

**ПРОГРАММА РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА**

**Яна Александровна Гетманенко^{1,3}, Мариам Мерабовна Шанидзе¹,
Анна Владимировна Трусова³, Алла Евгеньевна Добровольская^{1,2},
Наталья Вячеславовна Воробьева¹, Александр Генрихович Софронov^{1,2}**

¹Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова,
197341, г. Санкт-Петербург, Фермское ш., д. 36, лит. А, e-mail: yana.getmanenko@gmail.com,

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра психиатрии и наркологии, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41,

³Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра медицинской психологии и психофизиологии,
199034, г. Санкт-Петербург, Университетская набережная, д. 7–9

Реферат. В статье рассматриваются специфические особенности групповой психообразовательной работы с родственниками больных шизофренией в клинике первого эпизода на примере краткосрочной программы, реализуемой в условиях стационара. Обозначенные особенности, а именно: ограниченное по времени пребывания в стационаре, открытый формат групп, специфические эмоциональные реакции, характерные для родственников первичных пациентов, не позволяют реализовать полноценные длительные мультисемейные интервенции, что делает актуальным поиск эффективных для существующих условий программ. На основании имеющейся литературы и практических наблюдений подробно описаны принципы и правила работы с родственниками клиники первого эпизода, структура и тематический план сессий, основные обсуждаемые на сессиях вопросы и рекомендации к наиболее эффективной реализации групповых занятий. Применение данной программы позволяет краткосрочно оказать помощь и поддержку родственникам пациентов, являясь при этом установочным этапом в длительном процессе реабилитации.

Ключевые слова: шизофрения, семейные интервенции, мультисемейная группа, семейная психотерапия, психообразование, социально-психологическая помощь семьям больных шизофренией, первый психотический эпизод.

**THE ASSISTANCE PROGRAM FOR FAMILIES OF PATIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA IN FIRST EPISODE CLINICS**

Yana A. Getmanenko^{1,3}, Mariam M. Shanidze¹, Anna V. Trusova³,
Alla E. Dobrovolskaya^{1,2}, Natalya V. Vorobjeva¹,
Aleksandr G. Sofronov^{1,2}

¹St. Petersburg Psychiatric Hospital № 3 named after I.I.
Skvortsov–Stepanov, 197341, St. Petersburg, Fermskoe h., 36/A,
email: yana.getmanenko@gmail.com,

²North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
Psychiatry and Narcology Department, 191015, St. Petersburg,
Kirochnaya str., 41, ³Saint-Petersburg State University, Medical
psychology and psychophysiology Department, 199034,
St. Petersburg, Universitetskaya Emb., 7–9

This article reviews specific features of psychoeducational groups with relatives of first episode schizophrenia patients with the example of short-term in-patient treatment program. The indicated features which include short-term hospital stay, open group form, specific emotional response, do not allow implementing long-term full multi-family groups and make searching for new effective program in given conditions more important. Based on the available sources and clinical observation are described principles and rules of working with relatives of first episode patients, plan and basic

framework of the sessions, main issues that are usually discussed and recommendations for the most effective way of working the group. This program is the initial stage of the long rehabilitation process, but at the same time allows short-term assistance and support for the relatives.

Key words: schizophrenia, family interventions, multi-family group, family psychotherapy, psycho-education, socio-psychological assistance to families of patients with schizophrenia, first psychotic episode.

Основным методом терапии шизофрении является медикаментозное лечение. Современные препараты помогают большинству пациентов в относительно короткие сроки избавиться от продуктивной симптоматики, однако, они оказываются менее эффективными в отношении «негативных» симптомов и, так называемых, «нарушений социального познания» [5, 6], которые включают в себя нарушения восприятия лицевой экспрессии [27, 28], дефицит социальной компетентности [10], нарушения в области прагматики речи [14] и внутренней модели сознания другого [3] и явления социальной ангедонии [24, 25]. Указанные симптомы значительно нарушают социальную адаптацию пациентов и именно на их коррекцию направлен вектор психологической реабилитации в рамках современной биопсихосоциальной модели шизофрении. В мировой практике наиболее распространены направления психологической реабилитации больных шизофренией являются: 1) когнитивно-поведенческая терапия; 2) психообразование; 3) семейные интервенции [1].

Последнее направление стало одним из ключевых, в связи с тем, что современные больные шизофренией больше не помещены на содержание в закрытые учреждения, а продолжают проживать вместе со своими семьями. Исследования показывают, что люди, проживающие вместе с больным шизофренией, указывают в качестве главного внутреннего стрессора непредсказуемое поведение больного и семейные конфликты, а в качестве внешнего – социальную стигматизацию и одиночество [18]. Современные исследования в данной

области включают в себя показатель, получивший название «family burden», который можно перевести, как «семейная нагрузка/бремя», связанное с уходом за психически больным родственником [16, 20]. Данный показатель разделяют на категории объективной (финансовые проблемы, снижение карьерных возможностей, нарушение семейного распорядка, отсутствие свободного времени на досуг, социальная депривация и т.д.) и субъективной нагрузки (отношение к необходимости заботиться о пациенте, эмоциональный климат в семье и т.д.), которая, по данным исследований, даже в большей степени определяет качество жизни опекуна [21]. Следствием систематического воздействия указанных стрессовых факторов выступают невротические и психосоматические расстройства, широко распространенные среди членов семей больных шизофренией [19]. Таким образом, одним из векторов психологической помощи семьям больных шизофренией является снижение нагрузки, путем обучения навыкам эффективного взаимодействия (в частности работа, направленная на сокращение эмоциональной экспрессивности), контроля за собственным эмоциональным состоянием, выработки адекватных копингов, преодоления социальной изоляции [13].

Еще одним направлением работы является реконструкция семейных отношений, стойкие нарушения которых, обнаруживаются в семьях больных эндогенными психозами, как до, так и после появления симптомов [2, 8, 12, 15]. Для целей их диагностики в отечественной психологии разработан опросник «Семейные эмоциональные коммуникации», позволяющий определить конкретный тип и степень нарушения и, на основании полученных данных, определить мишени психокоррекции [7].

Семейные интервенции демонстрируют эффективность на любой стадии заболевания [9, 26], однако именно первый психотический эпизод связывается с весомыми социальными потерями для пациента [11] и считается наиболее травматичным для его ближайшего окружения, переживающего острый стресс [17]. Представленные в литературе на момент написания статьи русскоязычные программы интервенций не специализированы под применение в стационарных условиях клиники первого эпизода. При этом, опыт работы в данном направлении свидетельствует о наличии принципиальных различий в построении интервенций, обусловленными тяжелым психоэмоциональным состоянием родственников, низким уровнем информированности о психических расстройствах, чувством растерянности, отрицанием или недостаточным осознанием факта заболевания родственника, восприятием психиатрии через призму распространенных в обществе мифов и самостигматизацией. Дополнительными фрустрирующими факторами выступают: пребывание пациента в остром психотическом состоянии, неясность прогноза, скорости наступления и качества ремиссии. Наиболее часто наблюдаемыми типами реагирования членов семьи на заболевание родственника, на данном этапе выступают: «гиперболизация»,

проявляющаяся в актуализации ложных представлений о причинах произошедшего, чувстве вины за появление симптомов и самостигматизации; «минимизации проблемы», характеризующейся недооценкой тяжести болезненного состояния, в котором пребывает родственник; «рационализации» с характерным стремлением объяснить причины происходящего объективными обстоятельствами жизни пациента (стресс, переутомление и т.д.); «идентификации» болезненных проявлений с особенностями личности, характерной для родственников пациентов, чье заболевание развивалось с длительным продромальным периодом [4].

Таким образом, вмешательство в стационарных условиях клиники первого эпизода целесообразно проводить по следующим основным направлениям: 1) помощь в отреагировании и снижении психоэмоциональной нагрузки, связанной с переживанием факта психического заболевания родственника, через создание атмосферы взаимной поддержки и принятия; 2) формирование адаптивных копинг-стратегий, активизация имеющихся ресурсов; 3) предоставление научно-доказательной информации о психических расстройствах; 4) установление терапевтического альянса, повышение комплаентности и информированности о различных подразделениях психиатрической службы; 5) помощь в определении своей роли в реабилитации члена семьи; 6) обсуждение потенциальных проблемных ситуаций, связанных с взаимодействием с больными шизофренией, расширение возможностей адаптации семьи.

Методика проведения групповых занятий для родственников пациентов в условиях стационара клиники первого психотического эпизода

Дополнительная специфика интервенций определяется условиями стационара, ограничивающими время пребывания в нем пациента, частоту и продолжительность его контактов с родственниками, а так же материальным, ресурсным и кадровым обеспечением отделений, что в совокупности не позволяет в полной мере реализовать индивидуальный дифференцированный подход, а так же проводить закрытые мультисемейные группы. Условия прохождения групповых занятий предоставляют участникам возможность продолжить посещать встречи после выписки их родственника из стационара, однако наблюдения показывают дальнейшую низкую посещаемость. В данной связи, оправданной представляется проведение завершающей семейной консультации перед выпиской пациента, с целью ответить на оставшиеся вопросы, подвести итоги групповых занятий, определить пути семейных коммуникаций, связанных с лечением, с учетом мнения пациента.

Противопоказания: 1) категорический отказ родственников от участия; 2) наличие тяжелого психического или соматического заболевания, оказывающего влияние на возможность восприятия информации; 3) демонстрация открытого агрессивного поведения; 4) грубые систематические нарушения правил группы; 5) возраст до 18 лет.

Продолжительность занятия – 1,5 часа, частота – один раз в неделю. Для увеличения посещаемости, встречи проводятся в дни посещений пациентов. Максимальное количество участников – 12. Формат группы – мультисемейный, открытый, таким образом каждый из родственников может присоединиться к участию на любом занятии цикла. Указанный формат является следствием особенностей режима стационарного лечения и создает необходимость введения дополнительных этапов в структуру занятия, а так же особые правила для новых участников группы.

Структура занятия: 1) знакомство с участниками; 2) предоставление информации о целях встреч и задачах текущего занятия; 3) обсуждение правил группы; 4) постановка проблемы; 5) формулирование потребностей и высказывание представлений участников относительно обсуждаемой темы; 6) предоставление информации; 7) обсуждение проблемных ситуаций, связанных темой занятия и путей их решения; 8) вопросы от новых участников группы (часто напрямую не связаны с темой занятия, однако информирование по ним является необходимым для усвоения материала занятия); 9) подведение итогов встречи; 10) обозначение темы следующего занятия. Длительность каждого этапа варьируется в ходе занятия в зависимости от потребностей участников.

Правила группы: 1) конфиденциальность; 2) вежливость; 3) возможность участников не отвечать на обращенные вопросы; 4) безоценочность; 5) право быть выслушанным; 6) взаимная поддержка; 7) необходимость отложить вопросы, не связанные с темой занятия до специально отведенного для этого времени.

Стиль ведения группы – активный директивный, требующий систематического обращения фокуса дискуссии в рамки темы занятия, при этом поддерживающий и учитывающий индивидуальные потребности участников. Оптимальное число ведущих – 2 специалиста, на занятие по психофармакотерапии обязательно приглашать врача-психиатра.

Принципы работы:

1) теоретическая модель – психообразование; теоретическая основа – биопсихосоциальная модель шизофрении;

2) предоставляемый материал должен иметь научные подтверждения, стиль подачи - варьироваться в зависимости от потребностей участников группы;

3) систематическое разъяснение необходимости длительного лечения и отсутствия альтернативы психофармакотерапии;

4) стиль ведения – авторитарный, структурирующий, поддерживающий;

5) активизация участников, поощрение дискуссий и взаимной поддержки;

6) параллельное включение пациентов в программы психообразования, организованные на отделениях;

7) поощрение общения участников группы вне занятий; стимуляция расширения социальных контактов семьи;

8) включение в группу родственников пациентов с длительным продромальным периодом заболевания,

как имеющих опыт длительного взаимодействия с больным шизофренией; дополнительное потенцирование их активности с целью определения общих проблемных моментов, связанных с взаимодействием с пациентом;

9) соотнесение психических расстройств с общесоматическими для преодоления самостигматизации («нормализующая информация»);

10) информирование участников об особенностях болезненных проявлений шизофрении, формирование навыка ограничения личностных особенностей и поведенческих реакций от дефицитарной симптоматики и особенностей мышления и поведения, обусловленных заболеванием;

12) разъяснение важности своевременного обращения за помощью при изменении состояния;

13) разъяснение недостаточности прохождения данной программы для нормализации семейной ситуации, мотивирование на дальнейшее обращение к специалистам; предоставление памятки с контактами соответствующих организаций;

14) недопущение интенсивных эмоциональных нагрузок, помощь в снятии психоэмоционального напряжения участников;

15) организация заключительной семейной консультации с участием пациента, в соответствии с запросом семьи.

Тематический план

Занятие 1. Психическое расстройство

Как уже было обозначено выше, специфика психобразовательной группы для родственников в условиях стационара не позволяет посвятить целую сессию традиционному вводному занятию, поэтому каждая сессия начинается с краткого знакомства, предоставления информации о целях и задачах группы и текущего занятия и обсуждения правил группы.

В ходе занятия:

– Предоставляется информация о специфике психических расстройств и психотических состояний.

– Обсуждается хронический характер психического расстройства с возможностью обострений, а также ряд факторов, способствующих длительной и качественной ремиссии.

– Происходит нормализация чувств и эмоциональных реакций родственников, создается безопасная и доверительная атмосфера, располагающая участников к работе.

В ходе занятия ведущие акцентируют свое внимание на хроническом характере психического расстройства и необходимости продолжительного медикаментозного лечения. Для снижения тревоги и психоэмоционального напряжения участников проводятся аналогии с другими хроническими соматическими заболеваниями, требующими длительного лечения (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы и т.д.). Подробно обсуждаются различные типы течения заболевания, с упором на факторы, благоприятно влияющие на формирование длительных улучшений в состоянии пациентов,

основным из которых является строгое соблюдение режима приема терапии и рекомендаций лечащего врача.

В связи с наличием у родственников пациентов клиники первого эпизода выраженных эмоциональных реакций шока, растерянности, чувства вины, переживания горя, ощущения стигматизации и самостигматизации ведущие концентрируются на нормализации их эмоций и чувств с помощью поддержки, когнитивно-поведенческих техник (сократический диалог, коррекция деструктивных автоматических мыслей и др.) и активного слушания. Много внимания также уделяется обсуждению степени их ответственности в развитии у родственника психического расстройства с целью ее субъективного снижения и формирования конструктивных способов совладания с ситуацией болезни.

Сессия завершается ответами на вопросы участников с обязательным формулированием запросов для обсуждения на последующих сессиях, что создает ощущение безопасности, информированности и снижает тревогу, связанную с неопределенностью и отсутствием информации.

Занятие 2. Причины психических расстройств

В ходе сессии:

- В контексте биопсихосоциальной модели обсуждаются причины психических расстройств.

- Предоставляется информация о факторах, влияющих на возникновение психического расстройства.

- Особое внимание уделяется вопросам уязвимости пациентов к стрессу, как фактору, провоцирующему манифестацию симптомов и рецидивы.

Целью данной сессии является формирование грамотных представлений о причинах развития психических расстройств и коррекция ложных убеждений, в том числе в контексте степени их ответственности и чувства вины за заболевание их родственника.

Родственники информируются о биопсихосоциальной природе психического расстройства и взаимодействии основных факторов в его развитии: биологических (генетических, биохимических и др.) и стрессовых, что позволяет, с одной стороны, снизить степень субъективного ощущения ответственности родственников за заболевание члена семьи и обосновать необходимость приема медикаментозной терапии, с другой – подчеркнуть значимость их поддержки для чувствительных к внешним воздействиям пациентов.

Во время занятия ведущие предоставляют родственникам объяснение причин возникновения психотического эпизода на основании стресс-диатез модели, акцентируя внимание участников не на поиске конкретных причин заболевания или «допущенной в воспитании ошибки», а на формировании конструктивной поддерживающей позиции, тем самым подкрепляя их умеренную активность в процессе лечения, предупреждая гиперопеку и самостигматизацию семьи.

Важным этапом сессии является проработка чувства вины, ощущения ущербности и катастрофизации перспектив дальнейшей жизни пациента и благополучия семьи в целом, что достигается с помощью эмоциональной поддержки и таких когнитивных техник, как реатрибуция, децентрализация и декатастрофизация.

Занятие 3. Проявления психических расстройств

В ходе занятия:

- Родственники информируются о проявлениях психических расстройств.

- Обсуждаются вопросы ограничения болезненных проявлений от характерологических и личностных особенностей пациентов.

- Разрабатываются эффективные способы реагирования и совладания с указанными особенностями.

- Производится поиск оптимальных для конкретной семьи способов взаимодействия с пациентами.

Во время занятия обсуждаются различные признаки психических расстройств, характерных для острого психотического состояния и начала обострения. Родственники информируются так же о возможных остаточных проявлениях расстройства (постпсихотическая астенизация, негативные симптомы). Стоит отметить, что говоря о признаках важно рассказывать о них как о тех явлениях, которые могут быть непосредственно наблюдаемы, например «разговаривает без собеседника», «к чему-то прислушивается», «избегает электронных приборов» и т.д., а также обращаться к личному опыту родственников, развивая их наблюдательность и навык обращать внимание на специфические для заболевания их родственника симптомы.

Вопросы, которые обсуждаются в ходе занятия позволяют родственникам отделить болезненные проявления от личностных особенностей пациентов, что, в свою очередь, снижает их склонность к психологизации симптомов и повышает вероятность своевременного обращения за помощью.

Заключительным и важнейшим этапом занятия является идентификация неэффективных способов взаимодействия, таких как критика, гиперопека, стигматизация и др. и поиск стратегий, облегчающих коммуникацию с родственником и способствующих его социальной реадaptации.

Занятие 4. Первые признаки рецидива

В ходе занятия:

- Родственники подробно информируются о первых признаках рецидива психического расстройства.

- Участники группы разрабатывают индивидуальную последовательность развития симптомов психического расстройства их родственника.

- На основании составленных цепочек признаков обсуждаются стратегии поведения родственников на каждом из этапов развития расстройства.

В клинике первого эпизода данная сессия представляется одной из самых важных, так как направлена на

предупреждение рецидива психического расстройства посредством обучения родственников распознаванию ранних признаков обострения и своевременному обращению за помощью.

На первом этапе занятия участники информируются о таких основных признаках обострения, как повышение уровня тревоги, нарушения сна, изменения в активности и др., а затем каждый из участников составляет индивидуальную «цепочку» – последовательность появления симптомов: от самых ранних до развернутого психотического эпизода, свидетелями которого они являлись. Полученная последовательность признаков обсуждается в группе и для каждого участника разрабатывается индивидуальный план действий в случае начала обострения. Таким образом, родственники обучаются навыкам распознавания ранних признаков обострения и оперативного оказания поддержки и принятия мер по предупреждению рецидива. В некоторых случаях, с разрешения пациентов, на данном занятии с родственниками обсуждаются «цепочки», которые на аналогичных психообразовательных группах составляют сами пациенты. Данное упражнение направлено на достижение лучшего понимания участниками группы болезненного состояния их родственников и способствует налаживанию коммуникации.

На данном этапе работы участники группы нередко реагируют отрицанием возможности рецидива, поэтому ведущим необходимо делать акцент на хроническом характере течения психических расстройств, акцентируя внимание на превентивных мерах, которые необходимо предпринимать как самому пациенту, так и его родственникам.

Занятие 5. Терапия психических расстройств

В ходе сессии:

- Обсуждаются три основных направления помощи: медикаментозная, психотерапевтическая и социально-реабилитационная

- Родственников информируют об особенностях и отсутствии альтернативы медикаментозной терапии, возможных побочных эффектах и необходимой длительности приема препаратов.

Целью данного занятия, в первую очередь, является формирование адекватного представления о медикаментозной терапии, ее целях, мишенях и результатах, а также коррекция ложных убеждений относительно «вредности» лечения, сессия проводится с участием врача-психиатра.

В период сессии освещаются вопросы длительности подбора терапии, необходимости индивидуального подхода и побочных эффектов. Важной частью занятия является работа с предубеждениями относительно лекарственной терапии («вызывает зависимость», «ведет к слабоумию» и т.д.), подчеркивается необходимость длительного приема поддерживающей терапии на примере других хронических соматических заболеваний, что ослабляет стигматизацию. Данное занятие позволяет снизить тревогу относительно медикаментозного лечения, повысить доверие к лече-

щему врачу, а также помочь членам семьи сформировать стратегию поддержки пациента в соблюдении режима приема лекарств и поведения при отказе родственника от приема терапии.

Занятие 6. Структура психиатрической помощи и социально-правовые аспекты

В ходе работы:

- Родственники информируются о доступных видах психиатрической помощи.

- Формируется мотивация на последующее обращение к специалистам, получение помощи и расширение информированности о психических расстройствах.

- Обсуждается вопрос ограничений пациентов в возможностях трудоустройства, обучения, вождения автомобиля и др.

Заключительное занятие призвано обеспечить родственников подробной информацией относительно дальнейших шагов после выписки из стационара, а именно: о порядках и способах получения психиатрической помощи в учреждениях различного типа, о возможностях реабилитации пациента, его возвращения в социальную среду, а также о правовых аспектах дальнейшей жизни пациента. Обсуждаются так же условия наблюдения пациента и ограничений в сфере трудоустройства, так как данные вопросы являются для родственников одними из наиболее часто задаваемых, а ответы на них свидетельствуют о возможности пациента вернуться к полноценной жизни.

В конце занятия каждый родственник получает памятку с адресами и телефонами учреждений, в которых пациенты и их семьи могут получить бесплатную помощь. Полученная информация позволяет участникам почувствовать защищенность и уверенность в доступности предлагаемой помощи и снизить степень самостигматизации.

Заклучительная сессия

Заклучительная сессия предполагает индивидуальную консультацию вовлеченных в уход родственников вместе с пациентом по имеющемуся запросу и позволяет в индивидуальном порядке проработать оставшиеся вопросы. Основной целью заключительного занятия является активация ресурсов семьи для повышения комплаентности пациента через определение дальнейших путей внутрисемейного взаимодействия по вопросам реабилитации пациента.

Таким образом, в русле современного биопсихосоциального подхода к лечению и реабилитации больных шизофренией активно развивается направление разработки программ семейных интервенций, однако в русскоязычной литературе не представлены программы, специализирующиеся на клинике первого эпизода. Необходимость подобных программ обусловлена специфическими условиями, в которых пребывают пациенты: краткосрочное пребывание в стационаре (четыре-шесть недель), открытый формат групп, связанной с неравномерной выпиской, специфические эмоциональные реакции на болезнь члена семьи. Все

вышеперечисленное формирует определенные требования, которые нашли отражение в описанной в статье программе: краткосрочность, гибкость, эффективное информирование, помощь в отреагировании сильных эмоций. Следует обратить внимание, что приведенная программа интервенцией не является единственно достаточной для целей оптимизации всей семейной ситуации больных шизофренией, а направлена на первичное отреагирование, получение информации и выстраивается, скорее, как установочный этап, направленный на осознание окружением пациента важности дальнейшей реабилитации и необходимости последующего обращения к специалистам. В дальнейшем планируются исследования по оценке эффективности данной программы с целью оценить факторы, влияющие на ее результативность.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. №4.
2. Коновалова А.Х., Холмогорова А.Б., Долныкова А.А. Репрезентации родительской семьи у больных шизоаффективными расстройствами и шизофренией // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 4. С. 70–95.
3. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4. С. 92–104.
4. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55.
5. Рычкова О.В. Исследования социального познания при шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 63–89.
6. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 4. С. 30–43.
7. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Стандартизация опросника «Семейные эмоциональные коммуникации» // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 4. С. 97–125.
8. Холмогорова А.Б., Коновалова А.Х. Репрезентации родительской семьи у больных шизофренией // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 90–113.
9. Ashcroft K., Kim E., Elefant E., Benson C., Carter J. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia // Community Mental Health Journal. 2018. Vol. 9. P. 1–9. doi: 10.1007/s10597-018-0289-x.
10. Bellack A., Morrison R., Wixted T., Mueser K. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia // British Journal of Psychiatry. 1990. Vol. 156. P. 209–218. doi.org/10.1192/bjp.156.6.809
11. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis // Br. J. Psychiatry. 2003. Vol. 182. P. 373–375.
12. Brown G., Birley J., Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication // British Journal of Psychiatry. 1972. Vol. 121. P. 241–258. doi.org/10.1192/bjp.121.3.241

13. Chien W. Stress of Family Members in Caring for a Relative with Schizophrenia // Nova Science Publishers. 2010. 65 p.
14. DeLisi L. Speech Disorder in Schizophrenia: Review of the Literature and Exploration of Its Relation to the Uniquely Human Capacity for Language // Schizophrenia Bulletin. 2001. Vol. 27(3). P. 481–496. doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006889
15. Doane J. Family Interaction and Communication Deviance in Disturbed and Normal Families // Family Process. 2004. Vol. 17(3). P. 357–376. doi.org/10.1111/j.1545-5300.1978.00357.x
16. Gutiérrez-Maldonado J., Caqueo-Urizar David A., Kavanagh D. Burden of care in families of patients with schizophrenia // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005. Vol. 40 (11). P. 899–904
17. Jansen J., Lysaker P., Harder S. et al. Positive and negative caregiver experiences in first-episode psychosis: emotional overinvolvement, wellbeing and metacognition // Psychotherapy. 2013. Vol. 87(3). P. 298–310.
18. Leff J. Working with the families of schizophrenic patients // British Journal of Psychiatry. 1994. Vol. 164 (1). P. 71–76.
19. Loukissa D. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies // Journal of advanced nursing. 1995. Vol. 21. P. 248–255. doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02521.x
20. Lowyck B. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients // European Psychiatry. 2004. Vol. 19 (7). P. 395–401.
21. Martens L., Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia // Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology. 2001. Vol. 36(3). P. 128–133.
22. McFarlane W., Link B., Dushay R., Marchal J., Crilly, J. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia // Family Process. 1995. Vol. 34 (2). P. 127–144. doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00127.x
23. McFarlane W. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review // Family Process. 2016. Vol. 10. P. 1–23.
24. Meehl P. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia // Journal of Personal Disorders. 1990. Vol. 4. P. 1–99. doi.org/10.1521/pedi.1990.4.1.1
25. Meehl P. Primary and Secondary Hypohedonia // Journal of Abnormal Psychology. 2001. Vol. 110(1). P. 188–193. doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.188
26. Pharoah F., Rathbone J., Mari J., Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review) // The Cochrane Library. Issue 1. 2004. 136 p.
27. Walker E., Marwit S., Emory E. A cross sectional study of emotion recognition in schizophrenics // Journal of Abnormal Psychology. 1980. Vol. 89. P. 428–436. doi.org/10.1037/0021-843X.89.3.428
28. Walker E., McGuire M., Bettes B. Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders // British Journal of Clinical Psychology. 1984. Vol. 23. P. 37–44. doi.org/10.1111/j.2044-8260.1984.tb00624.x

REFERENCES

1. Gurovich I.Ya., Semenova N.D. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2007. №4. (in Russian)
2. Konovalova A.Kh., Kholmogorova A.B., Dolnykova A.A. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2013. № 4. pp. 70–95. (in Russian)
3. Loskutova V.A. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2009. № 4. pp. 92–104. (in Russian)
4. Movina L.G. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2007. Vol. 17, № 3. pp. 48–55. (in Russian)
5. Rychkova O.V. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2013. № 1. pp. 63–89. (in Russian)
6. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2014. Vol. 22, № 4. pp. 30–43. (in Russian)
7. Kholmogorova A.B., Volikova S.V., Sorokova M.G. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016. Vol. 24, № 4. pp. 97–125. (in Russian)
8. Kholmogorova A.B., Konovalova A.Kh. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2013. № 1. pp. 90–113. (in Russian)

Поступила 21.11.18.