

К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЛЯ ВЫБОРА «МИШЕНЕЙ» ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е. В. Корень, А. М. Марченко, А. О. Дробинская

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Исследования в области социального функционирования и качества жизни психически больных в настоящее время являются одним из перспективных направлений исследований. Это обусловлено современными требованиями к оказанию психиатрической помощи со смещением фокуса с имеющейся болезни на личность больного в ресурсном контексте, а также стремлением к поиску интегральных характеристик для качественной и количественной оценки параметров психического здоровья [2, 3, 21].

Оценка качества жизни и его взаимоотношения с различными факторами, влияющими на глубину и стойкость психосоциальной дезадаптации и особенности социального функционирования в значимых для ребенка сферах, стали привлекать внимание специалистов сравнительно недавно [1, 9–11, 15, 23]. С позиций психического здоровья данный подход позволяет системно рассматривать и концептуализировать с учетом психопатологии развития многие актуальные проблемы детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, в частности связанные с выбором «мишеней» для психосоциальных вмешательств, ранней профилактикой и оценкой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий [4, 5, 12, 16, 21, 22].

Вместе с тем проблема качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами практически не изучена как в плане методологических подходов, так и преимуществ практического использования данного интегративного показателя в биопсихосоциальной парадигме с требованием учета нелинейных взаимоотношений разноуровневых факторов, влияющих на психическое здоровье детей и подростков с психическими расстройствами.

Ипохондрические расстройства у детей занимают значительное место в структуре психических заболеваний в детском возрасте, характеризуясь как широким диапазоном дезадаптирующих психопатологических нарушений [6, 13, 14], так и наличием значимой психосоциальной составляющей [7],

что позволяет рассматривать их в качестве модели для поиска «мишеней» психосоциальной терапии и реабилитации с целью повышения качества помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

Целью работы являлась оценка различных параметров социального функционирования и качества жизни детей и подростков с ипохондрическими расстройствами (ИР) для определения потребностей в психосоциальных вмешательствах на основе матричного алгоритма [8]. Исследование качества жизни детей и подростков с ипохондрическими расстройствами проводилось с использованием методики ИК для детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте 8–17 лет, адаптированной Т.Н.Дмитриевой [4, 5].

Этот инструмент позволяет проанализировать как объективные, так и субъективные аспекты качества жизни детей-пациентов, не требует больших временных затрат и является достаточно удобным для практического применения [4, 5, 17–20]. С помощью данного опросника исследовались следующие значимые сферы социального функционирования, определяющие качественные стороны качества жизни пациентов: 1) школа; 2) семья; 3) социальные контакты со сверстниками; 4) интересы и организация досуга; 5) соматическое здоровье; 6) психическое здоровье; 7) общая оценка качества жизни; 8) загруженность в связи с имеющимся психическим расстройством; 9) загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями.

В соответствии с задачей комплексной (матричной) оценки потребностей в психосоциальной терапии (ПСТ) и психосоциальной реабилитации (ПСР), опросник позволяет получить сведения со стороны ребенка, родителей и детского психиатра. Каждая из изучаемых сфер, входящих в понятие качества жизни, оценивалась по пятибалльной системе: от оценки 1 (очень хорошо) до оценки 5 (очень плохо). Кроме того, с помощью опросника

можно исследовать загруженность имеющимся психическим расстройством, включая субъективный аспект страдания, связанный с оценкой уровня психического здоровья, а также загруженность лечением (субъективная эмоциональная оценка комплаенса) и режим дня пациента (с точки зрения ребенка и родителей).

Объектом исследования были дети и подростки с нормативным уровнем интеллектуального развития с ипохондрическими расстройствами, обратившиеся за помощью и наблюдающиеся (вместе с родителями) в Московском НИИ психиатрии Минздрава-всозразвития России.

Общее число обследованных составило 89 человек в возрасте от 7 до 17 лет (в половозрастном соотношении – 57 мальчиков и 32 девочки), по синдромальному варианту формирования ипохондрических расстройств разделенных на 3 группы в соответствии с разработанной нами клинической типологией: I группа – с тимопатическими вариантами ипохондрической симптоматики – 22 человека (24,7%); II группа – конституционально-невропатические варианты – 24 человека (27,0%); III группа – со сверхценными вариантами формирования ипохондрических расстройств – 43 человека (48,2%).

Первичное обследование проводилось как во время стационарного лечения в период обострения заболевания (65 наблюдений – 73,0%), так и при амбулаторном ведении больных на начальном этапе обращения за помощью (24 наблюдения – 27,0%). Соотношение показателей качества жизни также сравнивалось в этих группах больных.

При исследовании качества жизни амбулаторной и стационарной групп больных указанного контингента с использованием методики оценки ИКЖ за предшествующий дате оценки месяц были получены следующие результаты (табл. 1).

Как видно из таблицы, средние значения в группе больных, получавших стационарное лечение,

были выше в большинстве значимых сфер социального функционирования по сравнению с группой амбулаторных больных. По сравнению с амбулаторной группой, стационарные больные достоверно чаще оценивали свое функционирование в семье как очень плохое, в то время как амбулаторные больные значительно чаще оценивали свои взаимоотношения в семье как удовлетворительные ($p < 0,001$). Оценка параметров «школа» и «социальные контакты со сверстниками» в обеих группах не достигала статистически значимых отличий. Достоверно чаще дети и подростки, находящиеся на стационарном лечении, оценивали свое психическое состояние как плохое и очень плохое ($p < 0,01$), что коррелировало с более высокой, по сравнению с амбулаторной группой, оценкой загруженности в связи с имеющимся психическим расстройством ($p < 0,01$). В группе стационарных больных отмечалась также большая обеспокоенность своим соматическим здоровьем ($p < 0,05$) по сравнению с амбулаторными больными.

Общей тенденцией в обеих группах являлось расхождение оценок детей и родителей по большинству параметров, что характеризует специфику психических расстройств в детском и подростковом возрасте и требует учета при составлении индивидуального плана психосоциальных мероприятий.

В I группе больных (тимопатический клинический вариант) наиболее высокие негативные значения отмечались по параметрам «соматическое здоровье» (3,64) и «загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями» (3,8), а также по параметрам «школа» (3,5) и «семья» (3,41) и «оценка качества жизни» (4,14).

У детей и подростков II группы (конституционально-невропатический вариант) наиболее высокие средние значения были выявлены в сферах «школа» (3,79), «семья» (3,25), «социальные кон-

Таблица 1

Оценка качества жизни в амбулаторной и стационарной группах

Значимые сферы социального функционирования	Амбулаторная группа (n=24)				Стационарная группа (n=65)			
	Дети		Родители		Дети		Родители	
	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение
Социальные контакты	3,17	1,274	3,67	0,816	3,38	1,259	3,75	0,919
Семья	2,71 ($p < 0,001$)	1,083	3,67	0,482	3,54	0,985	3,37	0,517
Школа	3,33	1,308	3,75	0,794	3,72	1,008	3,77	0,606
Интересы и организация досуга	3,46	0,658	3,17	0,482	3,40	0,524	3,26	0,477
Соматическое здоровье	3,54	1,141	3,33	0,565	4,12 ($p < 0,05$)	0,944	3,08	0,645
Психическое здоровье	2,29	1,042	2,88	2,271	3,31 ($p < 0,01$)	1,172	2,65	0,571
Общая оценка качества жизни	3,54	0,588	3,63	0,576	4,12	0,801	3,71	0,458
Загруженность в связи с имеющимся психическим расстройством	1,79	0,721	2,33	0,482	2,35 ($p < 0,01$)	0,779	2,65	0,571
Загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями	2,96	0,999	3,33	0,702	3,45	0,902	3,38	0,630

такты со сверстниками» (3,67) и «оценка качества жизни» (3,46). Дети достоверно чаще оценивали параметр учеба как «очень плохо» ($p<0,001$) и параметр «взаимоотношения в семье» как «плохо» ($p<0,05$), и в меньшей степени, по сравнению с другими типологическими вариантами ИР, были обеспокоены своим соматическим и психическим здоровьем ($p<0,001$).

Количественно более высокие (неблагоприятные) показатели отмечены в III группе (при сверхценном варианте ИР) по параметрам «соматическое здоровье» (4,84) и «загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями» (3,88), что, по-видимому, связано с особенностями психологического и поведенческого реагирования, обусловленного определенной спецификой представленности различных компонентов ипохондрического симптомокомплекса. Достоверно чаще по сравнению с другими группами, больные оценивали параметр «соматическое здоровье» как «очень плохо» и загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями как «плохо» ($p<0,001$), в то время как взаимоотношения в семье и школе оценивали как «удовлетворительные» ($p<0,001$).

Для родителей одним из наиболее фрустрирующих параметров при конституционально-невропатическом варианте ИР и тимопатическом варианте ИР является «оценка качества жизни» (3,73 и 3,46), «школа» (3,82 и 3,79), «взаимоотношения в семье» (3,55 и 3,62), а также «загруженность проблемами/заболеванием» (3,36 и 3,33 соответственно), а при сверхценном варианте – «соматическое здоровье» (4,84), «загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями» (3,88), «оценка качества жизни» (4,16). При этом обращают на себя внимание высокие показатели собственной загруженности родителей проблемами/заболеванием своего ребенка.

При сравнительном исследовании качества жизни в младшей школьной и подростковой группах с использованием методики оценки ИЛК за предшествующий date оценки месяц были получены следующие результаты (табл. 2).

При сравнении младшей школьной и подростковой групп средние значения в группе больных подросткового возраста были выше в большинстве значимых сфер социального функционирования по сравнению с группой больных младшего школьного возраста. Также были получены достоверно значимые отличия при оценке следующих параметров: младшие школьники чаще, чем подростки, оценивали свое психическое здоровье как «очень хорошее» ($p<0,01$) и чаще отрицали загруженность имеющимся психическим расстройством ($p<0,01$), в то время как подростки чаще оценивали свое психическое здоровье как «очень плохое» и указывали на загруженность в связи с психическим расстройством.

Оценка общего качества жизни в группе младших школьников достоверно чаще по сравнению с подростками была удовлетворительной, в то время как подростки оценивали качество своей жизни как «плохо» и «очень плохо» ($p<0,01$). Кроме того, подростки достоверно чаще указывали на загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями, оценивая этот параметр как «плохо» и «очень плохо», в то время как младшие школьники чаще давали оценку по этому параметру «удовлетворительно» и «хорошо» ($p<0,01$).

В оценках детей и родителей не обнаружено существенных качественных различий. При этом можно отметить, что младшие школьники в меньшей степени обеспокоены вопросами учебы, социальными контактами и взаимоотношениями в семье по сравнению с их родителями. По результатам проведенного исследования возрастной особенностью также является меньшая загруженность

Таблица 2

Оценка качества жизни в подростковой и младшей школьной группах

Значимые сферы социального функционирования	Младшие школьники (n=37)				Подростки (n=52)			
	Дети		Родители		Дети		Родители	
	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение	Средние значения	Стандартное отклонение
Социальные контакты	3,46	1,260	3,92	0,795	3,23	1,262	3,60	0,934
Семья	3,24	1,116	3,59	0,498	3,37	1,048	3,35	0,520
Школа	3,30	1,175	3,78	0,787	3,85	0,998	3,75	0,556
Интересы и организация досуга	3,41	0,644	3,27	0,560	3,42	0,499	3,21	0,412
Соматическое здоровье	3,73	1,018	3,16	0,602	4,13	1,010	3,13	0,658
Психическое здоровье	2,59 ($p<0,01$)	1,142	2,51	0,507	3,35 ($p<0,01$)	1,186	2,60	0,603
Общая оценка качества жизни	3,68 ($p<0,01$)	0,784	3,59	0,551	4,17 ($p<0,01$)	0,734	3,75	0,437
Загруженность в связи с имеющимся психическим расстройством	1,84 ($p<0,01$)	0,646	2,51	0,507	2,46 ($p<0,01$)	0,803	2,60	0,603
Загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями	2,86 ($p<0,01$)	0,822	3,38	0,594	3,63 ($p<0,01$)	0,908	3,37	0,687

детей младшего школьного возраста вопросами диагностики/лечения по сравнению с родителями, несмотря на большую обеспокоенность своим соматическим здоровьем.

Особенностью подростковой группы являлась большая загруженность подростков вопросами своего психического и соматического состояния и лечением/диагностическими мероприятиями, чем считали их родители. Выявлено также, что в группе с конституционально-невропатическим типологическим вариантом ИР подростки более позитивно оценивают все сферы социального функционирования, включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением, чем их родители, что может свидетельствовать о негативном семейном контексте, связанном с персистенцией у родителей определенных дезадаптивных установок, связанных с темой ипохондрии.

Выявленные в результате оценки различных параметров социального функционирования и качества жизни дезадаптирующие проблемные блоки с учетом актуальных лечебно-реабилитационных задач определяли последовательность и содержательную сторону модулей психосоциальной терапии. На начальных этапах основными мишенями при составлении модулей ПСТ и ПСР являлись согласие на лечение, формирование терапевтического альянса с совместным обсуждением индивидуального терапевтического плана, повышение

мотивации к лечению, комплаенс, профилактика ранних отказов от лечения, а также совладание со стрессом вследствие возникновения болезни у ребенка и налаживание внутрисемейных отношений как условия формирования позитивной семейной среды. К числу ключевых и повторяющихся модулей ПСТ относились поддержание терапевтического альянса, выполнение режима терапии, обеспечение ребенка социальной и эмоциональной поддержкой, совладание с остаточной симптоматикой, профилактика преждевременного прекращения лечения, в том числе связанного с улучшением психического состояния ребенка.

Суммируя результаты оценки качества жизни в основных сферах социального функционирования детей и подростков с ипохондрическими расстройствами с применением опросника ИЛК можно сделать вывод, что данный инструмент представляет собой полезный и практически удобный способ исследования качества жизни детей и подростков с ипохондрическими расстройствами. Полученные показатели позволяют выделить значимые сферы социального функционирования, в которых пациент испытывает наибольшие объективные и субъективные затруднения на основе мультимодальной оценки потребностей с использованием матричного алгоритма для определения мишеней психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 25 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 14, № 4. С. 38–45.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 18, № 2. С. 35–40.
4. 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.
5. Дмитриева Т.Н., Занозин А.В., Дмитриева И.В. и соавт. Оценка качества жизни подростков с психическими нарушениями // Матер. XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 121–122.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 607 с.
7. Корень Е.В., Марченко А.М. Клиническая типологизация ипохондрических расстройств в детском и подростковом возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 9–14.
8. Корень Е.В. и соавт. Психообразование в структуре комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами: Методические рекомендации. М., 2009. 28 с.
9. Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П. Концепция исследования качества жизни в педиатрии // Педиатрия. 2002. № 6. С. 83–88.
10. Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П. Исследование качества жизни в педиатрии // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. 2004. № 3–4. С. 91–95.
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии. М.: Издание Российской академии естественных наук, 2008. 104 с.
12. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф., Скрынник О.В. Качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами: проблема оценки // Социальная педиатрия. Київ, 2001. Вип. 1. С. 421–424.
13. Сосюкало О.Д. О сравнительно-возрастных особенностях ипохондрических проявлений у детей и подростков // Матер. 3-ей Всероссийской конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1971. С. 146–148.
14. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. Т. 2. 349 с.
15. Anis A.H., Fitzgerald M.J., Marra C.A. Evaluating health-related quality-of-life studies in pediatric populations: some conceptual, methodological and developmental considerations and recent applications // Pharmacoeconomics. 2005. P. 659–685.
16. Graham P. The future of quality of life in pediatrics and psychiatry // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 1999. Vol. 8, Suppl. 2. P. 172.
17. Lehrman A.F., Slaunger J.G., Myers C.P. Quality of life experiences of chronically mentally ill // Evaluation Program Planning. 1992. Vol. 15. P. 7–12.
18. Mattejat F., Jungmann J., Meusers M. et al. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Eine Pilotstudie // Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1998. Bd. 26. S. 234–242.
19. Mattejat F., Simon B., König K. et al. Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. (Quality of life in mentally ill children and adolescents.) // Z. Kinder-Jugendpsychiatrie. 2003. Bd. 31, N 4. S. 293–303.
20. Mattejat F., Renschmidt 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.
21. Oliver J., Huxley P., Briges K. et al. Quality of life and mental health services. London, New York, 1996. P. 234–237.
22. Sawyer M.G., Whaites L., Rev J.M. et al. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2002. Vol. 41. P. 530–537.
23. Wallander J., Schmitt M., Koot H. Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instrument, and application // J. Clin. Psychol. 2001. N 4. P. 571–585.

К ПРОБЛЕМЕ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЛЯ ВЫБОРА «МИШЕНЕЙ» ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е. В. Корень, А. М. Марченко, А. О. Дробинская

На модели ипохондрических расстройств проводилась оценка качества жизни у детей и подростков с использованием методики ILK с целью разработки подходов к использованию характеристик качества жизни для выбора мишеней психосоциальных вмешательств в детской психиатрии. Полученные данные позволили выявить значимые количественные и качественные параметры качества жизни, а также отличия в большинстве значимых сфер социального функционирования как в контингенте детей и подростков, получавших стационарное и амбулаторное лечение, так и в выделенных клинических группах. Выделенные особенности качества жизни являются существенными для определения дифференцированных мишеней психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. В ходе исследова-

ния были получены данные, указывающие на загруженность родителей проблемами/заболеванием своего ребенка и расхождение оценок детей и родителей по ряду важнейших параметров. Это может свидетельствовать о негативном семейном контексте, связанном с персистирующим у родителей определенных дезадаптивных установок, что требует учета при составлении индивидуального плана психосоциальных мероприятий для детей, страдающих психическими расстройствами.

Ключевые слова: качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами, психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация детей и подростков, социальная дезадаптация, ипохондрические расстройства, ILK.

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS FOR CHOOSING 'TARGETS' FOR PSYCHOSOCIAL THERAPY AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

E. V. Koren, A. M. Marchenko, A. O. Drobinskaya

In order to develop approaches involving 'quality of life' characteristics in choosing targets for psychosocial interventions in child psychiatry, the authors have evaluated the quality of life in a sample of hypochondriac children and adolescents, using the ILK as an instrument. The authors report about significant quantitative and qualitative 'quality of life' parameters found, as well as differences in majority of aspects of social functioning among both in- and outpatients, and in specific clinical groups. These quality of life characteristics seem significant for differentiated targeting of psychosocial treatment and rehabilitation interventions.

The authors point to parental excessive involvement in their child's problems or disorder and differences in parents' and children's evaluations on a number of important parameters, which could be related to negative family context due to persistent maladjustive expectations among parents and should be taken into account while making an individual psychosocial intervention plan for children with mental disorders.

Key words: quality of life of children and adolescents with mental disorders, psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of children and adolescents, social maladjustment, hypochondriac disorders, ILK.

Корень Евгений Владимирович – кандидат медицинских наук, руководитель отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: evkoren@yandex.ru

Марченко Анна Михайловна – научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: an-marchenko@yandex.ru

Дробинская Анна Олеговна – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения психической патологии детского и подросткового возраста, ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: d-ao@yandex.ru