

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb634704>

Значение психологического функционирования родственников как фактора стабилизации ремиссий у больных с аффективными расстройствами: систематический обзор

В.В. Бочаров^{1,2,3}, А.М. Шишкова¹, Т.А. Корман¹, Д.М. Сарайкин¹, А.Ю. Винникова¹, Ю.А. Буева¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Биопсихосоциальный подход в понимании этиопатогенеза аффективных расстройств определяет важность изучения связи между социально-психологическими факторами, в частности характеристиками микросоциального окружения больного, и течением заболевания.

Цель. Анализ литературных данных о психологических характеристиках семейного окружения больного и связи этих переменных с показателями течения болезни при аффективных расстройствах.

Материалы и методы. При проведении обзора применяли критерии и требования PRISMA. Проводили систематический электронный поиск в базах данных Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect и eLibrary, а также ручной поиск статей.

Результаты. В обзор отобрано 21 исследование, включающее в общей сложности 3166 респондентов, из них 2320 пациентов и 846 родственников. Распределение по диагнозам пациентов было следующим: 65,90% — биполярное аффективное расстройство, 20,52% — рекуррентное депрессивное расстройство, 4,84% — шизоаффективное расстройство, 8,70% — другие неуточнённые аффективные расстройства. Распределение родственников по характеру родства: 57,1% — партнёры и супруги, 20,2% — родители, 8,2% — дети, 1,9% — сиблинги, 12,6% — другие родственники и опекающие близкие. Установлено, что особенности семейного функционирования больного являются важным фактором при оценке течения аффективных расстройств. Обнаружено 5 относительно автономных направлений исследований, описывающих соотношение феноменов микросоциального окружения с течением аффективных расстройств: изучение социальной интеграции и поддержки больного, общее семейное функционирование, эмоциональная экспрессия и типы привязанности в семье, бремя болезни.

Заключение. Дальнейшее изучение психосоциальных факторов в контексте течения аффективных расстройств представляется одним из перспективных направлений исследований, поскольку позволяет раскрыть важные аспекты пато- и саногенеза. Наблюдается острая нехватка отечественных исследований в данной области, которая во многом определяется дефицитом психодиагностических методов и технологий оценки. Адаптация и разработка таких методов является важной задачей современного этапа развития клинической психологии.

Ключевые слова: аффективное расстройство; расстройство сна; ремиссия; эмоциональная экспрессивность; бремя семьи; социальная поддержка; семейное функционирование; систематический обзор.

Как цитировать:

Бочаров В.В., Шишкова А.М., Корман Т.А., Сарайкин Д.М., Винникова А.Ю., Буева Ю.А. Значение психологического функционирования родственников как фактора стабилизации ремиссий у больных с аффективными расстройствами: систематический обзор // Неврологический вестник. 2024. Т. 56, № 4. С. 411–425. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb634704>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb634704>

Importance of psychological functioning of family members as a factor of remission stability in affective disorder patients: a systematic review

Victor V. Bocharov^{1, 2, 3}, Alexandra M. Shishkova¹, Tatyana A. Korman¹, Dmitry M. Saraykin¹, Anastasiya Yu. Vinnikova¹, Iulia A. Bueva¹

¹ V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia;

² Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia;

³ Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: The biopsychosocial approach to understanding the etiology and pathogenesis of affective disorders predetermines the importance of studying the relationship of social and mental factors, including the patient's microsocial environment, and the course of disease.

AIM: This review analyzes data from literature related to the psychological traits of the patient's family environment and the relationship of these variables and indicators of the course of disease in affective disorders.

MATERIALS AND METHODS: This review uses PRISMA criteria and requirements. Systematic online search in Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect and eLibrary databases, and manual search of articles.

RESULTS: The review includes 21 studies with a total of 3,166 respondents, including 2,320 patients and 846 family members. Patient distribution by diagnosis: bipolar disorder (65.90%), recurrent depressive disorder (20.52%), schizoaffective disorder (4.84%), other unspecified affective disorders (8.70%). Family member distribution by kinship: partners and spouses (57.1%), parents (20.2%), children (8.2%), siblings (1.9%), other relatives and family members acting as carers (12.6%). It was found that the nature of the patient's family functioning was an important factor in assessing the course of affective disorders. Five relatively independent research areas were found. They describe the relationship of microsocial environment phenomena and the course of affective disorders, including social integration and support of the patient, general family functioning, emotional expression, types of attachment in the family, and disease burden.

CONCLUSION: Further study of psychosocial factors in the context of the course of affective disorders appears to be a promising research area as it allows to identify important pathogenesis and sanogenesis aspects. There is a critical shortage of domestic research in this area, which is largely determined by the lack of psychognostic methods and evaluation technologies. Adaptation and development of such methods is important at the current development stage of clinical psychology.

Keywords: affective disorder; sleep disorder; remission; emotional expression; family burden; social support; family functioning; systematic review.

To cite this article:

Bocharov VV, Shishkova AM, Korman TA, Saraykin DM, Vinnikova AY, Bueva IuA. Importance of psychological functioning of family members as a factor of remission stability in affective disorder patients: a systematic review. *Neurology bulletin*. 2024;56(4):411–425. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb634704>

Received: 30.07.2024

Accepted: 01.10.2024

Published online: 06.12.2024

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb634704>

Аффектив тайпылышлы авыруларда ремиссияларне тотрыкландыру факторы буларак туганнарның психологик яшәешенең әһәмияте: системалы күзәтү

В.В. Бочаров^{1, 2, 3}, А.М. Шишкова¹, Т.А. Корман¹, Д.М. Сарайкин¹, А.Ю. Винникова¹, Ю.А. Буева¹

¹ В.М. Бехтерев исемдәге Психиатрия һәм неврология националь медицина тикшеренү үзәге, Санкт-Петербург, Рәсәй;

² Санкт-Петербург дәүләт педиатрия медицина университеты, Санкт-Петербург, Рәсәй;

³ Санкт-Петербург дәүләт университеты, Санкт-Петербург, Рәсәй

АННОТАЦИЯ

Нигезләү. Аффектив тайпылышларның этиопатогенезын аңлауда биопсихосоциаль якин килү социаль-психологик факторлар, аерым алганда авыруның микросоциаль даирәсе характеристикалары һәм авыруның барышы арасындагы бәйләнеше өйрәнүнең мөһимлеген билгели.

Максат. Авыруның гаилә тирәлегенә психологик характеристикалары һәм бу үзгәрешләрнең аффектив тайпылышлар вакытында авыру барышы күрсәткечләре белән бәйләнеше турындагы әдәби мәгълүматларга Анализ ясау.

Материаллар һәм методлар. Күзәтү үткәргәндә PRISMA критерийларын һәм таләпләрен кулланганнар. Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect һәм eLibrary мәгълүмат базаларында системалы электрон эзләү, шулай ук мәкаләләрне кулдан эзләү үткәрделәр.

Нәтижә. Күзәтүгә барлыгы 3166 респондентны үз эченә алган 21 тикшеренү сайлап алынган, шуларның 2320се пациентлар һәм 846 туганнары. Диагноз буенча бүленеш түбәндәгечә иде: 65,90% — биполяр аффектив тайпылыш, 20,52% — рекуррент депрессив тайпылыш, 4,84% — шизоаффектив тайпылыш, 8,70% — башка аныкланмаган аффектив тайпылышлар. Туганлык характеры буенча туганнар бүленеше: 57,1% — партнерлар һәм ир белән хатын, 20,2% — ата — аналар, 8,2% — балалар, 1,9% — сиблинглар, 12,6% — башка туганнар һәм кайгыртучы якынар. Авыруның гаилә эшчәнлегә үзгәрешләргә аффектив тайпылышлар барышын бәяләгәндә мөһим фактор булып тора. Микросоциаль әйләнә-тирәлек феноменнарының аффектив тайпылышлар барышы белән нисбәтен тасвирлаучы 5 автоном тикшеренү юнәлеше ачыкланды: авыруның социаль интеграциясен һәм ярдәм өйрәнү, гомуми гаилә эшчәнлегә, эмоциональ экспрессия һәм гаиләдәге бәйләнеш типлары, авыруның авырлыгы.

Нәтижә. Аффектив тайпылышлар агымы контекстында психосоциаль факторларны алга таба өйрәнү тикшеренүләрнең перспективасы юнәлешләренә берсе булып тора, чөнки ул пато — һәм саногенезның мөһим аспекты ачарга мөмкинлек бирә. Бу өлкәдә илбездә тикшеренүләрнең кискен житешсезлегә күзәтелә, ул күп очракта психодиагностик методлар һәм бәяләү технологияләре кытлыгы белән билгеләнә. Мондый методларны җайлаштыру һәм эшләү клиник психология үсешенә хәзерге этабында мөһим бурыч булып тора.

Төп сүзләр: аффектив тайпылыш; йокы тайпылышы; ремиссия; эмоциональ экспрессивлык; гаилә йөге; социаль ярдәм; Гаилә эшчәнлегә; системалы күзәтү.

Өзгәртүләр ясау өчен:

Бочаров В.В., Шишкова А.М., Корман Т.А., Сарайкин Д.М., Винникова А.Ю., Буева Ю.А. Аффектив тайпылышлы авыруларда ремиссияларне тотрыкландыру факторы буларак туганнарның психологик яшәешенең әһәмияте: системалы күзәтү // Неврология хәбәрләре. 2024. Т. 56, № 4. 411–425 б.
DOI: <https://doi.org/10.17816/nb634704>

ОБОСНОВАНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения [1], аффективные расстройства (АР) на современном этапе являются наиболее часто выявляемой патологией в психиатрии. Этот вид патологии представляет собой широкую группу психических расстройств, связанных с эмоциональными нарушениями разной выраженности, расстройствами настроения и психической активности, разнообразными нарушениями сна и бодрствования. По МКБ-10 к этой группе относят биполярное аффективное расстройство (БАР), рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), маниакальный и депрессивный эпизоды, хроническое расстройство настроения и другие неуточненные АР [2]. Заболевание характеризуется высоким риском смертности, в том числе в результате суицида и коморбидных соматических заболеваний [3]. Межличностные отношения больных с АР часто значительно страдают как во время мании, так и при депрессии [4–6].

Применение фармакотерапии в настоящее время считается ведущим методом в лечении АР, однако не всегда приводит к полному исчезновению симптомов и стабилизации ремиссии у таких больных. Так, до 70% пациентов с АР имеют рецидивы в течение двух лет после острого эпизода, не менее 50% — испытывают симптомы аффективных нарушений между эпизодами [7–9].

Результаты исследований отражают мультифакторную этиологию АР, предполагающую сложную взаимообусловленность генетических, биологических и психосоциальных компонентов. Современное понимание этиопатогенеза этих заболеваний, осуществляемое через призму биопсихосоциального подхода, определяет важность изучения связи между биологической уязвимостью и средовыми воздействиями, в частности, социально-психологическими стрессорами и циклами заболевания.

Многочисленные исследования, объединённые в систематические и метааналитические обзоры, свидетельствуют о пагубном влиянии семейной дисфункциональности на формирование аффективной сферы детей и подростков. Например, в качестве значимых детерминант развития депрессивной симптоматики у подростков выступают наличие внутрисемейных, в том числе скрытых, родительских конфликтов, низкая сплочённость семьи, субъективно воспринимаемые подростком родительский психологический контроль и критическое отношение, низкий уровень воспринимаемой семейной поддержки, ощущение недостатка родительского тепла [10–12].

Исследования, посвящённые семьям взрослых больных, встречаются значительно реже. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе не удалось обнаружить систематических обзоров, посвящённых поиску и систематизации данных о длительности и глубине ремиссии в контексте их связи с индивидуально-психологическими особенностями, поведением, психическим

состоянием и семейным функционированием близких, вовлечённых в опеку взрослых пациентов с АР.

Цель обзора — восполнение существующего пробела в области обобщения информации о психологических характеристиках семейного окружения больного с АР и связи этих переменных с его психопатологическим статусом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При проведении обзора мы руководствовались критериями и требованиями PRISMA [13].

Компоненты, определяющие стратегию поиска и отбора исследований: 1) популяция пациентов или рассматриваемые заболевания; 2) вмешательства или воздействия; 3) группа сравнения; 4) результат или конечная точка; 5) дизайн исследования. Применительно к настоящему обзору соответственно: 1) пациенты с АР в возрасте 18 лет и старше, а также лица в возрасте 18 лет и старше, ухаживающие за членом семьи, страдающим АР; 2) исследование должно включать чёткое описание диагностических процедур и методов исследования, психотерапевтических или психообразовательных вмешательств при наличии; 3) без ограничений; 4) данные о психопатологическом статусе пациентов с АР (как в период рецидива, так и ремиссии) и его связи с индивидуально-психологическими особенностями, поведением, психическим состоянием и семейным функционированием близких, вовлечённых в опеку; 5) описательные/обсервационные/интервенционные (исследования популяционного среза — кросс-секционные, лонгитюдные исследования популяционного среза, рандомизированные, нерандомизированные, проспективные, ретроспективные), исключение: индивидуализированные исследования (клинические случаи); методы: количественные/качественные/смешанные.

В качестве дополнительных критериев включения выступали язык публикации (русский, английский) и тип публикации (полнотекстовые, за исключением интервью и систематических литературных обзоров).

Стратегии поиска и выбора исследований

В обзоре были использованы две поисковые стратегии. Во-первых, по конкретным ключевым словам провели систематический электронный поиск в четырёх базах данных: Pubmed, Google Scholar, ScienceDirect и eLibrary.

При поиске использовали комбинации слов из четырёх категорий: 1) родственники: caregiver, informal caregivers, carer, family caregiver, family, spouse, relatives, significant others; 2) нозология: affective disorders, bipolar disorder, depression, sleep disorders, sleep disturbance, insomnia; 3) психологическое функционирование: psychological functioning, mental state, personality traits, personal characteristics, characterological features, psychological characteristics, personality attitudes, beliefs, values, family

functioning, family interaction, quality of life, psychological well-being, burden, burnout, psychopathological symptoms; 4) рецидив: relapse; 5) ремиссия: remission, persistence of remission, recurrence of remissions, stabilization of remissions, depth of remission, prognosis for remission, predictors, protectors, predictors of remission, protectors of remission, successfully maintains remission, long-term remission.

Для поиска в eLibrary использовали как комбинации вышеприведённых английских, так и русских слов: 1) родственники, семья, супруги, жёны, мужья, близкие; 2) аффективные расстройства, биполярное расстройство, биполярное аффективное расстройство, БАП, маниакально-депрессивное расстройство, маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия, депрессия, гипомания, дисфория, дистимия, нарушения сна, инсомния; 3) психологическое функционирование: психическое состояние, личностные особенности, личностные характеристики, характерологические особенности, психологические особенности, личностные установки, убеждения, ценностные ориентации, семейное функционирование, семейное взаимодействие, семейные факторы, качество жизни, психологическое благополучие, бремя, выгорание, психопатологическая симптоматика; 4) рецидив; 5) ремиссия, устойчивость ремиссии, стабилизация ремиссии, глубина ремиссии, прогноз ремиссии, предикторы, протекторы, предикторы ремиссии, протекторы ремиссии.

Все статьи, опубликованные до апреля 2024 г., были отобраны. В качестве второй стратегии выступал ручной поиск статей по релевантным ссылкам в списках литературы анализируемых источников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам поиска в электронных базах данных и ручного поиска было выявлено 548 статей. После применения критериев отбора 21 статья была включена в обзор (рис. 1).

Из 21 исследования 6 имели кросс-секционный дизайн, 7 — относились к рандомизированным контролируемым исследованиям, 6 — к проспективным, 2 — к лонгитудным. Наибольшее число работ представлено авторами из США — 9 [14–22], по две — из Испании [23, 24], России [25, 26], Нидерландов [27, 28], по одной — из Турции [29], Индии [30], Великобритании [31], Германии [32]. В публикациях также было представлено 2 совместных проекта [33, 34].

Основные социально-демографические и клинические характеристики исследуемых

Общее число респондентов, принявших участие в анализируемых исследованиях, составляет 3166 человек, из них 2320 пациентов и 846 родственников. Пациентов и их близких совместно изучали в 9 исследованиях, в 12 — изучали только пациентов. Работ, посвящённых исключительно исследованию родственников, не обнаружено.

Средний возраст пациентов — 40,99 года ($SD=11,78$), одно исследование не было включено в расчёт среднего возраста и стандартного отклонения, так как возраст пациентов не был указан [25]. В 19 работах указывается соотношение по полу пациентов в выборке. Исходя из представленных данных большинство



Рис. 1. Этапы отбора статей.

Fig. 1. Article selection stages.

пациентов — женщины (60%). В анализируемых исследованиях у пациентов было следующее распределение по диагнозам (перевод данных с английского языка осуществляли в соответствии с международной статистической классификацией болезни и проблем, связанных со здоровьем — МКБ-10): 65,90% — БАР, 20,52% — РДР, 4,84% — шизоаффективное расстройство, 8,70% — другие аффективные расстройства, без уточнения авторами. Несмотря на то что шизоаффективные расстройства по МКБ-10 относят к патологии шизофренического спектра, наличие выраженного аффективного компонента, по нашему мнению, позволяет отнести эту группу больных к рассматриваемому в этой статье контингенту с нарушениями аффективной сферы.

Возраст родственников контролировался только в четырёх исследованиях [19, 24, 28, 32], средний возраст — 48,38 года ($SD=13,2$). Соотношение родственников по полу не удалось обнаружить в большей части рассматриваемых исследований. Характер родства был указан в семи рассматриваемых публикациях [16, 17, 22, 24, 28, 32, 34], включавших 525 родственников. По характеру родства распределение было следующим: 57,1% — партнёры и супруги, 20,2% — родители, 8,2% — дети, 1,9% — сиблинги, 12,6% — другие родственники и опекающие близкие.

Девять исследований включали повторные обследования пациентов, в трёх из них проводились повторные обследования родственников. В исследованиях с повторными измерениями приняли участие 1193 респондента на момент первого замера и 1021 респондент на момент повторного замера, число родственников в первом и последующих замерах соответственно 417 и 347.

Наблюдаемые феномены семейного функционирования, связанные с психопатологическим статусом больных с АР

При анализе результатов исследований, вошедших в обзор, выделено 5 направлений, которые, несмотря на пересечение тематик, можно рассматривать в качестве самостоятельных векторов в области изучения взаимосвязи семейного функционирования, формирования ремиссий и прогноза рецидивов у пациентов с АР. При описании выделенных направлений сначала представим тематику исследований, рассматривающих семью в широком социальном контексте, затем перейдём к вопросам общего семейного функционирования и далее — к частным аспектам внутрисемейных отношений, ассоциированным с ремиссией/рецидивом у таких больных.

Семья как поддерживающая социальная система

В качестве одной из популярных теоретических моделей, определяющих направление исследований в области изучения социального функционирования больных с АР,

современные исследователи используют модель социальных сетей (social network) [35]. В рамках данного направления исследуются структура, количество и частота социальных контактов, размер и плотность сетей социального взаимодействия. Ещё одним важным изучаемым показателем является уровень социальной поддержки, определяемой как функция и качество социальных контактов. В частности, анализируются воспринимаемая доступность помощи и фактически полученная больным поддержка. В качестве основных компонентов социальной поддержки при этом рассматриваются эмоциональная, когнитивная и практическая социальная помощь.

Через призму модели социальных сетей семья рассматривается исследователями в широком смысле и определяется как группа лиц, связанных сплочёнными отношениями [36].

Для определения социальной сети больного АР применяются различные специализированные методы, в частности, «эго-центрированный анализ социальных сетей» (ego-centered social network) [36], различные шкалы оценки социальных сетей (например, шкала социальных сетей Social Network Scale — SNS) [37] и самооценочные опросники, направленные на диагностику воспринимаемой больным социальной поддержки, например, шкала межличностной поддержки (Interpersonal Support Evaluation List — ISEL) или многомерная шкала восприятия социальной поддержки (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support — MSPSS) [21, 29].

Данные исследований, относящихся к тематике социальных сетей, показывают, что улучшение качества жизни и личностного функционирования у больных с АР связано с количеством, доступностью и частотой доверительных контактов, включённостью больного в семейные отношения, а также субъективной удовлетворённостью больного межличностными отношениями и социальной поддержкой [21, 26, 29, 30, 37]. В то же время недостаточная включённость в социальное взаимодействие и стигматизация выступают в качестве предикторов неполной ремиссии и высокой частоты госпитализаций у таких больных [25, 29].

Е. Ezquiaga и соавт. [23] обнаружили, что пациенты с депрессией, которые получали более высокий уровень эмоциональной поддержки от партнёров, с большей вероятностью находились в стадии ремиссии в течение 6 мес. наблюдения. При этом влияние эмоциональной поддержки партнёров не было значимым в контексте ремиссии через 12 мес. [33]. Исследователи предположили, что такие результаты могут быть связаны с различиями в характеристиках выборки, условиях лечения и других переменных.

В исследовании L. Weinstock и I. Miller [21] ни одна из психосоциальных характеристик не являлась предиктором маниакальной симптоматики, в то время как низкая социальная поддержка являлась предиктором депрессии в течение одного года наблюдения.

Аналогичные данные получены D. Miklowitz и соавт. [17]. Авторы отмечают, что семейная поддержка выступает в качестве протектора депрессивной симптоматики при БАР и РДР, однако роль семейной поддержки в возникновении рецидивов маниакальных состояний остается непрояснённой.

Таким образом, микросоциальные факторы могут рассматриваться в качестве предикторов депрессивных, но не маниакальных состояний. Кроме того, следует отметить зависимость предсказательной силы микросоциальных характеристик от времени окончания предшествующего рецидива болезни. В этой связи следует отметить большую значимость социальной поддержки на ранних стадиях становления ремиссии (до 6 мес.) по сравнению с более поздними периодами.

Как показал анализ исследований, направленных на изучение характеристик социальной интеграции больных с АР, в качестве лиц, удовлетворённых поддержкой которых имеет решающее значение для больного, выступают члены его семьи. Изучение факторов, опосредующих взаимосвязь симптоматики, социальной интеграции и социальной поддержки у больных с АР, представляется важным в контексте профилактики и снижения выраженности социальной изоляции и самоизоляции, характерных для данной категории больных в депрессивном периоде.

Общее семейное функционирование

Ряд исследователей сфокусировали своё внимание на изучении связи течения АР с функционированием семейной системы пациента. Под семейным функционированием, как правило, понимается выполнение членами семьи определённых функций и обязанностей, направленных на достижение целей конкретной семьи [38]. Для измерения показателей семейного функционирования используются как методы объективного наблюдения, осуществляемого клиницистами (например, клиническая рейтинговая шкала McMaster Clinical Rating Scale — MCRS) [15], так и самооценочные опросники, позволяющие оценить восприятие семейных отношений членами семьи. В качестве такого опросника в анализируемых исследованиях чаще всего применялась шкала общего функционирования из схемы оценки семьи (General Functioning subscale of the Family Assessment Device — FAD-GF) [15, 21].

По данным G. Keitner и соавт. [15], исследовавших семейное функционирование больных с депрессивными расстройствами, пациенты из дисфункциональных семей характеризовались худшими показателями выздоровления (в частности, большей выраженностью депрессивной симптоматики) по сравнению с пациентами, семейное функционирование которых было нарушено в меньшей степени. При этом особое значение имели показатели ролевого функционирования, аффективной вовлечённости и контроля поведения. Авторы отмечают, что в процессе лечения в семьях наблюдалось улучшение показателей

семейного функционирования, однако такой прогресс не был плавным и устойчивым.

В отличие от вышеизложенных данных, в исследовании L. Weinstock и I. Miller [21] показатели общего семейного функционирования не обнаружили прогностического значения в отношении повторного возникновения депрессивной симптоматики у пациентов в течении года.

Таким образом, можно отметить некоторую противоречивость данных относительно взаимосвязи общего семейного функционирования и тяжести депрессии. Важно подчеркнуть, что G. Keitner и соавт. предостерегают от прямой причинно-следственной интерпретации данных о связи общего семейного функционирования и показателей течения заболевания. Из полученных данных остаётся неясным, какой вклад в нарушение семейного функционирования привносит сама болезнь, то есть определяет ли выраженность симптоматики большую дисфункциональность отношений или нарушенные семейные отношения способствуют более выраженным формам проявления психопатологии.

Роль эмоциональной экспрессии (Expressed Emotion) и характера привязанности (Attachment)

Отдельное направление исследований, включающее значительное количество работ, вошедших в настоящий обзор, посвящено изучению взаимосвязи частоты и тяжести рецидивов, а также выраженности симптоматики между эпизодами с одним из аспектов семейного функционирования больных с АР, а именно с так называемой эмоциональной экспрессией (ЭЭ).

В силу значительной распространённости исследований, посвящённых ЭЭ и специфичности изучаемого конструкта, мы остановимся на его рассмотрении несколько подробнее.

Концепция ЭЭ возникла в 1950-х гг. в результате наблюдения за семьями больных шизофренией. Английский исследователь G. Brown и его коллеги заметили, что условия проживания больных после выписки существенно влияют на возникновение у них рецидива. Рецидив значительно чаще развивался у больных, возвращавшихся в семью, по сравнению с пациентами, которые были реинтегрированы в государственные учреждения.

В настоящее время существует множество определений ЭЭ. Например, один из родоначальников концепции C. Vaughn [39] обозначает ЭЭ как показатель «эмоциональной температуры» в семье, то есть интенсивности и характера эмоциональной реакции членов семьи по отношению к больному. При этом автор отмечает, что само отношение проявляется полярностью, которая обнаруживается либо в отсутствии привязанности (отвержении больного), либо в чрезмерной навязчивой вовлечённости родственников в его жизнь (emotional overinvolvement). ЭЭ включает и ряд других деструктивных (способствующих рецидиву

заболевания) поведенческих паттернов, среди которых, в частности, критическое отношение (*criticism*) и враждебность (*hostility*) в адрес больного.

Для диагностики ЭЭ разработаны различные инструменты, в качестве классического метода выступает Кембервильское семейное интервью (*Camberwell Family Interview — CFI*) [40, 41]. Данный метод представляет собой полуструктурированное интервью, в ходе которого с опекающим родственником беседуют о пациенте, симптомах его заболевания в месяцы, предшествующие ухудшению и/или госпитализации. Интервью обычно занимает около 30 мин и записывается на аудио, а затем кодируется (процесс кодировки занимает около 45 мин). Кодировка осуществляется по пяти измерениям: эмоциональная сверхвовлечённость, критика и враждебность рассматриваются как способствующие повышению ЭЭ, а положительные комментарии и выражение тёплого отношения — как ведущие к снижению ЭЭ. Метод характеризуется трудоёмкостью и высокой временной затратностью. Несмотря на то что данный метод принято считать золотым стандартом, в настоящем обзоре представлено лишь 2 исследования с его применением [16, 20].

В трёх исследованиях [22, 28, 32] для изучения связи ЭЭ с показателями рецидива применяли метод «Образец пятиминутной речи» (*German version of the Five-Minute Speech Sample — FMSS*) [42]. FMSS представляет собой более простой и короткий инструмент для измерения ЭЭ, а его оценки демонстрируют высокую степень соответствия результатам CFI. Опекающего родственника просят рассказывать о своих мыслях и чувствах к пациенту в течение 5 мин, без перерыва. Интервью записывается и кодируется. Кодирование обычно занимает около 20 мин. К недостаткам метода можно отнести то, что он оценивает аспекты, относящиеся только к эмоциональной сверхвовлечённости и критике в адрес больного.

В качестве альтернативных интервьюированию инструментов оценки ЭЭ в изучаемых исследованиях применялись самоопросники «Шкала семейных установок» (*Family Attitude Scale — FAS*) [43] и «Шкала воспринимаемой критики» (*Perceived Criticism Measure — PCM*), предназначенные для оценки интенсивности воспринимаемой критики и эмоционального реагирования на неё как со стороны родственников, так и со стороны больного [44]. FAS применялся в одном исследовании [34], а PCM — в четырёх [18, 31, 32, 34].

Анализ статей, вошедших в настоящий систематический обзор, показал, что в большинстве исследований ЭЭ выступает как предиктор рецидивов у больных АР [20, 22, 28, 31, 34]. Исключение составляет работа К. Kronmüller и соавт. [32], изучавших связь ЭЭ с долгосрочным течением депрессии (общий период наблюдения — 10 лет) и не обнаруживших значимых прогностических корреляций. Авторы указывают на необходимость изучения факторов, которые могут частично опосредовать эффект ЭЭ на долгосрочное течение депрессии, в частности,

предполагая, что прогностическая значимость ЭЭ выше для пациентов с БАР и остается непрояснённой для пациентов с РДР.

В ряде исследований семейный уровень ЭЭ и субъективная оценка пациентами выраженности критики со стороны родственников не были напрямую связаны с показателем времени до возникновения рецидива и наличием симптомов АР у пациентов при последующем наблюдении [16, 18]. В то же время авторы отмечают, что пациенты с высоким уровнем ЭЭ в семье сообщали о более высоком уровне депрессии, независимо от условий лечения, а выраженность субъективно переживаемого больным дистресса в ответ на критику со стороны родственников определяла у него большую тяжесть депрессивных и маниакальных симптомов и меньшее количество светлых промежутков в течение года.

Интересно отметить, что в работе D. Miklowitz и соавт. [18] показатели субъективной оценки выраженности дистресса родственников в ответ на критику пациентов (методика РСМ) отрицательно коррелировали с баллами пациентов по шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (*Montgomery–Asberg Depression Rating Scale — MADRS*) [45], а также с баллами пациентов по шкале депрессии Бека (*Beck Depression Inventory-II — BDI*) [46] при последующем наблюдении. Чем сильнее родственники испытывали негативные переживания в ответ на критику больных, тем менее выраженной у последних была депрессивная симптоматика.

По мнению J. Scott и соавт. [31], воспринимаемая больным критика со стороны родственников может быть простым и надёжным клиническим предиктором рецидива АР. Высокий уровень воспринимаемой критики, плохое понимание особенностей болезни близкими людьми и неоптимальная приверженность лечению являются факторами риска повторных госпитализаций больных с БАР.

T. Simoneau и соавт. [20] отмечают связь показателей ЭЭ с общим семейным коммуникативным стилем (преобладанием негативных/позитивных вербальных и невербальных интеракций) и подчёркивают важность невербального взаимодействия с другими людьми для гармонизации показателей психического состояния больных с АР. Пациенты, у которых в процессе лечения отмечалось увеличение невербальной вовлечённости во взаимодействие с супругами или родителями, обнаружили меньшую выраженность симптомов АР через год наблюдения. В этой связи авторы указывают на важность поощрения использования пациентами невербальных компонентов в межличностном взаимодействии (например, установление зрительного контакта, применение мимики и пантомимики).

Данные относительно связи ЭЭ с эмоциональной направленностью аффективных эпизодов противоречивы. Если в одних исследованиях показатели ЭЭ (в частности, критические комментарии и эмоциональная сверхвовлечённость) рассматриваются в качестве предикторов как более высокого уровня мании, так и депрессии

у больных АР при последующем наблюдении [16, 18], то в других — параметры ЭЭ в большей степени являются предикторами только депрессивных фаз [22, 34].

Важно подчеркнуть, что изучение ЭЭ в семьях больных с АР часто проводится в рамках психотерапевтических, в частности психообразовательных, программ. Авторы практически единодушно отмечают эффективность таких программ для коррекции ЭЭ в семье.

В качестве ещё одного значимого аспекта внутрисемейного взаимодействия, обнаруживающего тесную связь с ЭЭ и психопатологическим статусом больных с АР, выступает характер привязанности [27, 47].

Основоположник теории привязанности J. Bowlby при описании психосоциального развития человека базировался на представлении о том, что люди формируют устойчивые паттерны межличностного поведения посредством интернализации взаимодействий со значимыми другими (обеспечивающими уход) в младенчестве [48]. Эти паттерны обозначаются как устойчивые стили отношения (привязанности), которые впоследствии влияют на поведение человека в межличностном общении с близкими на протяжении всей жизни, особенно в ситуациях оказания или получения помощи.

Существуют различные методы изучения привязанности у взрослых. В качестве одного из наиболее популярных и вошедших в инструментарий исследования, представленного в настоящем обзоре, выступает методика «Опыт близких отношений» (Experiences in Close Relationships questionnaire — ECR-R) [49].

Модели привязанности связаны с процессами регулирования эмоций и поиском поддержки, которые, в свою очередь, могут влиять на развитие АР. Так, в исследовании, посвящённом изучению депрессивных больных, избегающий и тревожный типы привязанности рассматриваются авторами в качестве предикторов более высокой частоты возникновения рецидивов и степени тяжести депрессии, в то время как надёжный тип привязанности описывается как предиктор высокой продолжительности ремиссии, более низкой тяжести депрессии и низкой частоты рецидивов [27].

Бремя семьи

В качестве ещё одной важной темы, описывающей предмет настоящего обзора, выступает субъективное переживание родственниками больных с АР бремени болезни. Теоретический конструкт бремени основывается на стресс-ориентированных моделях оценки влияния хронической нагрузки, обусловленной необходимостью опекать больного члена семьи, на психосоциальное функционирование его родственников [50].

Описывая источники дистресса у родственников больных БАР, М. Reinares и соавт. [24] отмечают, что наиболее выраженное стрессовое воздействие связано с поведением пациента, а в качестве наиболее тревожащих проявлений такого поведения выступают гиперактивность,

раздражительность, грусть и замкнутость больного. Исследованные родственники также отмечали, что испытывают значительное беспокойство относительно социальных отношений пациента и того, как болезнь повлияла на их собственное эмоциональное здоровье и жизнь в целом. В качестве особой темы выделяется переживание родственниками страха рецидивов. Несмотря на то что авторы не выявили взаимосвязи между количеством предыдущих эпизодов и выраженностью субъективного переживания бремени, уровень бремени был значительно выше у лиц, осуществляющих уход за пациентами с БАР, которые пережили рецидив в течение предыдущих двух лет. По мнению авторов, полученные данные говорят о том, что уровень бремени обратно пропорционален величине временного интервала от момента последнего рецидива.

При этом важно отметить, что переживание семейного бремени опекающим родственником отрицательно влияет на ход выздоровления пациентов с БАР как в острой, так и в стабильной фазах заболевания [19]. В частности, более высокий уровень субъективно переживаемого родственниками бремени, измеряемого через 7 мес. после начального эпизода, значительно увеличивал риск клинически значимого эпизода у пациентов с БАР через 15 мес.

В качестве измерительных инструментов для оценки выраженности объективного и субъективного бремени в приведённых в настоящем обзоре исследованиях применялся опросник оценки социального поведения (The Social Behavior Assessment Schedule — SBAS) [51].

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ исследований, представленных в настоящем обзоре, позволяет говорить о том, что особенности семейного функционирования больного имеют существенное прогностическое значение при оценке течения АР. В настоящее время отмечается значительный дефицит отечественных исследований, направленных на изучение роли психосоциальных, в частности психологических, семейных факторов в стабилизации ремиссий у таких больных.

Результаты исследований, описанных в настоящем обзоре, согласуются с широко представленной в литературе позицией, отражающей значение социальной интеграции и поддержки больных в становлении и стабилизации ремиссии при АР [4, 5], при этом среди форм социальной поддержки важнейшую роль играет взаимодействие и помощь со стороны членов семьи больного.

В литературе представлено исследование широкого спектра факторов, опосредующих взаимосвязь состояния больного и форм семейного взаимодействия. Среди таких характеристик в первую очередь следует отметить выраженность феноменов ЭЭ, бремени болезни, а также характеристик общего семейного функционирования и типов привязанности в семье, потенциально связанных с манифестацией болезни, частотой рецидивов и другими параметрами течения АР.

Высокие показатели ЭЗ напрямую или опосредованно выступали в качестве предикторов рецидивов у больных АР в значительной части анализируемых работ [20, 22, 28, 31, 34]. В литературе является концептуальным положение о высокой прогностической значимости ЭЗ в контексте возникновения и развития заболевания у больных психиатрического профиля (в частности, больных шизофренией и депрессией) [52–54]. Вместе с тем существуют данные о значительной культуральной обусловленности феноменов ЭЗ [55]. Это накладывает определённые ограничения при интерпретации полученных результатов и одновременно объективирует потенциальный вектор исследований, необходимых для прояснения экологической валидности феномена ЭЗ в России.

Особое внимание следует обратить на различия предсказательной способности микросоциальных факторов в прогнозировании маниакальной и депрессивной симптоматики у больных с АР. Так, микросоциальные факторы в большей степени предсказывают возникновение депрессивных, но не маниакальных состояний [17, 21, 22, 34]. Изучение факторов, опосредующих влияние семейной динамики (в частности, тип течения, фаза болезни и срок с момента последнего рецидива), является важным для более глубокого понимания роли семьи в патогенезе АР.

Недостаточно изученной остаётся связь между течением заболевания, с одной стороны, и такими важнейшими психологическими характеристиками ближайшего окружения больного, как темпераментные особенности, акцентуации характера, механизмы психологической защиты и совладания и т.п. — с другой. Восполнение недостающих данных представляется необходимым направлением исследований в области изучения АР, поскольку позволит не только углубить знания о значении микросоциальных факторов в этиопатогенезе АР, но конкретизировать формы социально-психологической работы с больными и их родственниками как во время рецидивов, так и в период ремиссии.

В последние десятилетия отмечается активный рост средств (технологий, методов и методик) для оценки микросоциального взаимодействия психически больного (например, эго-центрированный анализ социальных сетей, образец пятиминутной речи (Five-Minute Speech Sample — FMSS), шкала семейных установок (Family Attitude Scale — FAS), шкала воспринимаемой критики (Perceived Criticism Measure — PCM) и др.). Прогресс в этой области представляется многообещающим, поскольку позволит на новом уровне решать задачи, связанные с изучением роли социального окружения на разных этапах этио- и саногенеза АР. Поскольку значительное число методов не имеет русскоязычных аналогов, адаптация существующего и разработка нового инструментария являются одной из современных задач клинической психологии.

В настоящей работе мы осознанно не анализировали существующие психообразовательные и другие интервенции для больных и их родственников (в том

числе и описанные в статьях, представленных в обзоре), а сосредоточили внимание на психологических феноменах, связанных с течением АР. Анализ существующих интервенций представляет собой отдельную задачу, осуществление которой должно опираться на предварительную работу по выявлению психосоциальных мишеней, предшествующую разработке специализированных вмешательств для данного контингента.

В качестве ограничений настоящего исследования выступает невозможность обеспечить полноту охвата всех публикаций, существующих по изучаемой тематике, в частности, по причине отсутствия доступа к полнотекстовым версиям статей. Кроме того, как уже отмечалось выше, некоторые выявленные в обзоре связи (например, связь течения АР с уровнем ЭЗ в семье) следует интерпретировать с осторожностью, опираясь на социокультурный контекст, и подвергать их последующей проверке в процессе накопления эмпирического материала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время выявлены разнообразные биопсихосоциальные факторы, связанные с этиопатогенезом АР. Проведённый обзор показал, что, несмотря на убедительные данные, подтверждающие связь психологических характеристик микросоциального окружения с течением АР, требуется дальнейшее изучение характера этих взаимосвязей, а также факторов, их опосредующих. В данном направлении наблюдается значительный дефицит современных отечественных исследований, методов и технологий. Несмотря на географическое разнообразие представленных исследований, в проанализированной литературе отсутствуют верифицированные данные относительно социокультурных особенностей микросоциального окружения больного (отражающих региональную специфичность) в контексте их взаимосвязи с течением заболевания. Проведению сравнительных кросс-культурных исследований препятствует отсутствие единого психодиагностического инструментария. Дальнейшая интеграция родственников в систему лечебно-реабилитационных мероприятий с целью гармонизации их повседневного взаимодействия с пациентами (и тем самым предотвращения неблагоприятных форм течения болезни последних) представляется одной из существенных задач современного здравоохранения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Приложение 1. Перечень формализованных показателей исследований, выделенный в соответствии с критериями отбора. doi: 10.17816/nb634704-4223890



Источник финансирования. Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБОУ «НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XS0Z) 2024 0014.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. В.В. Бочаров — концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация данных, утверждение окончательного варианта; А.М. Шишкова — концепция и дизайн исследования, анализ полученных данных, построение структуры статьи, написание основной части текста; Т.А. Корман — подготовка и редактирование текста, сбор и обработка литературных источников; анализ данных; Д.М. Сарайкин — сбор и обработка литературных источников, анализ данных; А.Ю. Винникова — проведение статистического анализа; Ю.А. Бueva — анализ данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Appendix 1. A list of formalized research indicators highlighted in accordance with the selection criteria.  doi: 10.17816/nb634704-4223890

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казаковцев Б.А., Сидорюк О.В., Зражевская И.А., Овсянников С.А. Региональные различия в показателях первичной заболеваемости аффективными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 1–2. С. 10–16. EDN: SNBCKI doi: 10.17116/jnevro20191191210
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: Клинические описания и указания по диагностике. Санкт-Петербург: Адис, 1994.
3. Angst J., Stassen H.H., Clayton P.J., Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow up over 34–38 years // J Affect. Disord. 2002. Vol. 68, N 2–3. P. 167–181. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00377-9
4. Akinci E., Wieser M.O., Vanscheidt S., et al. Impairments of social interaction in depressive disorder // Psychiatry Investig. 2022. Vol. 19, N 3. P. 178–189. doi: 10.30773/pi.2021.0289
5. Kupferberg A., Hasler G. The social cost of depression: Investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning // Journal of Affective Disorders Reports. 2023. Vol. 14, N 14. P. 100631. doi: 10.1016/j.jadr.2023.100631
6. Reinares M., Vieta E., Colom F., et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden // J Affect Disord. 2006. Vol. 94, N 1–3. P. 157–163. doi: 10.1016/j.jad.2006.04.022
7. Смулевич А.Б., Андриященко А.В., Романов Д.В., Захарова Н.В. Ремиссии при аффективных заболеваниях: эпидемиология, психопатология, клинический и социальный прогноз, вторичная профилактика // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 3. С. 4–13. EDN: SDIJDN
8. Gignac A., McGirr A., Lam R.W., Yatham L.N. Recovery and recurrence following a first episode of mania: a systematic review and meta-analysis of prospectively characterized cohorts // J Clin Psychiatry. 2015. Vol. 76, N 9. P. 1241–1248. doi: 10.4088/JCP.14r09245
9. Simhandl C., Konig B., Amann B.L. A prospective 4-year naturalistic follow-up of treatment and outcome of 300 bipolar I and II patients // J Clin Psychiatry. 2014. Vol. 75, N 3. P. 254–262. doi: 10.4088/JCP.13m08601
10. Luo R., Chen F., Ke L., et al. Interparental conflict and depressive symptoms among Chinese adolescents: A longitudinal moderated mediation model // Dev Psychopathol. 2023. Vol. 35, N 2. P. 972–981. doi: 10.1017/S0954579422000190
11. Tang X., Tang S., Ren Z., Wong D.F.K. Psychosocial risk factors associated with depressive symptoms among adolescents in secondary schools in mainland China: A systematic review and meta-analysis // J Affect Disord. 2020. Vol. 263. P. 155–165. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.118
12. Miklowitz D.J., Ichinose M.C., Weintraub M.J., et al. Family conflict, perceived criticism, and aggression in symptomatic offspring of parents with mood disorders: results from a clinical trial of family-focused therapy // JAACAP Open. 2024. doi: 10.1016/j.jaacop.2024.01.008
13. Liberati A., Altman D.G., Tetzlaff J., et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration // PLoS Med. 2009. Vol. 6, N 7. P. e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
14. Corrigan P.W., Phelan S.M. Social support and recovery in people with serious mental illnesses // Community Ment Health J. 2004. Vol. 40, N 6. P. 513–523. doi: 10.1007/s10597-004-6125-5
15. Keitner G.I., Ryan C.E., Miller I.W., et al. Role of the family in recovery and major depression // Am J Psychiatry. 1995. Vol. 152, N 7. P. 1002–1008. doi: 10.1176/ajp.152.7.1002
16. Kim E.Y., Miklowitz D.J. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy // J Affect Disord. 2004. Vol. 82, N 3. P. 343–352. doi: 10.1016/j.jad.2004.02.004
17. Miklowitz D.J., George E.L., Richards J.A., et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder // Arch Gen Psychiatry. 2003. Vol. 60, N 9. P. 904–912. doi: 10.1001/archpsyc.60.9.904
18. Miklowitz D.J., Wisniewski S.R., Miyahara S., et al. Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder // Psychiatry Res. 2005. Vol. 136, N 2–3. P. 101–111. doi: 10.1016/j.psychres.2005.04.005
19. Perlick D.A., Rosenheck R.R., Clarkin J.F., et al. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar

- affective disorder // *J Nerv Ment Dis.* 2001. Vol. 189, N 1. P. 31–37. doi: 10.1097/00005053-200101000-00006
20. Simoneau T.L., Miklowitz D.J., Richards J.A., et al. Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program // *J Abnorm Psychol.* 1999. Vol. 108, N 4. P. 588–597. doi: 10.1037//0021-843x.108.4.588
21. Weinstock L.M., Miller I.W. Psychosocial predictors of mood symptoms 1 year after acute phase treatment of bipolar I disorder // *Compr Psychiatry.* 2010. Vol. 51, N 5. P. 497–503. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.02.001
22. Yan L.J., Hammen C., Cohen A.N., et al. Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients [published correction appears in *J Affect Disord.* 2005 Jun;86(2–3):337] // *J Affect Disord.* 2004. Vol. 83, N 2–3. P. 199–206. doi: 10.1016/j.jad.2004.08.006
23. Ezquiaga E., García A., Bravo F., Pallarés T. Factors associated with outcome in major depression: a 6-month prospective study // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998. Vol. 33, N 11. P. 552–557. doi: 10.1007/s001270050093
24. Reinares M., Vieta E., Colom F., et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden // *J Affect Disord.* 2006. Vol. 94, N 1–3. P. 157–163. doi: 10.1016/j.jad.2006.04.022
25. Петрова Н.Н. Клинико-функциональная оценка ремиссии у пациентов с рекуррентной депрессией // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019. Т. 11, № 4. С. 88–93. EDN: GXVSN doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-88-93
26. Хритинин Д.Ф., Иванец Н.Н., Сумарокова М.А. Особенности лекарственного патоморфоза ремиссий при шизоаффективных расстройствах // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2014. Т. 114, № 7. С. 23–29. EDN: STXUJF
27. Conradi H.J., Kamphuis J.H., de Jonge P. Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care // *J Affect Disord.* 2018. Vol. 225. P. 160–166. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.009
28. Honig A., Hofman A., Rozendaal N., Dingemans P. Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion // *Psychiatry Res.* 1997. Vol. 72, N 1. P. 17–22. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00072-3
29. Cerit C., Filizer A., Tural Ü., Tufan A.E. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder // *Compr Psychiatry.* 2012. Vol. 53, N 5. P. 484–489. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.08.010
30. Wesley M.S., Manjula M., Thirthalli J. Interepisodic functioning in patients with bipolar disorder in remission // *Indian J Psychol Med.* 2018. Vol. 40, N 1. P. 52–60. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_211_17
31. Scott J., Colom F., Pope M., et al. The prognostic role of perceived criticism, medication adherence and family knowledge in bipolar disorders // *J Affect Disord.* 2012. Vol. 142, N 1–3. P. 72–76. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.005
32. Kronmüller K.T., Backenstrass M., Victor D., et al. Expressed emotion, perceived criticism and 10-year outcome of depression // *Psychiatry Res.* 2008. Vol. 159, N 1–2. P. 50–55. doi: 10.1016/j.psychres.2007.07.009
33. Ezquiaga E., García-López A., de Dios C., et al. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study // *J Affect Disord.* 2004. Vol. 79, N 1–3. P. 63–70. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00346-4
34. Lex C., Hautzinger M., Meyer T.D. Perceived criticism and family attitudes as predictors of recurrence in bipolar disorder // *Clinical Psychology in Europe.* 2022. Vol. 4, N 1. P. e4617. doi: 10.32872/cpe.4617
35. Gamper M. Social network theories: an overview. In: Klärner A., Gamper M., Keim-Klärner S., editors. *Social Networks and Health Inequalities.* New York: Springer International Publishing, 2022. P. 35–48. doi: 10.1007/978-3-030-97722-1_3
36. Löwenstein H., Frank F. Social support networks of individuals with depressive disorders: A cross-sectional survey in former psychiatric inpatients in Germany // *Clinical Social Work Journal.* 2023. Vol. 51, N 1. P. 76–85. EDN: DFHSLG doi: 10.1007/s10615-022-00852-0
37. Corrigan P.W., Phelan S.M. Social support and recovery in people with serious mental illnesses // *Community Mental Health J.* 2024. Vol. 40. P. 513–523. doi: 10.1007/s10597-004-6125-5
38. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. EDN: QXSUOX
39. Vaughn C. Introduction to the concept of expressed emotionality. In: *Proceedings of the International Conference "Schizophrenia and the Family: Comparing Models".* Notizie ARS, 1988. P. 6–11.
40. Brown G.W., Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study // *Hum Relat.* 1966. Vol. 19, N 3. P. 241–263. doi: 10.1177/001872676601900301
41. Vaughn C., Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients // *Br J Soc Clin Psychol.* 1976. Vol. 15, N 2. P. 157–165. doi: 10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x
42. Magana Amato A. Manual for coding expressed emotion from the five minute speech sample: UCLA Family Project. Los Angeles, CA, USA, 1989.
43. Kavanagh D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V., et al. The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families // *Psychiatry Res.* 1997. Vol. 70, N 3. P. 185–195. doi: 10.1016/S0165-1781(97)00033-4
44. Hooley J.M., Parker H.A. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts // *J Fam Psychol.* 2006. Vol. 20. N 3. P. 386–396. doi: 10.1037/0893-3200.20.3.386
45. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br J Psychiatry.* 1979. Vol. 134. P. 382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382
46. Beck A.T., Steer R.A., Ball R., Ranieriet W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients // *J Pers Assess.* 1996. Vol. 67, N 3. P. 588–597. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13
47. Cherry M.G., Taylor P.J., Brown S.L., Sellwood W. Attachment, mentalisation and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties // *BMC Psychiatry.* 2018. Vol. 18, N 1. P. 257. doi: 10.1186/s12888-018-1842-4
48. Bowlby J. Attachment and loss: volume II. Separation: anxiety and anger. London: Penguin Books, 1973.
49. Conradi H.J., Gerlsma C., Van Duijn M., De Jonge P. Internal and external validity of the experiences in close relationships questionnaire in an American and two Dutch samples // *Eur J Psychiatry.* 2006. Vol. 20. P. 258–269. doi: 10.4321/S0213-61632006000400006
50. Шишкова А.М., Бочаров В.В. Эмоциональное выгорание родственников больных с химической зависимостью: методология и инструментарий оценки. СПб.: Нестор-История, 2021. EDN: EZFDVW
51. Platt S., Weyman A., Hirsch S., Hewett S. The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule // *Soc Psychiatry.* 1980. Vol. 15. P. 43–55. doi: 10.1007/BF00577960
52. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Корман Т.А. Психологические характеристики жён пациентов, страдающих героиновой наркоманией, и жён пациентов, страдающих шизофренией. В кн.:

Васильева А.В., Караваева Т.А. Женское психическое здоровье: от истерии к гендерно-сенситивному подходу. СПб.: Алеф-Пресс, 2020. С. 51–81. EDN: GULIYZ

53. Ma C.F., Chan S.K.W., Chung Y.L., et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression // *Psychological Medicine*. 2021. Vol. 51, N 3. P. 365–375. doi: 10.1017/S0033291721000209

REFERENCES

1. Kazakovtsev BA, Sidoryuk OV, Zrazhevskaya IA, Ovsyannikov SA. Regional differences in the incidence of affective disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(1–2):10–16. EDN: SNBCKI doi: 10.17116/jnevro20191191210
2. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10/USD-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. St. Petersburg: Adis; 1994 (In Russ.)
3. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord*. 2002;68(2–3):167–181. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00377-9
4. Akinci E, Wieser MO, Vanscheidt S, et al. Impairments of social interaction in depressive disorder. *Psychiatry Investig*. 2022;19(3):178–189. doi: 10.30773/pi.2021.0289
5. Kupferberg A, Hasler G. The social cost of depression: Investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023;14(14):100631. doi: 10.1016/j.jadr.2023.100631
6. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord*. 2006;94(1–3):157–163. doi: 10.1016/j.jad.2006.04.022
7. Smulevich AB, Romanov DV, Andryushchenko AV, Zakharova NV. Remissions in affective disorders: epidemiology, psychopathology, clinical and social prognosis, treatment. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(3):4–13. EDN: SDIJDN
8. Gignac A, McGirr A, Lam RW, Yatham LN. Recovery and recurrence following a first episode of mania: a systematic review and meta-analysis of prospectively characterized cohorts. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(9):1241–1248. doi: 10.4088/JCP.14r09245
9. Simhandl C, Konig B, Amann BL. A prospective 4-year naturalistic follow-up of treatment and outcome of 300 bipolar I and II patients. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(3):254–262. doi: 10.4088/JCP.13m08601
10. Luo R, Chen F, Ke L, et al. Interparental conflict and depressive symptoms among Chinese adolescents: A longitudinal moderated mediation model. *Dev Psychopathol*. 2023;35(2):972–981. doi: 10.1017/S0954579422000190
11. Tang X, Tang S, Ren Z, Wong DFK. Psychosocial risk factors associated with depressive symptoms among adolescents in secondary schools in mainland china: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;263:155–165. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.118
12. Miklowitz DJ, Ichinose MC, Weintraub MJ, et al. Family conflict, perceived criticism, and aggression in symptomatic offspring of parents with mood disorders: results from a clinical trial of family-focused therapy. *JAACAP Open*. 2024. doi: 10.1016/j.jaacop.2024.01.008
13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100

54. Fahrner J, Brill N, Dobener L.M., et al. Expressed emotion in the family: A meta-analytic review of expressed emotion as a mechanism of the transgenerational transmission of mental disorders // *Front Psychiatry*. 2022. Vol. 12. P. 721796. doi: 10.3389/fpsyt.2021.721796
55. Bhugra D., McKenzie K. Expressed emotion across cultures // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003. Vol. 9, N 5. P. 342–348. doi: 10.1192/apt.9.5.342

14. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J*. 2004;40(6):513–523. doi: 10.1007/s10597-004-6125-5
15. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, et al. Role of the family in recovery and major depression. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1002–1008. doi: 10.1176/ajp.152.7.1002
16. Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. *J Affect Disord*. 2004;82(3):343–352. doi: 10.1016/j.jad.2004.02.004
17. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):904–912. doi: 10.1001/archpsyc.60.9.904
18. Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Miyahara S, et al. Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2005;136(2–3):101–111. doi: 10.1016/j.psychres.2005.04.005
19. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, et al. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(1):31–37. doi: 10.1097/00005053-200101000-00006
20. Simoneau TL, Miklowitz DJ, Richards JA, et al. Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *J Abnorm Psychol*. 1999;108(4):588–597. doi: 10.1037//0021-843x.108.4.588
21. Weinstock LM, Miller IW. Psychosocial predictors of mood symptoms 1 year after acute phase treatment of bipolar I disorder. *Compr Psychiatry*. 2010;51(5):497–503. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.02.001
22. Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, et al. Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients [published correction appears in *J Affect Disord*. 2005 Jun;86(2–3):337]. *J Affect Disord*. 2004;83(2–3):199–206. doi: 10.1016/j.jad.2004.08.006
23. Ezquiaga E, García A, Bravo F, Pallarés T. Factors associated with outcome in major depression: a 6-month prospective study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 1998;33(11):552–557. doi: 10.1007/s001270050093
24. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord*. 2006;94(1–3):157–163. doi: 10.1016/j.jad.2006.04.022
25. Petrova NN. Clinical and functional remission assessment in patients with recurrent depression. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):88–93. EDN: GXXVSN doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-88-93
26. Khritinin DF, Ivanets NN, Sumarokova MA. Characteristics of the pharmacological pathomorphosis of remission in schizoaffective disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(7):23–29. EDN: STXUJF

27. Conradi HJ, Kamphuis JH, de Jonge P. Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care. *J Affect Disord.* 2018;225:160–166. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.009
28. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psychoeducation in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res.* 1997;72(1):17–22. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00072-3
29. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53(5):484–489. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.08.010
30. Wesley MS, Manjula M, Thirthalli J. Interepisodic functioning in patients with bipolar disorder in remission. *Indian J Psychol Med.* 2018;40(1):52–60. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_211_17
31. Scott J, Colom F, Pope M, et al. The prognostic role of perceived criticism, medication adherence and family knowledge in bipolar disorders. *J. Affect. Disord.* 2012;142(1–3):72–76. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.005
32. Kronmüller KT, Backenstrass M, Victor D, et al. Expressed emotion, perceived criticism and 10-year outcome of depression. *Psychiatry Res.* 2008;159(1–2):50–55. doi: 10.1016/j.psychres.2007.07.009
33. Ezquiaga E, García-López A, de Dios C, et al. Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: a one year prospective study. *J Affect Disord.* 2004;79(1–3):63–70. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00346-4
34. Lex C, Hautzinger M, Meyer TD. Perceived criticism and family attitudes as predictors of recurrence in bipolar disorder. *Clinical Psychology in Europe.* 2022;4(1):e4617. doi: 10.32872/cpe.4617
35. Gamper M. Social network theories: an overview. In: Klärner A, Gamper M, Keim-Klärner S, editors. *Social Networks and Health Inequalities.* New York: Springer International Publishing; 2022. P. 35–48. doi: 10.1007/978-3-030-97722-1_3
36. Löwenstein H, Frank F. Social support networks of individuals with depressive disorders: A cross-sectional survey in former psychiatric inpatients in Germany. *Clinical Social Work Journal.* 2023;51(1):76–85. EDN: DFHSLG doi: 10.1007/s10615-022-00852-0
37. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health J.* 2024;40:513–523. doi: 10.1007/s10597-004-6125-5
38. E`jdemiller EG, Yusticzskis V. Psychology and psychotherapy of the family. Saint-Petersburg: Piter; 2008. (In Russ.) EDN: QXSUOX
39. Vaughn C. Introduction to the concept of expressed emotionality. In: *Proceedings of the International Conference "Schizophrenia and the Family: Comparing Models".* Notizie ARS; 1988:6–11.
40. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Hum Relat.* 1966;19(3):241–263. doi: 10.1177/001872676601900301
41. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br. J Soc Clin Psychol.* 1976;15(2):157–165. doi: 10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x
42. Magana Amato A. Manual for coding expressed emotion from the five minute speech sample: UCLA Family Project. Los Angeles, CA, USA; 1989.
43. Kavanagh DJ, O'Halloran P, Manicavasagar V, et al. The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res.* 1997;70(3):185–195. doi: 10.1016/S0165-1781(97)00033-4
44. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *J Fam Psychol.* 2006;20(3):386–396. doi: 10.1037/0893-3200.20.3.386
45. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979;134:382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382
46. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieriet W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.* 1996;67(3):588–597. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13
47. Cherry MG, Taylor PJ, Brown SL, Sellwood W. Attachment, mentalisation and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):257. doi: 10.1186/s12888-018-1842-4
48. Bowlby J. Attachment and loss: volume II. Separation: anxiety and anger. London: Penguin Books; 1973.
49. Conradi HJ, Gerlsma C, Van Duijn M, De Jonge P. Internal and external validity of the experiences in close relationships questionnaire in an American and two Dutch samples. *Eur. J. Psychiatry.* 2006;20:258–269. doi: 10.4321/S0213-61632006000400006
50. Shishkova AM, Bocharov VV. Burnout of chemically addicted patients' relatives (methodology and assesment tool). Saint-Petersburg: Nestor-Istoriya; 2021. EDN: EZFDVW
51. Platt S, Weyman A, Hirsch S, Hewett S. The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Soc. Psychiatry.* 1980;15:43–55. doi: 10.1007/BF00577960
52. Bocharov VV, Shishkova AM, Korman TA. Psychological characteristics of wives of patients suffering from heroin addiction and wives of patients suffering from schizophrenia. In: Vasilyeva A.V., Karavaeva T.A. *Women's mental health: from hysteria to a gender-sensitive approach.* St. Petersburg: Alef-Press; 2020:51–81. (In Russ.) EDN: GULIYZ
53. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine.* 2021; 51(3):365–375. doi: 10.1017/S0033291721000209
54. Fahrner J, Brill N, Dobener LM, et al. Expressed emotion in the family: a meta-analytic review of expressed emotion as a mechanism of the transgenerational transmission of mental disorders. *Front. Psychiatry.* 2022;12:721796. doi: 10.3389/fpsy.2021.721796
55. Bhugra D, McKenzie K. Expressed emotion across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2003;9(5):342–348. doi: 10.1192/apt.9.5.342

ОБ АВТОРАХ

* **Александра Михайловна Шишкова**, канд. психол. наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; адрес: Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3; ORCID: 0000-0001-9707-138X; eLibrary SPIN: 4493-1497; e-mail: shishaspb@mail.ru

AUTHORS' INFO

* **Alexandra M. Shishkova**, Cand. Sci. (Psychology), Senior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics; address: 3 Bekhtereva Str., 192019 Saint Petersburg, Russia; ORCID: 0000-0001-9707-138X; eLibrary SPIN: 4493-1497; e-mail: shishaspb@mail.ru

Виктор Викторович Бочаров, канд. психол. наук, ведущий науч. сотрудник, рук-ль лаборатории клинической психологии и психодиагностики, доцент каф. психологии кризисных и экстремальных ситуаций, зав. каф. клинической психологии; ORCID: 0000-0003-0874-4576; eLibrary SPIN: 2199-6745; e-mail: bochvikvik@gmail.com

Татьяна Александровна Корман, младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; ORCID: 0009-0007-2841-0166; eLibrary SPIN: 4685-0420; e-mail: korman-t@mail.ru

Дмитрий Михайлович Сарайкин, младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; ORCID: 0000-0002-0561-4736; eLibrary SPIN: 1854-3703; e-mail: saraikindm@yandex.ru

Анастасия Юрьевна Винникова, лаборант-исследователь лаборатории клинической психологии и психодиагностики; ORCID: 0009-0008-1425-2547; eLibrary SPIN: 7413-1385; e-mail: vinnikovaanastasia@gmail.com

Юлия Александровна Бueva, лаборант-исследователь лаборатории клинической психологии и психодиагностики; ORCID: 0009-0000-3517-5140; e-mail: uliabueva@gmail.com

Victor V. Bocharov, Cand. Sci. (Psychology), Leading Researcher, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, Associate Professor of the Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Head of the Department of Clinical Psychology; ORCID: 0000-0003-0874-4576; eLibrary SPIN: 2199-6745; e-mail: bochvikvik@gmail.com

Tatyana A. Korman, Junior Researcher of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics; ORCID: 0009-0007-2841-0166; eLibrary SPIN: 4685-0420; e-mail: korman-t@mail.ru

Dmitry M. Saraykin, Junior Researcher of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics; ORCID: 0000-0002-0561-4736; eLibrary SPIN: 1854-3703; e-mail: saraikindm@yandex.ru

Anastasia Yu. Vinnikova, Laboratory Research Assistant of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics; ORCID: 0009-0008-1425-2547; eLibrary SPIN: 7413-1385; e-mail: vinnikovaanastasia@gmail.com

Iulia A. Bueva, Laboratory Research Assistant of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics; ORCID: 0009-0000-3517-5140; e-mail: uliabueva@gmail.com

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author