

Программа (модуль) психосоциальной терапии для родителей детей с расстройствами шизофренического спектра: оценка краткосрочной эффективности

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Активное вовлечение родителей в лечебно-реабилитационный процесс рассматривается в качестве обязательного компонента комплексной помощи в детской психиатрии. При этом практически отсутствуют научно обоснованные структурированные программы психосоциальной терапии для родителей детей с расстройствами шизофренического спектра.

Цель – оценка краткосрочной эффективности разработанной программы (модуля) групповой психосоциальной терапии для родителей детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы. Комплексно обследовано 119 детей и подростков (82 мальчика и 37 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет с расстройствами шизофренического спектра (по критериям МКБ–10), получающих стандартную медикаментозную терапию, и их родители (матери). Дети и подростки были разделены на две группы: основную (73 человека), где для родителей проводилась групповая психосоциальная терапия, и группу сравнения – 46 человек, в которой психосоциальная терапия для родителей не проводилась. Для оценки эффективности психосоциальной терапии родители и дети при инициальной оценке через 3 и 6 месяцев заполняли опросники ILK, CGSQ, ECI, шкалу CGAS, карту оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы.

Результаты. Проведенное исследование показало снижение уровня семейного бремени по CGSQ ECI и повышение уровня социального функционирования по ILK и CGAS.

Выводы. Психосоциальная терапия для родителей детей с расстройствами шизофренического спектра, направленная на снижение бремени семьи и повышение терапевтической компетентности родителей, положительно влияет на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети, подростки, родители, семейное бремя, групповая психосоциальная терапия, расстройства шизофренического спектра.

КОНТАКТЫ: evkoren@yandex.ru

Специфической особенностью психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в детско-подростковом возрасте, которые рассматриваются в качестве одного из актуальных направлений совершенствования психиатрической помощи детям и подросткам, является особое значение, придаваемое роли семьи как основному источнику поддержки в достижении успешного социального функционирования и преодолении последствий имеющегося у ребенка психического расстройства [1, 2]. С учетом этого активное вовлечение родителей в лечебно-реабилитационный процесс с одновременным повышением их ответственности за результаты лечения рассматривается в качестве обязательного, специфического для детского возраста компонента комплексной помощи (принцип частичного «делегирования полномочий») [3, 4].

Несмотря на очевидную значимость, проблема теоретико-методологического обоснования и проведения для родителей структурированной психосоциальной терапии, направленной на повышение уровня социального функционирования ребенка в контексте обеспечения наиболее приемлемых условий для гармоничного психического развития детей с психическими расстройствами, остается недостаточно разработанной [5].

В ряде публикаций показана эффективность проведения групповой психосоциальной терапии для родителей при отдельных формах психических рас-

стройств у детей в плане длительности ремиссии, профилактики обострений, снижения семейного бремени, повышения комплаенса и уровня социального функционирования и качества жизни детей и подростков [6–8].

Небольшое число исследований, касающихся проведения групповой психосоциальной терапии для родителей, значительная вариабельность числа и длительности занятий, их структуры и тематики, недостаточное объяснение механизмов влияния на те или иные параметры социального функционирования затрудняют применение полученных результатов на практике, тем самым способствуя актуализации интереса специалистов к построению структурированных групповых программ (модулей) психосоциальной помощи, адресованных непосредственно родителям и базирующихся на всесторонней оценке как клинико-социальных характеристик больных детей, так и психосоциальных потребностей самих родителей, нередко являющихся лишь «вторичной» мишенью лечебно-реабилитационных мероприятий [9, 10].

Дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой инвалидизирующей категории больных со значительными негативными социальными последствиями и сходным профилем психосоциальных проблем, что влечет за собой необходимость разработки для родителей мультимодальных мероприятий, нацелен-

ных на решение конкретных проблем социального функционирования посредством снижения семейного бремени, коррекции неадекватных представлений о болезни, а также лечения формирования соответствующих навыков, обеспечивающих эффективное участие родителей в лечебно-реабилитационном процессе [8, 11–13].

Цель – оценка краткосрочной эффективности разработанной программы (модуля) групповой психосоциальной терапии для родителей детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы. Было проведено комплексное обследование 119 детей и подростков (82 мальчика и 37 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст $14,7 \pm 2,1$) с расстройствами шизофренического спектра и их родителей (в подавляющем числе матерей).

По критериям МКБ-10, у 62 детей (52,1 %) была диагностирована шизофрения, у 35 детей (29,4 %) – шизотипическое личностное расстройство, у 22 детей (18,5 %) – шизоаффективное расстройство.

У 30 человек (25,2 %) этап течения заболевания оценивался как острый, у 65 (54,6 %) приближался к подострому, у 24 (20,2 %) заболевание имело хроническое течение. По поводу впервые возникшего приступа болезни лечились 28 больных. Средняя длительность заболевания составила $3,1 \pm 1,2$ года.

Все дети получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

В табл. 1 представлена общая (в том числе социально-демографическая и клиническая) характеристика обследованных детей.

Средний возраст матерей составил 36,8 года (от 24 до 58 лет). Высшее образование имели 80 человек (67,2 %), работали почти 60 матерей (71 человека), из них 12 человек (17 %) не по специальности, на работе, требующей меньшей квалификации, однако

они имели возможность выполнять ее в домашних условиях, постоянно находясь рядом с больным ребенком. Полными были 72 % семей, остальные – неполными, отцы, как правило, не принимали участия в воспитании и лечении, а в ряде случаев ограничивались лишь материальной помощью.

Социально-демографическая характеристика матерей детей с расстройствами шизофренического спектра представлена в табл. 2.

При работе дети и подростки были разделены на две группы: основную, в которую вошли 73 человек, где с родителями проводилась групповая психосоциальная терапия, и группу сравнения – 46 человек, в которой психосоциальная терапия для родителей не предусматривалась. Группы были сопоставимы по основному возрастному и клинико-социальным характеристикам.

Групповые занятия проводились с использованием разработанной нами с учетом психосоциальных потребностей родителей программы (модуля) психосоциальной терапии для родителей детей с расстройствами шизофренического спектра [9]. В группы по 8–9 человек объединялись матери, различающиеся по возрасту, образованию, другим социальным характеристикам, что, как правило, способствует повышению терапевтического потенциала группы. Общее число рабочих сессий составляло 8 занятий, частота занятий – 2 раза в неделю, продолжительность каждого занятия – 90 мин. Каждое занятие условно делилось на три части. Первая часть – вводная, посвященная теме занятия и выявлению потребностей участников. Во второй части, основной, интерактивно обсуждалась тема занятия. В третьей части, заключительной, планировалось домашнее задание и намечалась тема следующего занятия. Последовательность изложения материала могла варьироваться в зависимости от потребностей родителей, но логически все занятия были связаны друг с другом.

Таблица 1. Социально-демографическая и клиническая характеристики обследованных детей ($n = 119$)

Средний возраст	Пол		Диагноз (по МКБ-10)			Течение			Средняя длительность заболевания
	М	Ж	шизофрения	шизотипическое расстройство	шизоаффективное расстройство	острое	подострое	хроническое	
$14,7 \pm 2,1$	82	37	62 52,1 %	35 29,4 %	22 18,5 %	30 25,2 %	65 54,6 %	24 20,2 %	$3,1 \pm 1,2$

Таблица 2. Социально-демографическая характеристика родителей детей с расстройствами шизофренического спектра ($n = 119$)

Средний возраст	Образование		Работа			Семья	
	высшее	среднее специальное	да		нет	полная	неполная
			по специальности	не по специальности			
36,8 лет ($\pm 2,9$ года)	97 69,5 %	43 30,5 %	72 51,7 %	12 8,3 %	56 40 %	72 %	28 %

Кроме того, при проведении психосоциальной терапии и планировании тематики занятий учитывались специфические психосоциальные проблемы, имеющиеся у родителей детей с расстройствами шизофренического спектра, а именно особый семейный контекст при наблюдаемом взаимном влиянии симптоматики ребенка и реакций родителей, которые часто поддерживают или усиливают болезненные проявления; гиперболизация тяжести состояния; сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации; частое несоблюдение режима терапии; противоречивое отношение к врачам и лечению, ведущее к трудностям удержания больных в лечебно-реабилитационном пространстве.

На первых встречах упор делался на конкретные проблемы, которые беспокоили матерей (диагноз, обследование, лечение, прогноз), в контексте формирования понимания родителями связи между собственным эмоциональным состоянием и удовлетворением специфических психосоциальных потребностей ребенка. В дальнейшем работа была направлена на то, чтобы преодолеть недоверие и настороженность и укрепить терапевтический альянс с врачом, сформировать у матерей навыки правильного и адекватного отношения к ребенку, осознание важности их активного участия, роли и ответственности в лечебно-реабилитационном процессе, развить способности к «самосанации» имеющихся психосоциальных проблем с преодолением чувства самоизоляции и «уникальности» проблем, использованием механизмов группового взаимодействия с возможностью получения информации не только от врача, но и от других членов группы для совместного поиска путей решения проблем. С первой встречи с родителями важное значение имело формирование положительной эмоциональной установки родителей и поддержание ее от занятия к занятию.

В результате прохождения данной программы (модуля) групповой психосоциальной терапии родители детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра, должны получить знания и уверенность в том, что:

- для эффективного лечения и реабилитации необходимо активное сотрудничество врача и родственников;
- болезнь ребенка влияет не только на самого ребенка, но и на всю семью;
- снижение семейного бремени положительно влияет на состояние ребенка, повышая качество его жизни и социального функционирования;
- изменение отношения к заболеванию ребенка дает родителям возможность лучше помогать своему ребенку адаптироваться и понимать его;
- необходимо активное участие родителей в терапевтическом процессе с повышением их ответственности;
- распознавание начальных симптомов обострения способствует более раннему лечению с предотвращением госпитализации.

Для оценки эффективности проводимой психосоциальной терапии, оцениваемой по динамике со-

циального функционирования, качества жизни и снижению уровня семейного бремени (объективного и субъективного), родители и дети при инициальной оценке через 3 и 6 месяцев заполняли адаптированную версию опросника по исследованию социального функционирования и качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте 8–17 лет ILC (Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents) [14, 15]. Для определения субъективного и объективного бремени семьи была использована русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire – CGSQ, 1997) [16]. Дополнительно применялась шкала оценки нагрузки на семью (Experience of caregiving inventory – ECI, 1994), состоящая из позитивных (оценка положительных моментов во взаимоотношениях с больным ребенком) и негативных субшкал [17]. Общий уровень социального функционирования оценивался по шкале CGAS (Children's Global Assessment Scale) [18], степень информированности родственников о психическом заболевании ребенка – с помощью карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы [19]. Обобщенная оценка динамики психического состояния пациентов осуществлялась с помощью адаптированной русскоязычной версии шкалы PANSS [20].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерной программы Statistica 7 с вычислением средних значений, стандартного отклонения от среднего, критерия Вилкоксона, критерия Манна – Уитни.

Результаты исследования

Обобщенный показатель семейного бремени (объективного и субъективного) в семьях детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра при инициальной оценке по шкале CGSQ ($n = 119$) до начала терапии составил 13,44 балла (13,48 баллов в основной группе и 13,39 в группе сравнения), практически приближаясь к максимальным значениям, что свидетельствует о крайней степени загруженности родителей проблемами больного ребенка (табл. 3).

Аналогичные данные до начала терапии были получены при оценке средних показателей негативных субшкал опросника ECI, где также не было получено существенных различий в основной группе и группе сравнения – 3,8 и 3,6 балла соответственно. При этом матери отмечали проблемы, возникающие при уходе за больным ребенком, аналогичные полученным в опроснике CGSQ, как объективные, так и субъективные. Показатели позитивных субшкал опросника ECI, касающихся положительных моментов во взаимоотношениях с больным ребенком, также имели мало различий перед началом терапии в основной группе и группе сравнения – 2,4 и 2,5 балла (см. табл. 3).

В проведенном нами исследовании не было выявлено статистически значимых различий в показателях семейного бремени в зависимости от основных социально-демографических показателей (пол,

Таблица 3. Динамика оцениваемых показателей опросников в основной группе и группе сравнения

Опросники	Основная группа		Группа сравнения	
	до терапии	через 6 мес.	до терапии	через 6 мес.
CGSQ (общее бремя)	13,48	10,81	13,39	11,37
Объективное бремя	4,25	4,01	4,29	3,94
Субъективное внешнее бремя	4,36	3,67	4,32	3,74
Субъективное внутреннее бремя	4,83	3,13*	4,78	3,69
ECI, негативная шкала	3,8	2,7	3,6	3,0
ECI, позитивная шкала	2,4	3,8	2,5	3,1
PANSS	92 ± 4,7	62 ± 3,6	89 ± 8,4	65 ± 3,7
CGAS	42,6 ± 3,2	56,3 ± 5,5*	40,8 ± 1,8	47,5 ± 4,1
ILK (дети)	27,9 ± 1,9	20,0 ± 1,6*	27,5 ± 0,9	24,7 ± 1,5
ILK (родители)	30,9 ± 1,8	22,6 ± 1,3*	31,5 ± 1,7	27,9 ± 1,4
Карта оценки знаний	57,4 ± 5,6	71,2 ± 4,1	58,3 ± 3,6	64,6 ± 5,2

* $p < 0,05$

возраст ребенка и родителей, возраст начала заболевания и т. д.), однако была отмечена тенденция к некоторому повышению уровня бремени в семьях, где дети были больны менее одного года, а также в семьях, имеющих больных детей более младшего возраста, что согласуется с имеющимися литературными данными.

При сравнении семейного бремени с обобщенной оценкой психического состояния детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра по PANSS (средний балл 90,5 ± 6,5) не было установлено статистически значимых корреляций между выраженностью симптоматики и уровнем семейного бремени как в основной группе (средний балл 92 ± 4,7), так и в группе сравнения (средний балл 89 ± 8,4) (см. табл. 3).

До начала терапии средний показатель шкалы общего функционирования детей по CGAS составил 41,7 ± 2,5 и не имел выраженных различий в основной и группе сравнения (42,6 ± 3,2 и 40,8 ± 1,8 соответственно). При сопоставлении полученных до начала терапии показателей семейного бремени с оценкой по CGAS с преобладанием выраженных (реже умеренных) степеней социальной дезадаптации было установлено наличие отрицательной корреляционной связи ($r = -0,463$, $p = 0,005$). Это является прямым доказательством того, что повышение показателей семейного бремени ассоциируется со снижением уровня социального функционирования у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Показатели всех шкал ILC в обеих группах до начала исследования не имели достоверных отличий (см. табл. 3). Суммарная оценка показателей детей в основной группе составила 27,9 ± 1,9 баллов,

в группе сравнения – 27,5 ± 0,9 баллов; родителей в основной группе – 30,9 ± 1,8 баллов, в группе сравнения – 31,5 ± 1,7 баллов (см. табл. 3). Общей тенденцией являлось расхождение оценок детей и родителей. Родители, как правило, менее позитивно оценивали все сферы социального функционирования детей, включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением (субшкалы «социальные контакты», «школа», «загруженность психическим расстройством», «психическое здоровье», «загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями»).

Базовый уровень информированности родителей (карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы) при инициальной оценке до начала терапии не высок в обеих группах, у них недостаточно знаний о самом заболевании, его течении, проявлениях, лечении и прогнозе (средний балл – 57,8 ± 4,6, в основной группе – 57,4 ± 5,6, в группе сравнения – 58,3 ± 3,6, см. табл. 3). Большинство матерей в пунктах, касающихся этих вопросов, поставили самые низкие баллы – 1, 2, реже 3. Родители недооценивали свою роль в процессе терапии, зачастую не знали, как вести себя с больным ребенком, не были готовы к преодолению возникающих трудностей. Практически все хотели обсуждать эти проблемы, делиться ими с другими участниками группы, перенимать у них опыт и рассказывать о своем. В этих пунктах опросника, как правило, стояли высшие баллы – 4 и 5.

Динамика результатов в основной группе и группе сравнения представлена в табл. 3.

Улучшение эмоционального состояния матерей в результате проведения групповой психосоциальной работы, отмечаемое при беседах, общении, на-

блюдении за ними коррелировало с позитивными изменениями, полученными при оценке результатов предлагаемых опросников. В первую очередь это касалось отчетливого снижения бремени семьи, что в последующем положительно сказывалось на улучшении социального функционирования и повышения качества жизни детей.

Сравнительный анализ оценки по шкале CGSQ через 6 месяцев в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению семейного бремени (с 13,48 до 10,81, в группе сравнения – с 13,39 до 11,37 баллов), особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств (с 4,83 до 3,13 баллов), различия статистически достоверны ($p < 0,05$). В группе сравнения снижение также отмечалось, но не достигало статистически значимых результатов: с 4,78 до 3,96 баллов.

Можно отметить некоторую тенденцию к тому, что в семьях, где матери имели наиболее выраженное семейное бремя, показатели его в процессе терапии улучшались в меньшей степени, при этом не было получено статистически достоверных различий. Матери были более недоверчивы, скрытны, не очень охотно контактировали в группе, могли пропускать занятия. В таких случаях, по-видимому, требуется дополнительное проведение индивидуальной психосоциальной терапии.

При анализе динамики показателей по позитивным субшкалам опросника ECI отмечено, что практически все матери стали лучше понимать своего ребенка, его проблемы, анализировать состояние, из-за чего отношения с ним улучшились, что в некоторой степени коррелирует с появлением у детей и родителей активных установок на преодоление негативных последствий имеющегося у ребенка психического расстройства.

В процессе психосоциальной терапии с родителями показатели этих субшкал существенно изменились, особенно в основной группе: с 2,4 до 3,7 баллов (в группе сравнения – с 2,5 до 3,1).

Средние обобщенные показатели негативных субшкал опросника ECI также уменьшились (аналогично показателям опросника CGSQ) – с 3,8 до 2,7 баллов в основной группе и с 3,6 до 3,1 в группе сравнения.

При анализе терапевтической динамики по шкале PANSS 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 (в основной группе – с $92 \pm 4,7$ до $62 \pm 3,6$ баллов, в группе сравнения – с $89 \pm 8,4$ до $65 \pm 3,7$ баллов). Это может объясняться наличием прямой связи между психоэмоциональным напряжением, связанным с семейным контекстом, и выраженностью клинических проявлений (см. табл. 3).

Улучшение общего функционирования в основной группе детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, отмечаемое при динамической оценке по шкале CGAS, имело статистически достоверные различия по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$): в основной группе показатели увеличились с 42,6 до 56,3 баллов, в группе сравнения – с 40,8 до

47,5 баллов. Сохранялась отрицательная корреляционная связь с семейным бременем: со снижением бремени улучшалось социальное функционирование детей (см. табл. 3).

На фоне проводимого лечения суммарная оценка показателей всех шкал ILC в обеих группах улучшилась как у детей, так и у родителей. Наибольшие изменения были отмечены в основной группе, причем разница была статистически достоверна и у детей, и у родителей ($p < 0,05$): у детей в основной группе показатели снизились с 27,9 до 20,0 баллов, в группе сравнения – с 27,5 до 24,7 баллов; у родителей – с 30,9 до 22,6 баллов в основной группе и с 31,5 до 27,9 баллов в группе сравнения.

При этом необходимо отметить, что резкого расхождения в оценках детей и родителей, отмечаемых до терапии, через 6 месяцев не отмечалось. В результате проведенной терапии у матерей (в зависимости от их потребностей и нужд) сформировалось более адекватное восприятие проблем ребенка с психической патологией, появилась уверенность в своих действиях, уменьшилось или исчезло чувство вины (коррелировало с уменьшением бремени по шкале CGSQ). Матери более позитивно стали оценивать социальное функционирование своих детей, их контакты в школе, с друзьями, а также менее негативно оценивать такие субшкалы, как загруженность психическим расстройством, психическое здоровье, загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями.

Навыки практического применения полученных матерями знаний проявлялись прежде всего в том, что они более осознанно и целенаправленно выполняли требования и рекомендации врача, стали лучше ориентироваться в проявлениях самого расстройства и более адекватно помогать ребенку, а в ряде случаев научились распознавать и предупреждать обострение заболевания.

Это подтверждалось данными, полученными при анализе карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы на финальном занятии. Была отмечена отчетливая тенденция к увеличению объема знаний матерей о проявлениях заболевания у ребенка, о возможной помощи и способах преодоления трудностей, отмечаемая в обеих группах, более выраженная в основной группе. Повышение самостоятельности в принятии решений родителями, вовлечение их в совместную деятельность (ответственность) явилось одним из основных итогов профессионального партнерства врача с родителями. Необходимо также подчеркнуть, что к концу проведения групповой психосоциальной терапии сформировалось сообщество родителей как постоянный источник их психосоциальной поддержки.

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

тельная 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.

Обсуждение

Проведенное исследование подтвердило наличие высокого уровня выраженности и тотальность семейного бремени (по шкале CGSQ) в основной группе и группе сравнения, что предположительно оказывает негативное влияние на уровень социального функционирования и социальную дезадаптацию детей с расстройствами шизофренического спектра, а также на возможность продуктивного вовлечения родителей в лечебно-реабилитационный процесс. Необходимое эффективное воздействие на данный интегративный показатель рассматривалась как одна из основных задач при разработке и проведении модуля групповой психосоциальной терапии с родителями, основанной на психообразовательном подходе и учете их психосоциальных потребностей.

По результатам проведенного исследования можно отметить, что применение разработанной программы (модуля) групповой психосоциальной терапии способствовало отчетливому снижению уровня семейного бремени и в краткосрочной перспективе достоверно повышало уровень социального функционирования и качества жизни детей и подростков в основной группе при отсутствии прямой связи с тяжестью психического состояния ребенка. Данный феномен может быть объяснен тем, что психосоциальные семейные факторы, связанные с болезнью ребенка, в значительной степени препятствуют формированию и закреплению адаптивных навыков взаимодействия с врачом-психиатром и непосредственно с больным ребенком. Их учет способствует повышению эффективности психосоциальных вмешательств родителей, тем самым подтверждая предположение, что родители должны рассматриваться в качестве самостоятельной «мишени» при оказании психиатрической помощи ребенку.

Улучшение эмоционального состояния матерей основной группы, отмечаемое в результате проведения групповой психосоциальной работы, выявля-

емое при беседах, общении, наблюдении за ними, коррелировало с повышением уровня самостоятельности в принятии решений родителями, коррекцией неадекватных представлений о болезни и лучшего понимания состояния ребенка, что создает необходимые условия для формирования соответствующих навыков проблемно-разрешающего поведения, совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком и обеспечивает эффективность всей последующей работы с членами семьи для создания обстановки сотрудничества, без чего опосредованное воздействие на ребенка дает частичный и нестойкий результат.

Вместе с тем работа имеет ряд ограничений, поскольку оценка краткосрочной эффективности разработанной программы групповой психосоциальной терапии для родителей детей с расстройствами шизофренического спектра не позволяет говорить о стойкости полученных позитивных изменений. Не получили отражения включение в группы родителей не только матерей, но и других членов семьи, роль личностных особенностей и наличие психических расстройств у родителей, а также кратность и содержательная сторона модулей повторных курсов групповой психосоциальной терапии для родителей, что требует проведения дополнительных исследований.

Таким образом, выполненное исследование показало краткосрочную эффективность разработанной программы (модуля) психосоциальной терапии для родителей детей с расстройствами шизофренического спектра, направленной на снижение бремени семьи и повышение терапевтической компетентности родителей, в плане положительного влияния на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра. В результате дети и подростки остаются в лечебно-реабилитационном пространстве, повышается эффективность индивидуальной терапевтической программы, в том числе за счет усиления роли и ответственности родителей. Все это создает необходимые предпосылки для реадaptации, ресоциализации и улучшения качества жизни больного ребенка и, в конечном счете, обеспечивает наиболее благоприятные условия для психосоциального развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
2. Diamond G., Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2005. – Vol. 44 (9). – P. 872–887.
3. Miklowitz D.J. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view // Development and Psychopathology. – 2004. – Vol. 16. – P. 667–688.
4. 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.
5. 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.
1. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikiatrii. – M.: Medpraktika-M, 2004. – 491 s.
2. Diamond G., Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2005. – Vol. 44 (9). – P. 872–887.
3. Miklowitz D.J. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view // Development and Psychopathology. – 2004. – Vol. 16. – P. 667–688.
4. Koren' E.V., Kupriyanova T.A. Psikhosotsial'naya dezadaptatsiya detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami v kontekste sovremennykh reabilitatsionnykh podkhodov // Defektologiya. – 2012. – № 3. – S. 60–63.
5. Koren' E.V., Kupriyanova T.A. Kontseptsiya psikhicheskogo zdorov'ya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami // Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal. – 2012. – № 3. – S. 4–12.

6. Fristad M.A., Goldberg-Arnold J.S., Gavazzi S.M. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2002. – No. 4. – P. 254–262.
7. Klaus N., Fristad M.A., Malkin C., Koons B. M. Psychosocial Family Treatment for a Ten-year-old with Schizoaffective Disorder // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2008. – Vol. 15. – P. 76–84.
8. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Влияние групповой психосоциальной терапии с родителями на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 43–48.
9. Куприянова Т.А., Корень Е.В. Программа (модуль) психосоциальной терапии для родителей детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // *Современная терапия психических расстройств*. – 2015. – № 3. – С. 26–32.
10. Sayal K. The Role of Parental Burden in Child Mental Health Service Use: Longitudinal Study // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43, No. 1. – P. 1328–1333.
11. Rund B.R., Moe L., Sollien T., Fjell A. et al. The Psychosis Project: Outcome and Cost-Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Programme for Schizophrenic Adolescents // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1994. – Vol. 89, No. 3. – P. 211–218.
12. Foldemo A., Gullberg M., Ek A.C., Bogren L. Quality of Life and Burden in Parents of Outpatients with Schizophrenia // *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. – 2005. – Vol. 40 (2). – P. 133–138.
13. Jewell T.C., Downing D., McFarlane W.M. Partnering with Families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia // *Journal of Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 65. – P. 868–878.
14. 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.
15. 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. – № 4. – С. 39–42.
16. 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 // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 1997. – Vol. 5. – P. 212–222.
17. Shmukler G.I., Burges P., Hismn H. et al. The Caregiver Inventory. – Victoria, Australia: University of Melbourne, 1994.
18. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // *Arch Gen Psychiatry*. – 1983. – Vol. 40, No. 11. – P. 1228–1231.
19. Сальникова Л.И., Мовина Л.Г. Карта оценки знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы // *Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных* / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М., 2002. – С. 109–111.
20. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001. – 237 с.
6. Fristad M.A., Goldberg-Arnold J.S., Gavazzi S.M. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. – 2002. – No. 4. – P. 254–262.
7. Klaus N., Fristad M.A., Malkin C., Koons B. M. Psychosocial Family Treatment for a Ten-year-old with Schizoaffective Disorder // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2008. – Vol. 15. – P. 76–84.
8. Koren' E.V., Kupriyanova T.A. Vliyanie gruppovoi psikhosotsial'noi terapii s roditeleyami na sotsial'noe funktsionirovanie detei i podrostkov s rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 43–48.
9. Kupriyanova T.A., Koren' E.V. Programma (modul') psikhosotsial'noi terapii dlya roditelei detei i podrostkov s rasstroistvami shizofrenicheskogo spektra // *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. – 2015. – № 3. – С. 26–32.
10. Sayal K. The Role of Parental Burden in Child Mental Health Service Use: Longitudinal Study // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2004. – Vol. 43, No. 1. – P. 1328–1333.
11. Rund B.R., Moe L., Sollien T., Fjell A. et al. The Psychosis Project: Outcome and Cost-Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Programme for Schizophrenic Adolescents // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1994. – Vol. 89, No. 3. – P. 211–218.
12. Foldemo A., Gullberg M., Ek A.C., Bogren L. Quality of Life and Burden in Parents of Outpatients with Schizophrenia // *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. – 2005. – Vol. 40 (2). – P. 133–138.
13. Jewell T.C., Downing D., McFarlane W.M. Partnering with Families: Multiple Family Group Psychoeducation for Schizophrenia // *Journal of Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 65. – P. 868–878.
14. 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.
15. Dmitrieva T.N., Dmitrieva I.V., Katkova E.N., Barsukova I.K. Opyt primeneniya oprosnika dlya otsenki kachestva zhizni detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami (pilotnoe issledovanie) // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. – 1999. – № 4. – С. 39–42.
16. 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 // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 1997. – Vol. 5. – P. 212–222.
17. Shmukler G.I., Burges P., Hismn H. et al. The Caregiver Inventory. – Victoria, Australia: University of Melbourne, 1994.
18. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // *Arch Gen Psychiatry*. – 1983. – Vol. 40, No. 11. – P. 1228–1231.
19. Sal'nikova L.I., Movina L.G. Karta otsenki znaniy o psikhicheskoi bolezni i effektivnosti psikhobrazovatel'noi programmy // *Praktikum po psikhosotsial'nomu lecheniyu i psikhosotsial'noi reabilitatsii psikhicheskimi bol'nykh* / pod red. I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. – М., 2002. – С. 109–111.
20. Mosolov S.N. Shkaly psikhometricheskoi otsenki simptomatiki shizofrenii i kontseptsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroistv. – М., 2001. – 237 s.

Group psychosocial therapy programme (module) for parents of children and adolescents with schizophrenic spectrum disorders: assessing short-term effectiveness

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren

Moscow Research Institute of Psychiatry – Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology of Ministry of health of the Russian Federation

SUMMARY: Parents' active involvement in treatment and rehabilitation is considered one of the essential components of comprehensive therapy in child psychiatry. But there is a noticeable lack of scientifically sound and structured group psychosocial therapy programmes for parents of children and adolescents with schizophrenic spectrum disorders.

Objective. To assess short-term effectiveness of group psychosocial therapy programme (module) for parents of children and adolescents with schizophrenic spectrum disorders.

Methods.: 119 children and adolescents (82 boys and 37 girls) aged 8–17 years and their parents (mothers) were enrolled in the study. The patients were diagnosed with schizophrenic spectrum disorders (using ICD – 10 criteria) and received standard medication therapy. Children and adolescents were randomized in two groups: treatment (73 patients) where parents received group psychosocial therapy and control (46 patients) without such therapy. To assess the effectiveness of psychosocial therapy ILK, CGSQ and ECI questionnaires, CGAS scale and scale measuring awareness of mental disorder and efficiency of psychoeducational programme were used at entry and after 3 and 6 months (filled in by children and their parents).

Results. The study demonstrated a decrease in levels of family burden (as measured by CGSQ and ECI) and an increase in levels of social functioning (as measured by ILK and CGAS).

Conclusions. Psychosocial therapy for parents of children and adolescents with schizophrenic spectrum disorders aimed at lowering family burden levels and raising parents' therapeutic competence has a positive effect on social functioning of children and adolescents with schizophrenic spectrum disorders.

KEY WORDS: children, adolescents, parents, family burden, group psychosocial therapy, schizophrenic spectrum disorders.

CONTACT: evkoren@yandex.ru