

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е.В. Корень, Н.Е. Степунина

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

В современных лечебно-реабилитационных подходах в качестве базовых условий повышения эффективности комплексной помощи, наряду с усилением роли и ответственности пациента, постулируется нацеленность на решение конкретных задач и индивидуализированный характер психосоциальных вмешательств [1, 2, 4, 6, 8, 12, 22, 25].

Современные подходы к терапии заболеваний шизофренического спектра у подростков предусматривают активное использование психосоциальной терапии (ПСТ) и психосоциальной реабилитации (ПСР) на разных этапах течения заболевания, включая этапы ремиссии и становления ремиссии [1, 4–6, 15, 24, 27].

В ряде публикаций показана возможность эффективного проведения групповых форм психосоциальной терапии с подростками [8, 15, 22–25, 28]. Однако, при реализации данной стратегии возникает ряд серьезных проблем, связанных с отсутствием разработанной теоретико-методологической базы проведения ПСТ с подростками и единых критериев оценки эффективности реабилитационных программ, недостаточным пониманием механизмов, лежащих в основе достижения терапевтического эффекта, сохраняющимися патерналистскими установками специалистов, отсутствием дифференцированного подхода к оказанию помощи [5, 8]. В итоге проводимые вмешательства нередко характеризуются фрагментарностью, недостаточной целенаправленностью, слабой преемственностью при недостаточной заинтересованности и малой активности самих пациентов [8]. Этим во многом объясняется противоречивость сведений об эффективности проведения психосоциальной терапии с подростками в мировой психиатрической практике [15, 22–25, 28, 29].

В данных условиях одной из основных задач является разработка эффективных реабилитационных программ (модулей) помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра на основе дифференцированного подхода к проведению вмешательств, позволяющего учитывать весь комплекс

психосоциальных потребностей психически больного ребенка [5, 7, 18, 27].

Обязательным условием реализации дифференцированного подхода к ПСТ у подростков с заболеваниями шизофренического спектра является учет специфического профиля негативных психосоциальных ситуаций у данного контингента подростков. С опорой на это положение, в ранее проведенном нами исследовании было показано, что важнейшую роль в социальном функционировании подростков с заболеваниями шизофренического спектра играют взаимоотношения со сверстниками [13]. Соответственно, ведущая роль должна отводиться групповым формам ПСТ, создающим благоприятные условия для формирования просоциального поведения, адаптивных копинг-стратегий и социальных навыков, необходимых для реадaptации и удержания подростков в социальной среде, что соответствует современной концепции «социального восстановления» [2, 5, 6, 12]. Другим необходимым условием повышения эффективности реабилитационных программ является учет клинических особенностей течения заболевания и уровня социального функционирования подростков при составлении индивидуального плана реабилитационных мероприятий и определении специфики работы с пациентами в ходе групповых занятий.

**Целью** настоящей работы являлось определение особенностей проведения групповой ПСТ у подростков с расстройствами шизофренического спектра в зависимости от типа течения болезни и уровня социального функционирования на основе анализа динамики просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков.

## Материалы и методы

В исследование были включены 42 подростка (24 девушки и 18 юношей) в возрасте 15–17 лет (средний возраст – 17,2±0,9 лет), с расстройствами шизофренического спектра (средний стаж заболевания – 5,1±2,7 лет) в состоянии ремиссии (становле-

ния ремиссии), с которыми проводилась групповая ПСТ в период с ноября 2010 года по май 2013 года.

Базовым модулем при проведении групповой ПСТ служил тренинг коммуникативных навыков, что было обусловлено специфическим профилем негативных психосоциальных ситуаций подростков с заболеваниями шизофренического спектра [13]. Активно использовался психообразовательный подход с элементами мотивационного тренинга и тренинга совладания с остаточными симптомами заболевания. Применялись методы когнитивно-поведенческой психотерапии, направленные на развитие социальных когнитивных функций, и арт-терапевтические методики, позволяющие, по результатам ряда исследований, активизировать эмоционально-волевую сферу больных [27].

Одной из особенностей проведения занятий было присутствие в группе участников с разным уровнем социального функционирования. По нашему опыту это служило дополнительным стимулом к реабилитации как для «слабых» участников, которые имели возможность общаться с более успешными сверстниками, усваивая новые поведенческие стереотипы, так и для «сильных», воспитывая в них чувство ответственности за свое поведение, терпимость и гибкость реагирования на возникающие в процессе совместного выполнения заданий трудности, вселяя уверенность в то, что их проблемы преодолимы.

Разработанный нами модуль включал 12 занятий по 120 минут каждое, в закрытой группе из 6–8 человек, что, по данным литературы, является оптимальным [14, 17]; частота занятий – 1 раз в неделю.

В обследовании применялись следующие методики: детская шкала оценки общего функционирования CGAS (Children's Global Assessment Scale) [21, 26], адаптированная версия Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении PANSS [11], опросник «Сильные стороны и трудности» SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) [20], опросник социальных навыков А.Гольдштейна (A.P.Goldstein) [3, 19] и копинг-тест Лазаруса [10, 16]. Обследование проводилось на инициальном этапе и по окончании цикла занятий (через 3 мес.).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета программ Statistica for Windows 6.1, MsExcel 2007. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез ( $p$ ) в данном исследовании принимали равным 0,05. Размер эффекта (effect size) рассчитывался по формуле Коэна

$$d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s}, \text{ где } x_1 \text{ и } x_2 - \text{средние значения показате-}$$

ля до и после терапии,  $s$  – стандартное отклонение.

### Результаты и их обсуждение

Согласие на участие в групповой психосоциальной терапии выразили 42 подростка, из них посетили все занятия 38 подростков, один из них выбыл по объ-

ективным причинам (совпадение времени занятий группы со временем начавшихся занятий в ВУЗе), трое отказались от участия в ходе работы группы.

На основании клинических особенностей течения заболевания и характера нарушения социального функционирования пациенты были разделены на 3 подгруппы. Это позволило выделить некоторые характерные тенденции.

В первую подгруппу вошли 13 подростков (31%), течение заболевания у которых приближалось к острому расстройству с внезапным началом на фоне преморбидно высокого уровня социального функционирования. Средний срок заболевания –  $2,4 \pm 0,7$  лет. Эту подгруппу составили преимущественно подростки с шизоаффективным расстройством (F25) согласно критериям МКБ-10.

Вторая подгруппа была представлена 19 подростками (45,2 %), заболевание у которых развивалось постепенно, начиная с раннего подросткового возраста, и характеризовалось постепенным снижением уровня социального функционирования. Средняя длительность болезни –  $5,2 \pm 0,8$  лет. Диагноз по МКБ-10 – шизотипическое расстройство (F21).

Третью подгруппу составили 10 подростков (23,8%), заболевание у которых началось с детства и привело к выраженному нарушению развития и социального функционирования. Средний стаж заболевания в данной подгруппе –  $10,9 \pm 1,1$  лет. Диагнозы по МКБ-10 – недифференцированная шизофрения (F20.3 – 2 чел.), детский тип шизофрении (F20.8 – 8 чел.).

Для подростков первой подгруппы были характерны достаточная критика к своему заболеванию и выраженная мотивация к возврату утраченного в силу болезни высокого уровня социального функционирования. Средний уровень социального функционирования по CGAS на инициальном этапе составлял  $51,8 \pm 8,2$  балла. Средняя оценка по шкале PANSS –  $77,9 \pm 18,4$  балла (в основном за счет остаточных продуктивных и аффективных расстройств). В ходе исследования из данной подгруппы выбыл 1 подросток, отказавшийся посещать занятия по объективным причинам.

Для подростков второй подгруппы, а зачастую и их родителей, был характерен невысокий уровень критики к психическому расстройству с тенденцией объяснять снижение уровня социального функционирования психологическими причинами, уверенностью в самопроизвольном благополучном разрешении имеющихся проблем, низкой мотивацией к работе. Средний уровень социального функционирования по CGAS –  $47,5 \pm 7,6$  баллов. Средняя оценка по шкале PANSS –  $69,2 \pm 13,9$  баллов с возрастанием (относительно первой подгруппы) удельного веса негативной симптоматики. В ходе исследования из этой подгруппы выбыло 3 подростка, отказавшихся от посещения занятий без внешних уважительных причин.

Критика подростков третьей подгруппы к своему расстройству также была невысокой в силу выраженных личностных изменений, однако, их родители характеризовались достаточно трезвым, иногда даже чересчур пессимистичным взглядом на имеющиеся у их детей проблемы и стремлением «хоть как-то» адаптировать их к предстоящей взрослой жизни. Средний уровень социального функционирования по CGAS в данной подгруппе был низким – 39,5±7,8 баллов. Средняя оценка по шкале PANSS – 88,7±8,1 баллов с доминированием негативных расстройств.

По окончании цикла занятий средний балл по CGAS в первой подгруппе составил 59,0±8,5, то есть в среднем увеличился на 8,2 балла (Effect size ( $d_c$ )=0,96). Во второй подгруппе данный показатель в среднем увеличился на 4,5 баллов и составил 52±8,2 ( $d_c$ =0,55). В третьей подгруппе пациентов прирост по CGAS был наиболее существенным – 9,2 балла, данный показатель составил через 3 месяца 48,7±9,5 баллов ( $d_c$ =0,97). Таким образом, наибольшая терапевтическая эффективность занятий отмечалась в первой и третьей подгруппах пациентов.

Показатели по PANSS через 3 месяца были следующие: в первой подгруппе – 62,5±11,8, здесь отмечалось наиболее существенное клиническое улучшение; во второй подгруппе – 62,7±10; в третьей подгруппе – 76,7±6,1. То есть клиническая динамика по PANSS не совпадала с динамикой социального функционирования, что еще раз подтверждает отсутствие линейной зависимости между этими показателями.

Применение опросника «Сильные стороны и трудности» (табл. 1) на инициальном этапе выявило, что во всех трех подгруппах наиболее выраженные труд-

ности отмечались с концентрацией внимания, в эмоциональной сфере и сфере взаимодействия со сверстниками. Подростки первой подгруппы и их родители наиболее выраженными считали трудности концентрации внимания, что легко объяснимо последствиями недавно перенесенного острого приступа болезни. У подростков второй подгруппы наибольший балл набирали эмоциональные трудности, тогда как у их родителей – трудности детей в общении со сверстниками. Подростки и родители третьей подгруппы наиболее выраженными считали проблемы в общении со сверстниками. В данной подгруппе отмечались наиболее существенные расхождения в оценках между подростками и их родителями: так, общий балл трудности, по оценкам подростков, был самым низким во всех трех подгруппах, а по оценкам родителей – самым высоким; балл, оценивающий просоциальное поведение, по оценкам подростков, напротив, был самым высоким во всех трех подгруппах, по оценкам же родителей он оказался наиболее низким. Эти расхождения могут быть объяснены низкой критикой в силу выраженных изменений личности у подростков данной подгруппы.

По окончании цикла групповых занятий через 3 месяца подростки и родители всех трех подгрупп продемонстрировали увеличение балла, оценивающего просоциальное поведение, и снижение общего балла трудности, исключение составила лишь оценка родителей подростков из второй подгруппы (балл, оценивающий просоциальное поведение снизился, общий балл трудности вырос), что свидетельствует об имеющихся у них проблемах в восприятии детей и требует отдельной проработки. Во всех трех под-

Таблица 1

Результаты применения опросника «Сильные стороны и трудности» в динамике для 3-х подгрупп

		Подгруппа 1		Подгруппа 2		Подгруппа 3	
		Подростки	Родители	Подростки	Родители	Подростки	Родители
Просоциальное поведение	1	6,5±1,2	7,2±2,2	7,1±2,1	8,3±1,7	7,8±2,1	5,9±1,3
	2	8,0±2,3↑	7,8±1,8↑	8,0±2,0↑	8,2±1,4↓	9,5±3,2↑	6,6±1,4↑
Трудности концентрации внимания	1	4,2±1,8	5,8±1,7	3,6±2,9	3,0±2,3	2,5±1,1	6,3±1,4
	2	3,2±1,9↓	4,6±1,5↓	3,3±2,7↓	3,5±2,2↑	3,0±1,5↑	4,0±2,3↓**
Трудности в поведении	1	2,6±1,4	3,4±1,9	1,8±2,2	2,0±2,1	2,3±2,9	2,3±2,2
	2	2,4±1,2↓	2,8±2,8↓	2,7±2,3↑	1,5±2,6↓	1,7±2,9↓	2,3±2,3
Эмоциональные трудности	1	3,8±2,1	5,4±2,1	6,0±2,4	5,0±2,1	3,5±1,4	6,3±1,8
	2	3,8±1,3	3,8±2,1↓	5,8±3,3↓	6,4±3,2↑	2,8±1,3↓	3,4±1,1↓***
Трудности взаимоотношений со сверстниками	1	3,7±1,5	5,6±1,1	5,7±2,3	5,7±2,8	5,8±2,2	8,0±2,5
	2	3,6±1,5↓	4,2±1,7↓**	4,8±1,6↓	4,3±2,2↓**	4,8±2,4↓	5,8±2,6↓***
Общий балл трудности	1	15,3±4,3	19,8±5,4	18,1±5,3	15,3±5,5	15,0±6,1	22,6±5,1
	2	14,3±5,6↓	15,4±6,7↓	17,8±6,5↓	15,7±5,3↑	14,0±5,5↓	15,5±6,8↓**

Примечания: стрелками (↑) обозначена тенденция (возрастание или убывание) изменения соответствующих показателей при оценке через 3 мес.; 1 – инициальная оценка, 2 – оценка через 3 мес.; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

группах отмечалось снижение трудностей взаимоотношений со сверстниками, как по оценке подростков, так и по оценке родителей, где данные изменения достигали статистической значимости (в 1-й и 2-й подгруппах  $p < 0,05$ ; в 3-й подгруппе  $p < 0,01$ ). Кроме того, в 3-й подгруппе отмечалось статистически значимое уменьшение трудностей концентрации внимания ( $p < 0,05$ ) и эмоциональных трудностей ( $p < 0,01$ ) по оценке родителей.

В первой подгруппе по окончании цикла занятий, с точки зрения подростков, наиболее выраженные трудности отмечаются в эмоциональной сфере, по мнению их родителей – с концентрацией внимания. Во второй подгруппе, как по оценке подростков, так и их родителей, трудности в эмоциональной сфере оказались наиболее выраженными, по оценке родителей они даже возросли за истекший период. В третьей подгруппе наиболее выраженными остаются трудности взаимоотношений со сверстниками, несмотря на существенное снижение данного показателя за время занятий. Можно отметить, что родители подростков в основном оценивали позитивные изменения как более выраженные, по сравнению с оценками самих подростков. Исключение составляет лишь просоциальное поведение – здесь тенденция обратная. Таким образом, наименее успешной была работа с подростками второй подгруппы: по оценке подростков более всего беспокоящие их трудности уменьшились совсем незначительно, по оценке их родителей – даже возросли. Это может приводить к потере контакта с данной категорией пациентов (особенно учитывая часто наблюдающуюся выраженную зависимость этих подростков от роди-

тей) и требует вовлечения родителей в психосоциальную терапию.

Результаты применения опросника социальных навыков А.Гольдштейна в динамике для 3-х описанных подгрупп представлены в табл. 2.

На начальном этапе все три подгруппы давали низкие оценки социальным способностям сверстников, их оценивали ниже, чем свои навыки. Для 2-й и 3-й подгрупп была также характерна низкая оценка своих социальных способностей. Во всех трех подгруппах коэффициент отличия превышал нормативный предел в 1,1, он возрастал пропорционально снижению уровня социального функционирования от 1-й к 3-й подгруппе. У подростков 1-й подгруппы оценки не выходили за нормативный предел, тяжелее всего им давались наиболее сложные навыки планирования предстоящих действий и альтернативы агрессивному поведению. Подростки 3-й подгруппы низко оценивали свои начальные социальные навыки, что говорит о выраженной социальной дезадаптации. Навыки самовыражения в разговоре и реакции на мнение другого человека наиболее низко оценивались подростками 2-й подгруппы, характеризующимися большей замкнутостью, социальной отгороженностью. Подростки 2-й и 3-й подгрупп низко оценивали и наиболее сложные социальные навыки – планирование предстоящих действий и альтернативы агрессивному поведению.

По окончании цикла занятий у всех подростков отмечался статистически достоверный рост оценок социальных навыков сверстников ( $p < 0,001$  во всех трех подгруппах) и не достигающие статистической значимости рост оценок своих социальных навы-

Таблица 2

Результаты применения опросника социальных навыков Гольдштейна в динамике для 3-х подгрупп

Показатели		Подгруппа 1	Подгруппа 2	Подгруппа 3
Средняя оценка своих социальных способностей	1	3,5±0,3	2,9±0,6	2,9±0,5
	2	3,8±0,4	3,3±0,5	3,1±0,4
Средняя оценка социальных способностей сверстников	1	2,9±0,7	2,9±0,8	2,7±0,3
	2	4,0±0,6****	3,9±0,4****	3,0±0,2****
Коэффициент компенсации	1	0,6±0,3	0,0±0,5	0,2±0,5
	2	-0,2±0,4	-0,6±0,8	0,1±0,5
Коэффициент отличия	1	1,2±0,8	1,3±0,7	1,4±0,5
	2	0,8±0,6	1,1±0,6	1,2±0,7
Начальные навыки	1	3,5±0,8	3,4±0,5	2,8±0,3
	2	4,7±0,6****	4,0±0,7***	3,6±0,8**
Самовыражение в разговоре	1	3,6±0,5	3,0±0,5	3,1±0,6
	2	3,9±0,6	3,0±0,5	3,2±0,7
Реакция на мнение другого человека в разговоре	1	3,7±0,4	2,8±0,8	3,0±1,0
	2	3,8±0,9	3,6±0,5***	3,4±0,8
Планирование предстоящих действий	1	3,3±0,6	2,9±0,5	2,7±0,7
	2	3,8±0,5**	3,7±0,3****	2,9±0,7
Альтернатива агрессивному поведению	1	3,3±0,6	2,5±0,6	2,8±0,8
	2	3,6±0,5	3,1±0,4***	3,2±0,5

Примечания: 1 – начальная оценка, 2 – оценка через 3 месяца, \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\*\* –  $p < 0,001$ .

ков и снижение коэффициента отличия. Подростки всех трех подгрупп наиболее ощутимо прибавили в начальных навыках, где изменения также достигали статистической значимости ( $p < 0,001$  в 1-й подгруппе,  $p < 0,01$  во 2-й подгруппе и  $p < 0,05$  в 3-й подгруппе). У подростков первой подгруппы также отмечалась довольно существенная прибавка в навыках планирования предстоящих действий ( $p < 0,05$ ), что отражает общее когнитивное улучшение, выявляемое также и с применением опросника SDQ у подростков второй подгруппы – в реагировании на мнение другого человека в разговоре ( $p < 0,01$ ), планировании предстоящих действий ( $p < 0,001$ ) и альтернативе агрессивному поведению ( $p < 0,01$ ).

Стоит отметить, что у подростков второй подгруппы существенная прибавка в социальных навыках (наиболее заметная по сравнению с подростками других подгрупп) не приводит к адекватному повышению уровня социального функционирования по CGAS и выраженному снижению общего балла трудности по SDQ. Это, возможно, свидетельствует о том, что проблемы взаимоотношений со сверстниками не являются для них ведущими в снижении уровня социального функционирования и субъективной оценке качества жизни. Соответственно, для удержания таких подростков в реабилитационном процессе и повышения их активности в нем первыми мишенями ПСТ должны служить эмоциональные трудности и работа с родителями. Кроме того, эти подростки, по собственной оценке, не прибавили в навыках самовыражения в разговоре, что является косвенным свидетельством их сохраняющейся замкнутости, малоконтактности, затрудняя работу с ними и требуя пристального внимания ведущего ПСТ.

На инициальном этапе исследования результаты применения копинг-теста Лазаруса (табл. 3) показали, что в первой подгруппе ведущими видами копинга (в порядке убывания) являются: принятие ответственности, поиск социальной поддержки и самоконтроль; наиболее редко используется конфронтационный копинг. Во второй подгруппе ведущие виды копинга – принятие ответственности, бегство, поиск социальной поддержки; реже всего также используется конфронтационный копинг. В третьей подгруппе пациентов с наиболее низким уровнем социального функционирования мы получили парадоксальные результаты: ведущими видами копинга являются принятие ответственности, планирование решения проблем и положительная переоценка. Наиболее редко используется конфронтационный копинг. Это может отчасти объясняться характерным для данной категории пациентов гиперкомпенсаторным стремлением «ответить, как правильно» так, чтобы произвести наиболее благоприятное впечатление. Отсюда и высокие баллы за просоциальное поведение в предыдущем тесте.

При оценке через 3 месяца в первой подгруппе ведущими остались те же виды копинга, но с изменением последовательности по степени напряженности: поиск социальной поддержки (заметно вырос), самоконтроль, принятие ответственности (данный наиболее часто используемый ранее вид копинга стал применяться несколько реже); наиболее редко после получения ПСТ подростки данной подгруппы применяли дистанцирование. Во второй подгруппе ведущими через 3 месяца являлись положительная переоценка (показатель заметно вырос), поиск социальной поддержки (показатель вырос) и принятие ответ-

Таблица 3

Результаты изучения копинг-стратегий у подростков 3-х подгрупп в динамике с помощью теста Лазаруса

Виды копинга	Подгруппа			
	1	2	3	4
Конфронтационный копинг, %	1	38,8±17,8	35,4±14,7	46,9±30,5
	2	51,4±22,6↑	40,1±16,0 ↑	40,1±19,1↓
Дистанцирование, %	1	49,4±14,2	56,0±12,4	59,2±23,3
	2	38,6±19,4 ↓	52,7± 6,3↓	55,5±24,2 ↓
Самоконтроль, %	1	<b>57,3±5,8</b>	50,8±14,6	60,9±17,1
	2	66,6±11,1 ***↑	63,7±12,2 ***↑	72,0±19,1 ↑
Поиск социальной поддержки, %	1	<b>58,0±23,0</b>	<b>61,9±21,3</b>	66,8±21,7
	2	<b>74,6±26,4 ↑</b>	<b>69,7±23,8↑</b>	<b>75,2±25,9↑</b>
Принятие ответственности, %	1	<b>67,9±30,4</b>	<b>73,8±18,1</b>	<b>71,7±18,5</b>
	2	<b>65,0±25,5 ↓</b>	<b>68,8±27,0 ↓</b>	<b>75,0±22,9 ↑</b>
Бегство, %	1	50,5±26,0	<b>63,3±16,6</b>	61,5±15,4
	2	62,1±12,6 ↑	54,8 ±9,8↓	55,9 ±16,4↓
Планирование решения проблем, %	1	45,0±24,8	56,1±10,6	<b>68,6±15,9</b>
	2	48,9±17,0 ↑	59,7±19,4 ↑	72,3 ±18,7↑
Положительная переоценка, %	1	52,1±11,3	53,1±21,4	<b>67,6±17,5</b>
	2	59,9±15,5↑	<b>70,2±22,2** ↑</b>	<b>78,6±20,5↑</b>

Примечания: жирным шрифтом выделены ведущие виды копинга до и после групповой ПСТ; стрелками (↓↑) обозначена тенденция (убывание или возрастание) изменения соответствующего вида копинга в результате групповой ПСТ, 1 – инициальная оценка, 2 – оценка через 3 месяца, \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

ственности (несколько снизился); наиболее редко использовался конфронтационный копинг, хотя в ходе занятий его напряженность возросла. В третьей подгруппе доминировали соответственно положительная переоценка, поиск социальной поддержки и принятие ответственности, реже всего также применялся конфронтационный копинг. Статистически достоверными являлись повышение самоконтроля в первой ( $p < 0,05$ ) и второй ( $p < 0,01$ ) подгруппах и повышение положительной переоценки во второй подгруппе подростков ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, во всех трех подгруппах в ходе занятий происходила оптимизация механизмов совладания с увеличением удельного веса функциональных видов копинга. Также можно отметить общую тенденцию к росту напряженности большинства видов копинга, за исключением дисфункциональных дистанцирования, бегства (во второй и третьей подгруппах), принятия ответственности (в первой и второй подгруппах) и конфронтационного копинга в третьей подгруппе в ходе ПСТ, что может быть связано с выходом подростков на более высокий уровень социального функционирования (согласно оценке по CGAS). Наиболее заметен рост напряженности механизмов совладания в первой и третьей подгруппах, что согласуется с более существенным повышением уровня социального функционирования у подростков этих подгрупп.

Была выявлена отрицательная корреляционная зависимость между оценкой уровня социального функционирования по CGAS в изученных трех подгруппах подростков и выраженностью трудностей взаимоотношений со сверстниками по опроснику SDQ для детей ( $r = -0,847$ ) и родителей ( $r = -0,965$ ), что подтверждает ведущую роль нарушений в данной сфере в социальной дезадаптации подростков с заболеваниями шизофренического спектра. Также мы обнаружили положительную корреляционную зависимость между оценкой по CGAS и средней оценкой своих социальных навыков ( $r = 0,878$ ), социальных навыков сверстников ( $r = 0,816$ ), оценкой своих начальных социальных навыков ( $r = 0,962$ ) и навыков планирования своего поведения ( $r = 0,936$ ) по Гольдштейну и отрицательную корреляционную зависимость между оценкой по CGAS и коэффициентом отличия по Гольдштейну ( $r = -0,945$ ). То есть более высокий уровень социального функционирования подростков предполагает большую уверенность в своих социальных навыках (особенно начальных), более высокую оценку социальных навыков сверстников, умение планировать предстоящие действия в процессе общения и меньшие странности в поведении во время социальных контактов. Наиболее выраженная положительная корреляционная взаимосвязь ( $r = 0,997$ ) была обнаружена между прибавкой в уровне социального функционирования по CGAS и интегральным показателем, отражающим увеличение балла за просоциальное поведение по оценкам подростков и

их родителей (разница средних оценок до и после терапии, высчитываемых по формуле: (средняя оценка подростков + средняя оценка родителей)/2). Это указывает на высокую значимость просоциального поведения в социальном функционировании подростков с заболеваниями шизофренического спектра, что диктует необходимость рассматривать данный показатель в качестве одной из ведущих мишеней ПСТ.

Подытоживая все вышесказанное, можно выделить некоторые особенности работы с подростками разных подгрупп.

Подростки первой подгруппы фиксированы на трудностях концентрации внимания и эмоциональных трудностях после перенесенного приступа болезни при достаточно высокой оценке своих навыков коммуникации (часто не вполне обоснованно – о чем свидетельствует значение коэффициента отличия по Гольдштейну, наиболее заметное расхождение в сторону преуменьшения по сравнению с родителями в оценке трудностей взаимоотношений со сверстниками по SDQ). В процессе занятий они склонны давать достаточно яркие эмоциональные реакции на происходящее, меньше других утомляются, становятся заметно более организованными к концу цикла. В итоге они хорошо отвечают на групповую ПСТ, отмечая заметные улучшения как в сфере общения, так и с концентрацией внимания, вероятно, в силу высокой мотивации на успех, достаточного ресурсного запаса и незначительности дефицитарных изменений из-за небольшой продолжительности и относительной благоприятности течения болезни.

Подростки второй подгруппы, как и их родители, фиксированы на своих эмоциональных трудностях, замкнуты, малоконтактны, недостаточно критичны к имеющимся проблемам в общении со сверстниками, склонны к избегающему поведению в трудных ситуациях. В ходе занятий они послушно выполняют все инструкции, но, как правило, практически не проявляют инициативы, редко говорят о том, что их действительно волнует. Несмотря на существенную прибавку в социальных навыках, они меньше других прибавляют в уровне социального функционирования, будучи недостаточно мотивированными, как и их родители. Особенности работы с ними являются необходимость активного вовлечения их родителей в терапевтический процесс (проведение групповой ПСТ с родителями с целью повышения критичности к имеющимся у их детей проблемам), а также необходимость проведения с ними, помимо групповой, активной индивидуальной работы для выявления и проработки беспокоящих их проблем, повышения мотивации к реабилитации.

Подростки третьей подгруппы при выраженной недостаточности критики к своим проблемам, тем не менее, осознают имеющийся дефект опыта коммуникации, ценят возможность общения со сверстниками в группе. В начале цикла они отмечают выраженное утомление с нарастанием дезорганизован-

ности в поведении к концу занятия, часто бывают не по существу многоречивы, стремятся привлечь к себе внимание, требуют дополнительных разгрузочных пауз, повторения инструкций и активной помощи в выполнении заданий. К концу цикла становятся заметно более выносливыми и самостоятельными в выполнении заданий, реже отвлекаются, меньше привлекают к себе внимание, высказывания становятся более лаконичными и адекватными. Критика к своему поведению нарастает, расхождения в оценке собственных проблем с родителями становятся менее заметными. Все это, вместе с заинтере-

сованностью их родителей в психосоциальной реабилитации, приводит к успеху групповой ПСТ с заметным повышением уровня социального функционирования подростков данной подгруппы по окончании цикла занятий.

Дифференцированный подход к проведению групповой ПСТ позволяет определять мишени терапии в соответствии с потребностями подростков с заболеваниями шизофренического спектра и их родителей, а также проводить нюансировку работы с каждой из категорий пациентов с целью повышения эффективности психосоциальной терапии с подростками.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4. С. 78–85.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
3. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1997. 180 с.
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. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2012. № 3. С. 4–12.
7. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Психосоциальная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами в контексте современных реабилитационных подходов // Дефектология. 2012. № 3. С. 60–63.
8. Корень Е.В., Степунина Н.Е. К вопросу о теоретико-методологическом обосновании групповой психосоциальной терапии с подростками с заболеваниями шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 14–22.
9. Корень Е.В., Степунина Н.Е. Влияние групповой психосоциальной терапии на социальное функционирование подростков с расстройствами шизофренического спектра (пилотное исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. Т. 113, № 9. С. 49–53.
10. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. Адаптация методик изучения совладающего поведения Way of Coping Questionnaire (Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана) // Психология и практика. Сборник научных трудов. Вып. 4 / Под ред. Т.Л.Крюковой, С.А.Хазовой. Кострома: РЦОИ «ЭКСПЕРТ-ЕГЭ», 2005. С. 171–190.
11. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 237 с.
12. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. 356 с.
13. Степунина Н.Е., Корень Е.В. Определение профиля негативных психосоциальных ситуаций при построении модулей групповых форм психосоциальных вмешательств в структуре комплексной психиатрической помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 80–84.
14. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–78.
15. Clark A.F. Proposed treatment for adolescent psychosis: schizophrenia and schizophrenia-like psychoses // Adv. Psychiatr. Treatment. 2001. Vol. 7. P. 16–23.
16. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
17. Fristad M.A. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder // Dev. Psychopathol. 2006. Vol. 18. P. 1288–1306.
18. Frydenberg E., Lewis R. Adolescent well-being: Building young people's resources // Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges / E.Frydenberg (Ed.). New York: Oxford University Press, 2002. P. 175–194.
19. Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. Skill training for community living: Applying Structured Learning Therapy. New York: Pergamon Press, 1976.
20. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note // J. Child Psychol. Psychiatr. 1997. Vol. 38. P. 581–586.
21. Green B., Shirk S., Hanze D., Wanstrath J. The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1994. Vol. 33, N 8. P. 1158–1164.
22. Last B.F., Stam H., Onland-van Nieuwenhuizen A.M., Grootenhuis M.A. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: first results // Patient Educ. Couns. 2007. Vol. 65, N 1. P. 101–112.
23. McCleary L., Ridley T. Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group // Patient Educ. Couns. 1999. Vol. 38, N 1. P. 3–10.
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. P. 133–135.
25. Riosa P.B., McArthur B.A., Preyde M. Effectiveness of psychosocial intervention for children and adolescents with comorbid problems: a systematic review // Child Adolesc. Mental Health. 2011. Vol. 16, N 4. P. 177–185.
26. 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.
27. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Updated edition) / E.Kuipers (Ed.). The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists, 2010.
28. Tuttle J., Campbell-Heider N., David T.M. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study // J. Pediatric Health Care. 2006. Vol. 20, N 3. P. 184–191.
29. West A.E., Pavuluri M.N. Psychosocial treatments for childhood and adolescent bipolar disorder // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2009. Vol. 18, N 2. P. 471–482.

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е.В. Корень, Н.Е. Степунина

В статье изучены особенности проведения групповой психосоциальной терапии (ПСТ) с подростками с заболеваниями шизофренического спектра в зависимости от типа течения заболевания и уровня социального функционирования. Были выделены 3 группы подростков: 1) с приближающимся к острому течением заболевания с внезапным началом на фоне преморбидно высокого уровня социального функционирования, 2) с постепенным развитием заболевания, начиная с раннего подросткового возраста, и постепенным снижением уровня социального функционирования, 3) с началом заболевания в детстве и выраженным нарушением развития и социального функционирования. Особенности проведения групповой ПСТ с указанными группа-

ми пациентов изучались на основе анализа динамики просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков с помощью опросников SDQ, социальных навыков Гольдштейна и копинг-теста Лазаруса. Выявлены корреляционные взаимосвязи между некоторыми из изучаемых показателей и уровнем социального функционирования по CGAS. Сделаны выводы об особенностях работы с каждой из групп пациентов.

**Ключевые слова:** психосоциальная реабилитация, групповая психосоциальная терапия подростков, расстройства шизофренического спектра, социальные навыки, копинг-стратегии, просоциальное поведение.

## DIFFERENTIATED APPROACH TOWARDS GROUP PSYCHOSOCIAL THERAPY OF ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

E.V. Koren, N.E. Stepounina

The article deals with specific characteristics of group psychosocial therapy (GPT) in adolescents with schizophrenia spectrum disorders, depending on the course of disorder and the level of their social functioning. The authors distinguish three groups of adolescents: (1) close to acute course of disorder, with sudden onset and background premorbid high level of social functioning; (2) with gradual development of disorder starting with early adolescence, and gradual decrease of social functioning; (3) the disorder develops in childhood and the youngsters demonstrate obvious signs of a development disorder as well as inadequate social functioning. The authors have used the SDQ, the

Goldstein social skills and the Lazarus coping test in order to measure the GPT characteristics in mentioned patient groups including analysis of changes in prosocial behavior, coping strategies and social skills development. The authors report correlations between some of the parameters studied and the level of social functioning according to the CGAS and draw conclusions concerning specific aspects of work with every group.

**Key words:** psychosocial rehabilitation, group psychosocial therapy of adolescents, schizophrenia spectrum disorders, social skills, coping strategies, prosocial behavior.

---

**Корень Евгений Владимирович** – кандидат медицинских наук, руководитель отдела психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: evkoren@yandex.ru

**Степунина Надежда Евгеньевна** – заведующая медико-реабилитационным отделением ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: Step\_an@mail.ru