции // Ж. Социально-психологические исследования в психоневрологии. Л.: Ленинград, 1980.
- Дикая В.И., Корнев А.Н., Бологов П.В. О клинической дифференциации шизоаффективного психоза // Мат. научн.-практ. конф. с междунар. участием. Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. М., 1998. С. 22—33.
- Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: автореф. диссертации на соискание степени канд. мед. наук. СПб., 1999. 23 с.
- Каплан Х.С., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х томах, М.: «Медицина», 1998. 533 с.
- Коновалова А.Х., Холмогорова А.Б. Репрезентации родительской семьи у больных расстройствами шизофренического спектра // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1 (76). С. 90—113.
- Коцюбинский А.П. «Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных»: Автореферат диссертации на соискание степени 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.
- Ривкина Н.М., Сальникова Л.И.* Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65—76.
- Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра: монография. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
- Холмогорова А.Б.* Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 2. Частная патопсихология. Глава 2. Шизофрения. М.: Издательский центр «Академия», 2012. 37—127 с.
- 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.Х.* 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 Hanuszkiwicz, Artur Daren.* The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. Journal of Psychiatric Research 47. 2013. 208—214 с.
- Angst J.* Verlauf und Ausgang affektiver und schizo-affektiver Erkrankungen in: Huber G. ed. Zykllothymie-offene Fragen. Artl. Gessprach-1986-Bd. 41-s. 41—82.
- Angst J.* «From psychoanalysis to epidemiology: autobiographical notes» Acta Psychiatrica Scandinavica 119: 2009. 87—97 с.
- Bell M, Fiszdon J, Richardson R, Lysaker P, Bryson G.* Psychiatry Res. Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments. 30 May 2007 Psychiatry Research 151 (1—2); p. 37—46.
- Dolores Malaspina, Michael J. Owen, Stephan Heckers, Rajiv Tandon, Juan Bustillo Susan Schultz, Deanna M. Barch, Wolfgang Gaebel, Raquel E. Gur, Ming Tsuang, Jim Van Os, William Carpenter.* Schizoaffective Disorder in the DSM-5, 2013 Elsevier B.V. Schizophrenia Research
- Jordan W Smoller (lead), Nicholas Craddock, Kenneth Kendler, Phil Hyoun Lee, Benjamin M Neale, John I Nurnberger, Stephan Ripke, Susan Santangelo, Patrick F Sullivan.* Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Published online February 28, 2013 www.thelancet.com
- Elie Cheniaux, J. Landeira-Fernandezc, Leonardo Lessa Telleza, Jose Luiz M. Lessaa, Allan Diasa, Teresa Duncana, Marcio Versiania* Does schizoaffective disorder really

- exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders 2008 Mar; 106 (3): 209—17. Epub 2007 Aug 23.
- Kriesman D., Joy V.* Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature // *Schizophr. Bull.* 1974. Vol. 1, N 10. P. 34—57.
- Ndeti DM., Khasakhala L., Meneghini L., Aillon JL., Afr J.* The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya. *Psychiatry (Johannesbg)* 2013 Mar;16 (2): 110—7. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i2.14>.
- Thomas M. Gehring, Marianne Debry, Peter K. Smith.* 2001, 293 с. *The Family System Test (FAST): theory and application.* London and Philadelphia: Routledge.
- Taylor, M.A.* 1992. Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. *American Journal of Psychiatry* 149, 22—32.

REPRESENTATIONS OF THE PARENTAL FAMILY IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER AND SCHIZOPHRENIA

A.H. KONOVALOVA, A.B. KHOLMOGOROVA, A.A. DOLNYKOVA

The article presents research findings on the perceptions of the parental family in patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. The study was based on the four aspect model of the family system, developed by A.B. Kholmogorova (2011). The structural and dynamic characteristics of parental families (family representations) were studied using self-report methods. Significant differences were found in a number of parameters. For example, closed external borders and numerous coalitions (primarily between mother and child) were found in families of patients with schizophrenia both before and after the manifestation of the disorder. At the same time, strong connections between all members of the family are seen in patients with schizoaffective disorders (as opposed to coalitions), while excessive impermeability of external borders is seen only after the manifestation of the disorder. It is shown that as compared to patients with schizophrenia, the family system of those with schizoaffective disorder is closer to the system of healthy patients and is less dysfunctional both before and after the manifestation of the disorder. The authors conclude that there is a difference in the psychosocial contexts of the onset and course of different schizophrenia spectrum disorders.

Keywords: schizophrenia, schizoaffective disorder, four-aspect model of the family system, family system, family dysfunctions, family structure, family microdynamics, family macrodynamics, family ideology, The Family System Test Thomas M. Gehring

- Bateson G.* The theory of schizophrenia. Chap. In the book. *Ecology of Mind / Per. with angl.M.:* "Sense", 2000. 476 pp.
- Bateson G.* Group dynamics of schizophrenia. Chap. In the book. *Ecology of Mind / Per. with angl.M.:* "Sense", 2000. 476 pp.

- Bazhin EF*, the root of T. On the study of emotional communication in schizophrenia (social-psychological research in psychoneurology). AL: Leningrad, 1980.
- Belousov, YB, Belousov DY, Omel'yanovskii VV Beketov AS, E. Boyko* Pharmacoeconomic efficacy of atypical antipsychotics in patients with schizophrenia // Psychiatry and psycho-pharmacotherapy. Journal for psychiatrists and physicians practices. 2007. Number 4. Tom 09. s. 49—55.
- K. Baker, AJ Varga* Family systems theory of Murray Bowen: Concepts, Methods and Clinical Practice / Ed. *K. Baker, AJ Varga* — Moscow: Cogito Center, 2008.
- Bobrov S., M. Rozhkov Yu, Yu N. Rozhkov.* Depressive schizoaffective disorder (typology of symptomatic attack) // Social and Clinical Psychiatry. Of 2013. 1. T. 23 number. s.
- Burkovsky G.V., Vuks A.J., Iovlev B.V., Korabel'nikov K.V., Pink E.* Conditions of family education of patients with schizophrenia and characteristics of the disease (social-psychological research in psychoneurology). AL: Leningrad, 1980.
- View V.D.* Psychotherapy of schizophrenia. (2nd ed.). St. Petersburg: "Peter", 2001. 158 c.
- Volodin B. Yu.* K issue of Psychotherapy of schizophrenia // Moscow psychotherapeutic magazine. 2000. № 3. C. 118—130.
- Gurovich I.J., Schmookler A.B., Storozhakova Y.A.* Mental health care for people with schizophrenia: Clinical guidelines. Moscow: medical practice, 2007. 260.
- Gorbunov LN, Varlamov EV, Lomachenkov A.* Violations of family relations in patients with schizophrenia and ways to correct them // J. Socio -psychological research in psychoneurology. AL: Leningrad, 1980.
- Wild VI, Korenev AN Bologov PV.* On the clinical differentiation of schizoaffective psychosis // Math. nauchn. and practical. Conf. with Intern. participation. Affective and schizoaffective psychosis. The current state of the problem. Moscow, 1998. S. 22—33.
- Vladimir Zaitsev.* The influence of family relationships on social adjustment and quality of life of patients with schizophrenia: Author. dissertation for the degree of PhD. honey. Science. St. Petersburg., 1999. 23 sec.
- Kaplan HS, Sedok BJ.* Clinical Psychiatry. In 2 volumes, M.: "Medicine", 1998. 533 c.
- Konovalova A.Kh., Kyolmogorova A.B.* Reprezentatsii roditel'skoj sem'i u bol'nykh rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013. № 1 (76). s. 90—113.
- Kotsjubynsky AP.* "The importance of psychosocial factors in the etiopathogenesis of schizophrenia and social adaptation of patients": dissertation for the degree of Doctor. med. St. Petersburg., 1999. 46 c.
- Rivkin, NM.* Group psychosocial work with families in the comprehensive care of patients with first-episode // Social and Clinical Psychiatry. 2010. 3.T.20 number. pp. 42—48.
- Rivkin, NM, Sal'nikova LI* Working with families in the psychosocial treatment of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with first psychotic episodes // Social and Clinical Psychiatry. 2009. T. 19, № 1. S. 65—76.
- Kholmogorova AB* Integrative Psychotherapy of affective spectrum disorders: a monograph. Moscow: Publishing House "medical practice — M", 2011. 480 s.
- Kholmogorova AB* Clinical Psychology: in 4 volumes: a textbook for students of incorporation. vyssh. prof. Education. V .2. Private psychopathology. Chapter 2. Schizophrenia. Moscow: Publishing Center "Academy", 2012. 37—127 c.

- Kholmogorova AB* Psychological aspects mikrosotsialnogo context of mental disorders (for example schizophrenia) // Moscow psychotherapeutic magazine. 2000. № 3. С. 35—71.
- Kholmogorova AB* Psychotherapy of schizophrenia abroad // Moscow psychotherapeutic magazine. 1993. Number 1. P. 225—259.
- Kholmogorova AB, AH Volikova* Family context of affective spectrum disorders // Social and Clinical psihiatrya. 2004. Number 2. S. 11—20.
- Chernikov AV* integrative model of systemic family psychotherapy diagnostics. M.: "Class", 2010. 208c.
- Eidemiller EG, Yustitskis V.* Psychology and Psychotherapy semi.4 edition. St. Petersburg. "Peter", 2008. 672 c.
- Andrzej Cechnicki, Anna Bielanska, Igor Hanuszkiwicz, Artur Daren.* The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. Journal of Psychiatric Research 47. 2013. 208—214 c.
- Angst J.* Verlauf und Ausgang affektiver und schizo-affektiver Erkrankungen in: Huber G. ed. Zyklthymie-offene Fragen. Artl. Gessprach-1986-Bd. 41-s. 41—82.
- Angst J.* "From psychoanalysis to epidemiology: autobiographical notes" Acta Psychiatrica Scandinavica 119: 2009. 87—97 c.
- Bell M, Fiszdon J, Richardson R, Lysaker P, Bryson G.* Psychiatry Res. Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments. 30 May 2007 Psychiatry Research 151 (1—2); p. 37—46.
- Dolores Malaspina, Michael J. Owen, Stephan Heckers, Rajiv Tandon, Juan Bustillo Susan Schultz, Deanna M. Barch, Wolfgang Gaebel, Raquel E. Gur, Ming Tsuang, Jim Van Os, William Carpenter.* Schizoaffective Disorder in the DSM-5, 2013 Elsevier B.V. Schizophrenia Research
- Jordan W Smoller (lead), Nicholas Craddock, Kenneth Kendler, Phil Hyoun Lee, Benjamin M Neale, John I Nurnberger, Stephan Ripke, Susan Santangelo, Patrick F Sullivan.* Identifi cation of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Published online February 28, 2013www.the-lancet.com
- Elie Cheniaux, J. Landeira-Fernandezc, Leonardo Lessa Tellea, Jose Luiz M. Lessaa, Allan Diasa, Teresa Duncana, Marcio Versiania* Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders 2008 Mar; 106 (3): 209—17. Epub 2007 Aug 23.
- Kriesman D., Joy V.* Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature // Schizophr. Bull. 1974. Vol. 1, N 10. P. 34—57.
- Ndetei DM., Khasakhala L., Meneghini L., Aillon JL., Afr J.* The relationship between schizoaffective, schizophrenic and mood disorders in patients admitted at Mathari Psychiatric Hospital, Nairobi, Kenya. Psychiatry (Johannesbg) 2013 Mar;16 (2): 110—7. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i2.14>.
- Thomas M. Gehring, Marianne Debry, Peter K. Smith.* 2001, 293 c. The Family System Test (FAST): theory and application. London and Philadelphia: Routledge.
- Taylor, M.A.* 1992. Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. American Journal of Psychiatry 149, 22—32.