

## **ВЛИЯНИЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С РОДИТЕЛЯМИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Е. В. Корень, Т. А. Куприянова**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

В современных реабилитационных подходах в детской психиатрии, основанных на парадигме психического здоровья, центральное место отводится повышению уровня социального функционирования, как одному из интегральных параметров, для обеспечения наиболее приемлемых условий для гармоничного психического развития детей и подростков с психическими расстройствами [1, 3, 4, 8, 9, 12, 14].

Вместе с тем, понимание психосоциальной реабилитации как процесса, конечной целью которого является устойчивая интеграция больного в общество на доступном уровне с одновременным сдерживанием или предупреждением инвалидизации на основе восстановления ослабленных болезнью ресурсов личности и создания необходимых внешних условий с применением комплекса психосоциальных воздействий, требует учета специфики детского контингента [1, 5, 24].

В детской психиатрии, с учетом определяющей роли родителей и ближайшего окружения в развитии детей и их последующей жизненной траектории, активное участие больного в лечении и реабилитации преломляется через необходимость «делегирования полномочий» родителям, с одновременным усилением их роли в совместном построении индивидуальных программ помощи ребенку и участием в лечебно-реабилитационном процессе и одновременно с повышением ответственности в плане выполнения рекомендаций специалистов и следования индивидуальному терапевтическому плану, во многом определяющих эффективность помощи и результаты мультидисциплинарной работы с детьми и подростками [4].

В связи с тем, что родителям принадлежит огромная роль как в создании благоприятной микросоциальной среды в плане обеспечения адекватных условий для формирования личности ребенка, так и в отношении ребенка к имеющемуся психическому расстройству, и, в определенной степени, в оказы-

ваемом влиянии на характер и динамику клинических проявлений, вовлечение родителей в терапевтический процесс рассматривается как обязательная составная часть комплексной помощи, включающей проведение направленной психосоциальной терапии, учитывающей потребности детей и родителей [11, 19, 20].

Несмотря на очевидную значимость, проблема оценки и динамики социального функционирования детей и подростков с психическими расстройствами остается недостаточно изученной как в плане методологических подходов, так и преимуществ практического использования данных интегративных показателей [7, 11, 12].

При этом необходимо подчеркнуть, что оценка качества жизни и его взаимоотношения с различными факторами, влияющими на особенности социального функционирования в значимых для ребенка сферах, позволяет системно рассматривать многие актуальные проблемы детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, в частности, связанные с выбором мишеней для психосоциальных вмешательств и оценкой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

В данном контексте семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника поддержки ребенка в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий психического расстройства. Тем самым постулируется определяющая роль семьи при проведении психореабилитационных мероприятий, направленных на устранение социальной дезадаптации, восстановление потенциала самого пациента и обеспечение необходимых условий для оптимального психического функционирования и нормального развития детей и подростков, страдающих психическими расстройствами [5, 6, 18–20].

В ряде публикаций показана эффективность проведения групповых форм психосоциальной терапии с родителями при отдельных формах психиче-

ских расстройств в детском возрасте в плане редукции симптоматики и длительности ремиссии, повышения комплаенса, качества жизни и уровня социального функционирования [10, 11, 15, 23]. Однако, проблема привлечения родителей к построению индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ (модулей) помощи с учетом комплексной оценки психосоциальных характеристик и потребностей детей и родителей остается недостаточно изученной [6].

Относительно малое число исследований, значительная вариативность в длительности проведения, содержательной стороне занятий, выделении позитивно или негативно ассоциированных факторов и объяснении механизмов влияния на те или иные параметры семейного функционирования и взаимодействия родителей с психически больным ребенком затрудняют имплементацию на практике полученных результатов [17, 22, 24].

Не подлежит сомнению, что дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой инвалидирующей категории больных со значительными негативными социальными последствиями, с чем связаны выраженные социальные потери и бремя семьи [9, 18, 19].

Это влечет за собой необходимость разработки мероприятий по психосоциальной поддержке семьи и нацеленных психосоциальных вмешательств для родителей, направленных на повышение уровня социального функционирования детей через формирование адекватных представлений о болезни и формирование соответствующих навыков проблемно-разрешающего поведения, совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком.

**Целью** работы являлась сравнительная оценка влияния групповой психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования и качества жизни детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

В исследование были включены 119 детей и подростков (мальчики – 82, девочки – 37) в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст  $14,7 \pm 2,1$ ) с расстройствами шизофренического спектра, которые путем рандомизации были разделены на 2 группы: основную, в которую вошли 73 человек, и группу сравнения – 46 человек.

По критериям МКБ-10, у 55 (46,2%) детей была диагностирована шизофрения (основная группа – 35 чел., группа сравнения – 20 чел.), у 30 (25,2%) детей – шизотипическое личностное расстройство (основная группа – 20 чел., группа сравнения – 10 чел.), у 18 (15,2%) – шизоаффективное расстройство (основная группа – 11 чел., группа сравнения – 7 чел.), у 16 (13,4%) детей – биполярное аффективное расстройство (основная группа – 7 чел., группа сравнения – 9 чел.).

У 30 человек (25,2%) течение заболевания приближалось к острому расстройству (основная груп-

па – 17 чел., группа сравнения – 13 чел.), у 65 (54,6%) – к подострому расстройству (основная группа – 39 чел., группа сравнения – 26 чел.), у 24 (20,2%) заболевание имело хроническое течение (основная группа – 17 чел., группа сравнения – 7 чел.). 28 больных лечились по поводу впервые возникшего приступа болезни (основная группа – 16 чел., группа сравнения – 12 чел.). Средняя длительность заболевания составила  $3,1 \pm 1,2$  года.

Группы были сопоставимы по основным возрастным и клиничко-социальным характеристикам. Все дети получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

В I группе (основная группа) с родителями детей с расстройствами шизофренического спектра проводилась групповая мультисемейная психосоциальная терапия (68 чел.); во II группе (группа сравнения) психосоциальная терапия с родителями больных детей не проводилась (46 чел.).

Психосоциальная работа с родителями проводилась по модульному принципу в группах, с количеством участников в каждой 8–9 человек, что, по данным литературы, способствует большей эффективности работы мультисемейной группы [21]. Общее количество проводившихся рабочих сессий составляло 8 занятий. Частота занятий – 2 раза в неделю. Продолжительность каждого занятия – 90 минут.

Согласие на участие в работе группы мультисемейной психосоциальной терапии дали 73 родственника детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра; из них посетили все занятия 68, трое выбыли по объективным причинам (выписка из стационара). 2 матери отказались от участия в работе группы. Из группы сравнения к финальной оценке выбыло 9 человек.

Динамическая оценка уровня социального функционирования в обеих группах проводилась с учетом возрастного фактора по 3 возрастным группам: дети от 8 до 11 лет, подростки от 12 до 14 лет и подростки от 15 до 17 лет. При инициальной оценке, через 1 месяц и через 3 месяца родители и дети в обеих группах заполняли детскую шкалу оценки общего функционирования CGAS (Children's Global Assessment Scale) [D.Shaffer, 1983; B.Green, 1994] [16], а также опросник по исследованию качества жизни детей и подростков ILK (Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents) в возрасте 8–17 лет (H.Remschmidt, 1998, адаптированный Т.Н.Дмитриевой) [13], преимуществом которого является возможность оценивать как объективные, так и субъективные аспекты качества жизни пациентов в значимых сферах, включая «загруженность» в связи с имеющимся психическим расстройством и «загруженность» диагностическими и терапевтическими мероприятиями [2].

Для оценки субъективного и объективного бремени семьи была использована русская версия опро-

сника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire – CGSQ, 1997).

Обобщенная оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении – PANSS.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программ Statistica for Windows 6.1, MsExcel 2007.

По шкале PANSS редукция психопатологической симптоматики к финальной оценке в основной группе составила с  $91 \pm 4,2$  до  $62 \pm 3,6$ , а в группе сравнения – с  $89 \pm 8,4$  до  $65 \pm 3,7$ . Между группами не было отмечено статистически значимых различий в динамике клинического состояния, но тенденция к более выраженному улучшению, не достигающая статистической достоверности, была отмечена в основной группе больных, что может объясняться наличием прямой связи между психоэмоциональным напряжением, связанным с семейным контекстом, и выраженностью клинических проявлений.

Сравнительный анализ данных начальной оценки и оценки через 3 месяца по шкале CGSQ в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ( $p < 0,05$ ) – с  $5,38$  до  $3,07$ . В группе сравнения снижение также отмечалось, но не достигало статистически значимых результатов: с  $5,40$  до  $4,35$ . Отчетливое снижение показателей отмечено и по субшкале субъективного внешнего бремени, также более выраженное в основной группе, чем в группе сравнения – с  $5,13$  до  $3,45$  и с  $4,99$  до  $3,48$ , соответственно. Менее значительные изменения произошли в показателях объективного бремени семьи – с  $4,99$  до  $4,01$  в основной группе, с  $5,08$  до  $4,55$  – в группе сравнения. С учетом полученных данных, касающихся уменьшения как субъективного внутреннего, так и субъективного внешнего бремени семьи, можно говорить о тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования в основной группе больных при промежуточной оценке, проводившейся после завершения родительского модуля, и сохранялось к финальной оценке.

Показатели всех шкал ILK в обеих группах до начала исследования не имели достоверных отличий и были сопоставимы во всех возрастных периодах. Общей тенденцией в обеих группах являлось расхождение оценок детей и родителей с наблюдаемой у родителей тенденцией давать более высокие оценки по целому ряду параметров, что характеризует общую специфику проведения совместной оценки в педиатрической практике – так называемый «прокси-эффект» [25] и требует учета при составлении индивидуального плана психосоциальных мероприятий. Родители, как правило, менее пози-

тивно оценивали все сферы социального функционирования детей, включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением. Наибольшие расхождения оценок детей и родителей были получены по субшкалам: социальные контакты, школа, загруженность психическим расстройством, психическое здоровье, загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями.

На фоне проводимого лечения суммарная оценка показателей, оцениваемых детьми, во всех возрастных группах улучшалась, но динамика их в основной группе и группе сравнения существенно отличалась к финальной оценке. Так, в возрастной группе от 8 до 11 лет отмечено снижение средних показателей с  $25,6$  до  $19,6$ , в группе сравнения – с  $24,8$  до  $23,1$ , различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ). Подобную тенденцию можно отметить и в других возрастных группах: 12–14 лет – в основной группе с  $27,3$  до  $23,5$ , в группе сравнения – с  $28,1$  до  $24,7$ ; в возрастной группе 15–17 лет – с  $30,9$  до  $19,9$  и с  $29,8$  до  $26,8$  соответственно (различия достоверны,  $p < 0,05$ ).

Результаты родительской оценки также отличались в основной и группе сравнения в зависимости от возраста. В группе 8–11 лет в основной группе отмечено снижение показателей с  $33,6$  до  $28,4$ , в группе сравнения – с  $34,1$  до  $30,5$ ; в возрасте 12–15 лет – с  $31,4$  до  $20,0$  и с  $32,0$  до  $27,6$  соответственно; в группе 15–17 лет – с  $27,6$  до  $19,5$  и с  $26,7$  до  $24,3$  соответственно.

Тенденцию к положительной динамике можно отметить и при оценке шкалы (в возрастном аспекте) общего функционирования CGAS. На начальном этапе принципиально значимых различий в основной группе и группе сравнения не отмечено. Однако уже после 1 месяца терапии можно отметить явную положительную динамику, отмечаемую в обеих группах, но более выраженную в основной группе. В основной группе в возрасте 8–11 лет оценка общего функционирования повысилась с  $38,3 \pm 3,2$  в начале исследования, до  $45,6 \pm 6,3$  через 3 месяца, в группе сравнения – с  $36,4 \pm 1,9$  до  $40,5 \pm 2,5$ , в возрасте 12–14 лет – с  $43,8 \pm 1,8$  до  $63,3 \pm 5,5$  и с  $40,8 \pm 2,3$  до  $49,5 \pm 3,4$  соответственно, в возрасте 15–17 лет – с  $45,7 \pm 4,2$  до  $59,2 \pm 3,2$  и с  $44,1 \pm 1,8$  до  $53,5 \pm 4,1$  соответственно.

Полученные результаты при оценке шкал ILK (дети и родители) и CGAS в зависимости от возраста в основной и группе сравнения представлены на рис. 1 и 2.

Сопоставимая положительная терапевтическая динамика в обеих группах по шкале PANSS при наличии статистически значимых отличий в динамике уровня социального функционирования по ILK и CGAS является базовым пунктом, подтверждающим предположение об отсутствии прямых линейных корреляций между наличием симптоматики, сохранным фондом развития и уровнем наруше-

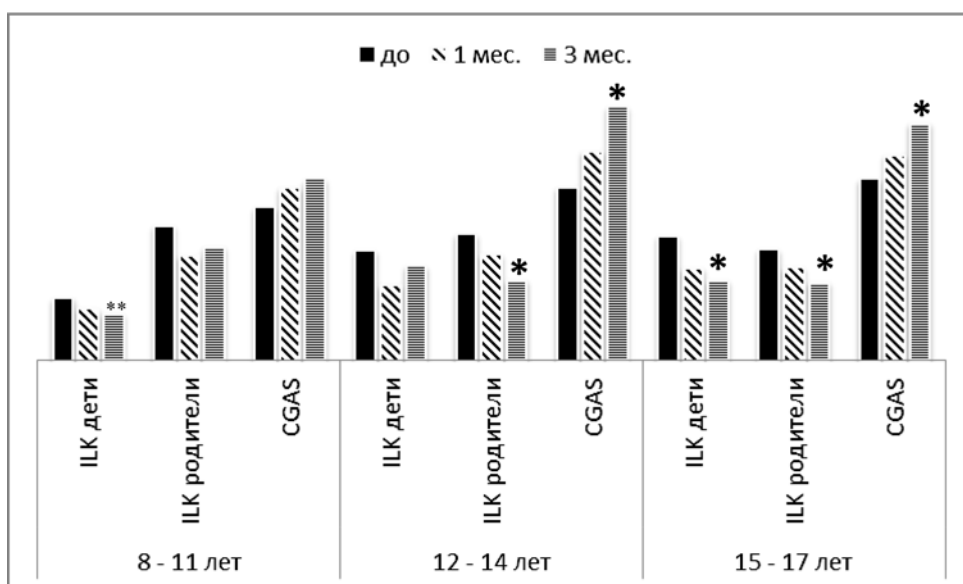


Рис. 1. Динамика оцениваемых показателей шкал ILK и CGAS в основной группе по возрастным группам  
Примечания: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ .

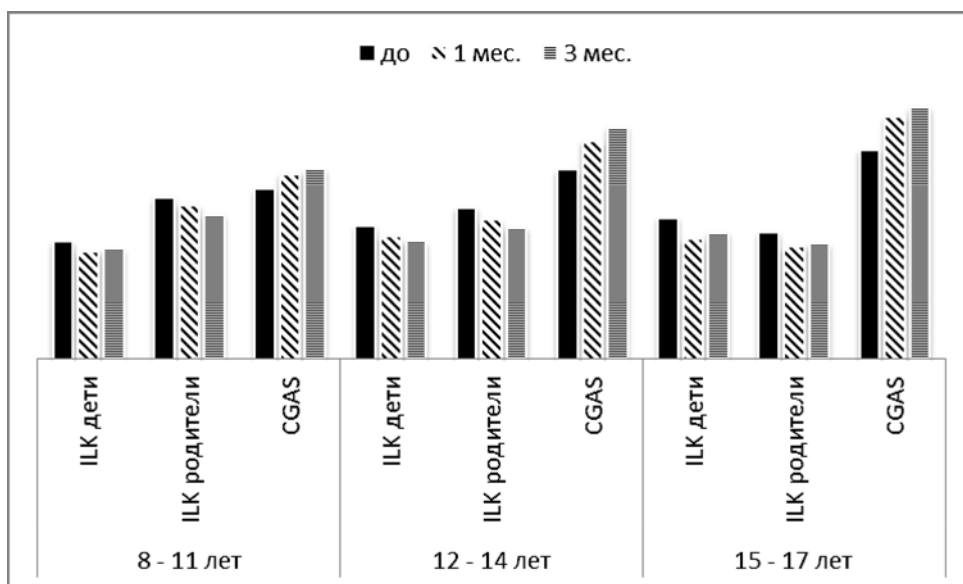


Рис. 2. Динамика оцениваемых показателей шкал ILK и CGAS в группе сравнения по возрастным группам

ний социального функционирования, отличающихся вариабельностью. Значительная роль в объяснении данного феномена отводится психосоциальным факторам, способствующим или препятствующим формированию и закреплению дезадаптивных форм личностного реагирования, которые, в свою очередь, являются значимыми факторами риска нарушения психосоциального развития.

Таким образом, групповая психосоциальная терапия с родителями положительно влияет на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, с наиболее отчетливой тенденцией ( $p < 0,05$ ) в младшей и средней возрастной группах, что связано, в первую очередь, со снижением субъективного семей-

ного бремени, нормализацией отношений с ребенком и установлением устойчивых терапевтических отношений с врачом, на что указывает значительно меньший процент выбывших в основной группе.

Это способствует, в первую очередь, удержанию детей и родителей в лечебно-реабилитационном пространстве, что является необходимым условием для повышения эффективности индивидуальной терапевтической программы, и создает необходимые предпосылки для реадaptации, ресоциализации и улучшения качества жизни больного ребенка для обеспечения наиболее благоприятных условий для гармонического развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
2. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 19, № 4. С. 39–42.
3. Дмитриева Т.Н., Занозин А.В., Дмитриева И.В. и соавт. Оценка качества жизни подростков с психическими нарушениями // Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 121–122.
4. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–15.
5. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 5–10.
6. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Сухотина Н.К. Групповая психосоциальная мультисемейная терапия с родителями детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра: пилотное исследование // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 71–76.
7. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф., Скрынник О.В. Качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами: проблема оценки // Социальная педиатрия. Київ, 2001. Вып. 1. С. 421–424.
8. Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей. Доклад комитета экспертов ВОЗ // Серия технических докладов 613. Женева, 1979.
9. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. 356 с.
10. Brannan A.M., Heflinger C.A., Bickman B. The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring impact on the family living with a child with serious emotional disturbance // J. Emotional Behav. Dis. 1997. Vol. 5. P. 212–222.
11. Dreier M.P., Lewis M.G. Support and psychoeducation for parents of hospitalized mentally ill children // Health Soc. Work. 1991. Vol. 16, N 1. P. 11–18.
12. Graham P. The future of quality of life in pediatrics and psychiatry // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 1999. Vol. 8, Suppl. 2. P. 172.
13. Matthejat F., Remschmidt H. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – (The inventory of life quality in children and adolescents ILC). Bern: Hans Huber Verlag, 2006. .
14. Foldemo A., Gullberg M., Ek A.C., Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia // Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 2005. Vol. 40, N 2. P. 133–138.
15. McCleary L., Ridley T. Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group // Patient Educ. Couns. 1999. Vol. 38, N 1. P. 3–10.
16. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // Arch. Gen. Psychiatry. 1983. Vol. 40, N 11. P. 1228–1231.
17. Diamond G., Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update // J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatr. 2005. Vol. 44, N 9. P. 872–887.
18. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. 2000. N 26. P. 5–20.
19. Jewell T.C., Downing, D., McFarlane W.M. Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia // J. Clin. Psychol. 2009. Vol. 65. P. 868–878.
20. Falloon I.R.H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // World Psychiatry. 2003. Vol. 2, N 1. P. 20–28.
21. Fristad M.A., Goldberg-Arnold J.S., Gavazzi S.M. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder // Bipolar Dis. 2002. N 4. P. 254–262.
22. Goldberg-Arnold J.S., Fristad M.A., Gavazzi S.M. Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need // Family Relations. 1999. Vol. 48, N 4. P. 411–417.
23. Klaus N., Frista, M.A., Malkin C. Koons B.M. Psychosocial family treatment for a ten-year-old with schizoaffective disorder // Cogn. Behav. Practice. 2008. Vol. 15. P. 76–84.
24. Report of the Working Group on Psychotropic Medications for Children and Adolescents: Psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: Evidence base, contextual factors, and future directions. American Psychological Association, 2006. www.apa.org
25. Theunissen N.C.M., Vogels T.G.C., Koopman H.M. et al. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research // Qual. Life Res. 1998. Vol. 7, N 5. P. 387–397.

### ВЛИЯНИЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С РОДИТЕЛЯМИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Т. А. Куприянова

В статье показано влияние групповой психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, оцениваемой с помощью опросников ILK и CGAS в основной и группе сравнения. Показано статистически значимое улучшение базовых показателей социального функционирования в разных возрастных группах, динамика улучшения которых в основной группе опережала терапевтическую динамику по PANSS, что указывает на эффективность

включения мультисемейных групповых занятий с родителями в систему психосоциальной терапии и реабилитации детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, направленных на повышение эффективности комплексной помощи и уровня социального функционирования данной категории больных.

**Ключевые слова:** социальное функционирование, групповая психосоциальная терапия, родители, дети и подростки, расстройства шизофренического спектра.

### THE EFFECT OF GROUP PSYCHOSOCIAL THERAPY WITH PARENTS ON SOCIAL FUNCTIONING OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

E. V. Koren, T. A. Kupriyanova

The authors show the effect of group psychosocial therapy with parents on dynamics of social functioning in children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders. This effect has been measured by means of ILK and CGAS in the group involved in psychosocial therapy and in control group. Parental psychosocial therapy has resulted in significant improvement of basic social functioning parameters in different age groups, the positive changes in the main group taking place at faster rate

than those according to the PANSS scale. The results indicate that the multifamily group sessions with parents happen to be an important part of psychosocial treatment and rehabilitation for children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders aimed at improvement of integrative care and better social functioning of these patients.

**Key words:** social functioning, group psychosocial therapy, patients, children and adolescents, schizophrenia spectrum disorders.

**Корень Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России, e-mail: evkoren@yandex.ru

**Куприянова Татьяна Анатольевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России, e-mail: anna\_gorbunova@list.ru