

ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МУЛЬТИСЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Е. В. Корень, Т. А. Куприянова, Н. К. Сухотина

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Одним из важнейших направлений совершенствования психиатрической помощи детям и подросткам является разработка и внедрение принципов и методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в повседневную практику детских и подростковых психиатрических учреждений [2, 3].

В современных подходах к социальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами, с учетом специфики детской психиатрии, особое значение придается психосоциальной работе с родителями, как в плане повышения роли в лечебно-реабилитационном процессе, так и в отношении мобилизации имеющихся ресурсов для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи [4, 7, 12, 17, 18].

В данном контексте семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника поддержки ребенка в достижении успешного социального приспособления и преодоления последствий имеющегося психического расстройства.

Родителям принадлежит огромная роль в создании благоприятной микросоциальной среды в плане обеспечения адекватных условий для формирования личности ребенка, в отношении ребенка к имеющемуся психическому расстройству, поэтому вовлечение родителей в терапевтический процесс рассматривается как обязательная составная часть комплексной помощи, включающей проведение направленной психосоциальной терапии, учитывающей потребности детей и родителей [4, 14, 18].

Несмотря на очевидную значимость, данная проблема в детской психиатрии остается недостаточно изученной как в методологическом, так и в практическом аспектах [2, 4]. По данным литературы, за последнее десятилетие наблюдается оживление интереса исследователей к психосоциальной работе с семьями детей с психическими расстройствами как одной из наиболее значимых частей всех реабили-

тационных мероприятий с акцентом на групповых формах работы [9].

Также имеются отдельные указания на эффективность данного вида интервенций при отдельных формах психических расстройств в детском возрасте в плане редукции симптоматики и длительности ремиссии, повышения комплаенса, качества жизни и уровня социального функционирования [13, 15, 18]. Однако относительно малое число исследований, значительная вариативность в длительности проведения, содержательной стороне занятий, выделении позитивно или негативно ассоциированных факторов и объяснении механизмов влияния на те или иные параметры семейного функционирования и взаимодействия родителей с психически больным ребенком затрудняют имплементацию на практике полученных результатов.

Как известно дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой инвалидирующей категории больных со значительными негативными социальными последствиями [1, 5, 10, 11], с чем связаны выраженные социальные потери семьи (субъективное и объективное бремя). Это влечет за собой необходимость разработки мероприятий по психосоциальной поддержке семьи и нацеленных психосоциальных вмешательств для родителей, направленных на повышение уровня социального функционирования детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра, через формирование адекватных представлений о болезни и формирование соответствующих навыков проблемно-разрешающего поведения, совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком.

Вместе с тем, в отчете, подготовленном рабочей группой APA (American Psychological Association, 2006), отмечается, что основные подходы к психосоциальному лечению при расстройствах шизофренического спектра у детей опираются на исследования, проведенные с родственниками взрослых

больных. При этом подчеркивается наличие существенной специфики проведения психосоциальных интервенций в детском возрасте и указывается на практически полное отсутствие научных работ и потребность в проведении хорошо спланированных исследований для данной категории больных [17].

С целью разработки дифференцированных подходов к работе с родителями в системе психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра проведено пилотное исследование динамики некоторых показателей семейного функционирования для оценки эффективности мульти-семейных групповых занятий с 47 родителями на базе детского отделения МНИИП.

В исследование были включены родители детей с расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст $13,4 \pm 1,8$ года), находящихся как на стационарном, так и на амбулаторном лечении, со средней длительностью заболевания $2,8 \pm 0,6$ года, получающих стандартную медикаментозную терапию. По критериям МКБ-10 у 25 детей (53,1%) была диагностирована шизофрения, у 13 детей (27,7%) – шизотипическое личностное расстройство, у 7 детей (14,9%) – шизоаффективное расстройство и у 2 человек (4,3%) – биполярное аффективное расстройство. У 10 человек (21,3%) течение приближалось к острому, у 30 (63,8%) – к подострому, у 7 (14,9%) – заболевание имело хроническое течение, большинство из них составляли амбулаторный контингент больных. Почти треть пациентов (17 больных) лечились по поводу впервые возникшего приступа болезни.

Психосоциальная работа с родителями проводилась в группах с количеством участников в каждой 8–9 человек, что, по данным литературы, способствует большей эффективности работы мульти-семейной группы [13]. Общее количество проводившихся рабочих сессий составляло 8 занятий. Частота занятий – 2 раза в неделю. Продолжительность каждого занятия – 90 минут.

Для определения потребностей и последующей оценки эффективности проведения мульти-семейной психосоциальной терапии по параметрам уровня информированности семьи о различных проявлениях психических расстройств у детей и снижения нагрузки на семью (субъективное и объективное бремя семьи), снижения частоты обострений, поддержания комплаенса, восстановления социального функционирования и качества жизни пациента, а также оценки динамики некоторых показателей семейного функционирования перед первой и на заключительной встрече родители заполняли ряд опросников:

- карта оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы включает в себя 16 вопросов, которые оцениваются по 5-балльной системе и касаются

степени информированности родственников о психическом заболевании ребенка [6];

- шкала оценки нагрузки на семью (Experience of caregiving inventory – ECI, 1994) для определения степени нагрузки, которая ложится на семью больного ребенка [19];

- опросник для оценки проблем, которые возникают при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire – CGSQ, 1997) [8].

Шкала оценки нагрузки на семью дает характеристику той нагрузки, которая ложится на родственников детей, страдающих психическими расстройствами. Она состоит из нескольких субшкал, которые можно объединить в позитивные и негативные. В негативных оцениваются проблемы поведения больного ребенка, влияние болезни на семью, стигма, тот ущерб, который наносит болезнь ребенку и семье, необходимость поддержки больного. В позитивных субшкалах дается оценка положительных моментов во взаимоотношениях с больным ребенком.

Опросник для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком, содержит 21 вопрос, условно разделенных на три блока, оценивающих степень выраженности объективной и субъективной сторон бремени семьи. Первый блок вопросов относится к объективной оценке бремени (семейные отношения, отношения на работе, с соседями, материальное положение), второй блок оценивает субъективные внешние проявления, такие как обида, злость, смущение родственников, и третий блок затрагивает субъективные внутренние чувства родственников – чувство вины, усталость, беспокойство, тревога. Ответы оцениваются по 5-балльной шкале.

Основными задачами проведения занятий по модульному принципу (8 занятий) являлась коррекция представлений родителей о проблемах ребенка для лучшего понимания его состояния, преодоления собственной растерянности, страха и потрясения, чувства личной вины по отношению к заболеванию ребенка в контексте формирования терапевтического альянса и создания обстановки сотрудничества, достижение которых обеспечивает в дальнейшем повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса для психически больного ребенка.

Собственно образовательному процессу предшествовала подготовительная стадия, включавшая в себя подробное изучение медицинской документации пациентов, беседу с родителями для детального выяснения особенностей личности родителей, их отношения к ребенку, воспитательной тактики и общей психологической атмосферы в семье, а также наличия невротических состояний и прочих расстройств у родителей с последующим получением согласия на участие в работе группы. При категорическом отказе от подобного вида терапии были предусмотрены индивидуальные занятия.

При индивидуальной беседе, проходившей в форме полуструктурированного интервью, направленного на выявление потребностей родителей и выяснение нерешенных вопросов, анализировалась степень осведомленности родителей о различных аспектах психического расстройства у ребенка (клинические проявления, причины, прогноз, обучение и лечение и т.п.). Помимо этого, отмечалось как болезнь ребенка повлияла на всю семью в целом, а также на то, какие способы преодоления кризисной ситуации используются в семье. Нередко такая встреча впервые давала возможность матери рассказать о своих проблемах и переживаниях в связи с болезнью ребенка.

Участие в работе мультисемейной группы было предложено 51 родственнику детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра; дали согласие 49 человек, из них посетили все занятия 47, двое выбыли по объективным причинам (выписка из стационара). 2 матери отказались от участия в работе группы.

Хотя формат групп предполагал участие близких родственников, заботящихся о больном ребенке, подавляющее число составили матери, средний возраст которых был 37,7 года (от 25 до 58 лет). Большинство матерей имели высшее образование (34 чел. – 72,3%), остальные 13 – 27,7% – среднее специальное образование. Работали 29 матерей (61,7%), из них по специальности – 16 человек (55,2%), остальные 18 человек были заняты на работах, требующих меньшей квалификации, но они имели возможность выполнять ее в домашних условиях, постоянно находясь рядом с больным ребенком. 35 семей (74,5%) были полными, остальные – неполными, ребенок воспитывался только матерью, отцы, как правило, не принимали участия в его воспитании, лечении, ограничивались лишь материальной помощью.

Более 2/3 матерей характеризовали себя впечатлительными, эмоциональными, мягкими и добрыми, уравновешенными и спокойными. Большая часть из них отметили, что после заболевания ребенка стремление к общению существенно уменьшилось, усилилась тревога, неуверенность в собственных силах и возможностях, появились колебания настроения с идеями самообвинения.

Несомненно, что однородный состав групп по диагностической принадлежности детей может способствовать повышению терапевтического потенциала группы. Однако объединение в одну группу матерей, отличающихся по возрасту, образованию, другим социальным характеристикам, также, в ряде случаев, повышает эффективность работы.

При анализе базового уровня информированности родителей, полученных с помощью карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы, можно

отметить, что уровень информированности родителей при инициальной оценке не высок, у них недостаточно знаний о самом заболевании, его течении, проявлениях, лечении и прогнозе (средний балл – $57,4 \pm 5,6$). Большинство матерей в пунктах, касающихся этих вопросов, поставили самые низкие баллы – 1, 2, реже 3. Обращало на себя внимание и то, что родители недооценивали свою роль в процессе терапии, зачастую не знали, как себя вести 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.

При проведении психосоциальной работы с родителями ребенка с психическими расстройствами в мультисемейной группе каждое занятие, условно, можно разделить на три части. Первая часть – вводная, где происходило обсуждение темы занятия с учетом потребностей участников. Во второй, основной, части обсуждалась тема занятия с выступлением всех желающих. В третьей части, заключительной, планировалась тема следующего занятия с назначением домашнего задания, соответствовавшего обсуждаемой тематике. Последовательность изложения материала могла варьироваться и зависела от потребностей родителей, но логически все занятия должны были быть связаны друг с другом.

При интерактивном обсуждении полученной информации в процессе проведения занятий, а также по результатам заполнения карты оценки знаний о психическом расстройстве ребенка на финальном занятии, наметилась отчетливая тенденция к увеличению знаний матерей о проявлениях заболевания у ребенка, о возможной помощи и способах преодоления трудностей, возникающих при уходе за ним. Чаще встречались высокие балльные оценки – 4 и 5, реже – 3, оценок 1 и 2 не было.

Наиболее значимым было усиление активности родителей, сопровождавшееся появлением чувства уверенности в своих силах, более оптимистичный взгляд на будущее, высказывания об обретении единомышленников, с которыми было возможно обсуждать насущные проблемы и на взаимную помощь которых они могли рассчитывать. Кроме того, большая часть матерей пересмотрели свое отношение к болезни ребенка и свою роль в помощи и поддержке. У подавляющего большинства матерей к концу занятий (с учетом индивидуальных потребностей) сформировалось более адекватное восприятие проблем ребенка, появились новые цели и решения насущных проблем, уверенность в своих действиях, направленных на адаптацию ребенка, уменьшилось или исчезло чувство вины, а главное – у них появился постоянный источник психосоциальной поддержки в виде сообщества родителей детей с подобными проблемами.

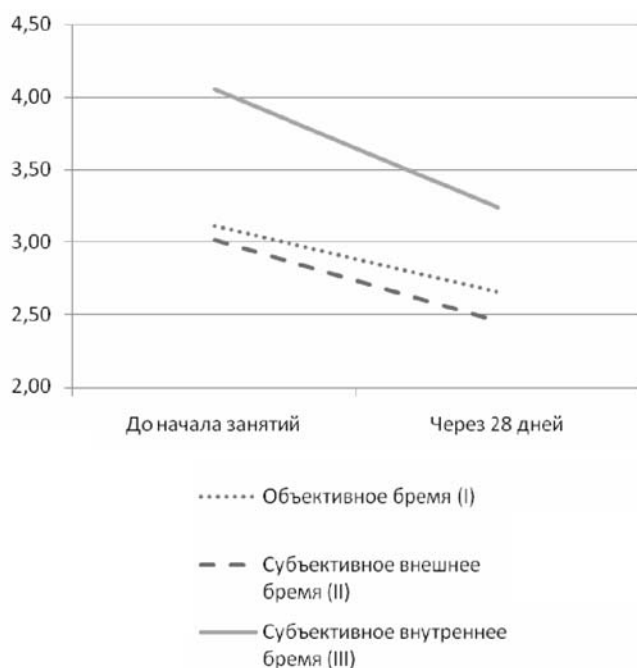
Динамика показателей семейного функционирования по основным субшкалам шкалы CGSQ

CGSQ (n=47)	До начала занятий	Через 28 дней
Объективное бремя (I)	3,11	2,65
Субъективное внешнее бремя (II)	3,01	2,45
Субъективное внутреннее бремя (III)	4,05	3,24*
Общее бремя семьи	10,17	8,34

Примечания: * – $p < 0,05$; I – объективное бремя (семья, работа, финансы); II – субъективное внешнее бремя (злость, обида, смущение); III – субъективное внутреннее бремя (беспокойство, вина, усталость).

Навыки практического применения полученных матерями знаний проявлялись, прежде всего, в том, что матери более осознанно и целенаправленно выполняли требования и рекомендации врача, перестали метаться в поисках «всесильного средства от болезни», стали лучше ориентироваться в проявлениях самого расстройства и более адекватно помогать ребенку, а в ряде случаев, научились распознавать и предупреждать обострение заболевания.

Сравнительный анализ данных (таблица) инициальной и финальной оценки показал явную тенденцию к уменьшению бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ($p < 0,05$). Матери отмечали, что немаловажное значение имело формирование положительной эмоциональной атмосферы и поддержание ее от занятия к занятию, что создавало необходимую и твердую базу для успешного усвоения получаемой информации в отношении данного тяжелого контингента больных детей, а также способствовало тщательному следованию всем назначениям и рекомендациям



Динамика показателей по трем блокам опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (CGSQ)

Примечания: * – $p < 0,05$.

врача, уменьшению беспокойства, тревоги и чувства вины.

В целом, они стали более спокойными, уравновешенными, менее эмоционально реагировали на болезнь ребенка, что нашло отражение в снижении показателей и по субшкале субъективного внешнего бремени. Менее значительные изменения произошли в показателях объективного бремени семьи. Это частично можно объяснить относительно небольшим (28 дней) временным промежутком.

Динамика показателей по трем блокам опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (CGSQ) представлена на рисунке.

С учетом полученных данных, касающихся уменьшения как субъективного внутреннего, так и субъективного внешнего бремени семьи, можно было говорить о явной тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования, реципрочно связанным с взаимоотношениями с больным ребенком в этих семьях. С уменьшением подавленности, чувства вины, растерянности родители стали больше внимания уделять вопросам не только лечения детей, но и их социальной реадaptации, стремясь, по возможности, вернуть в школьный учебный процесс, увеличить общение с другими детьми. Исчезли чувство досады, раздражения, усталости, которые сопровождали родителей после сообщения о болезни ребенка, вследствие чего отношения с детьми стали более теплыми и доверительными. Родители научились распознавать ухудшение состояния и вовремя обращаться за помощью, четко выполняя все назначения и инструкции, что также способствовало улучшению состояния ребенка. Объективное бремя семьи также имело тенденцию к уменьшению. Взаимоотношения и взаимопонимание с родственниками и близкими улучшилось, ряд матерей возобновили свою трудовую деятельность, некоторые были готовы это сделать.

Анализ негативных субшкал опросника нагрузки на семью (ЕСI) показал, в первую очередь, тенденцию к снижению социальной активности матерей из-за чувства смущения, неловкости в связи с поведением ребенка, степень своей вины, ухудшение взаимоотношений в семье, необходимость постоянной поддержки и опеки больного ребенка с высказыванием чувства сожаления о потерянных мечтах, возможностях. Наивысшие баллы были отмечены в вопросах, касающихся чувства собственной вины, степени изолированности, недопонимания со стороны родных, сложности общения с ними, а также в пунктах, которые касались состояния здоровья больного ребенка, постоянной заботы о нем, включая и материальную сторону (баллы 3, 4). При заполнении этого же опросника на заключительном занятии была отмечена явная тенденция к уменьшению степени своей вины и стигматизации у матерей (баллы снизились до 1, 2, а в некоторых случаях и до 0), повышение социальной активности, увеличение общения.

Динамическая оценка позитивных субшкал опросника нагрузки на семью (ЕСІ), в которых отражены положительные аспекты взаимоотношений с больным ребенком, показала, что практически все матери отметили, что стали лучше понимать своего ребенка, его проблемы, анализировать состояние, из-за чего отношения с ним улучшились, что в определенной степени коррелирует с появлением у детей и родителей активных установок на преодоление негативных последствий имеющегося у ребенка психического расстройства.

Кроме того, все матери подчеркнули, что заметили изменения и в самих себе, некоторые сблизилась с членами семьи, с друзьями, больше общались, стали увереннее в себе. Все были намерены продолжать встречи друг с другом и после выписки из стационара.

Таким образом, проведение мультисемейных занятий с родителями на основе психообразовательного подхода, являющегося базовым компонентом психосоциальной терапии и реабилитации, с учетом специфических психосоциальных потребностей родителей детей с расстройствами шизофренического спектра, показало статистически значимую эффективность по параметрам повышения уровня информированности семьи ($p < 0,01$) и нагрузки на семью – тенденция к снижению объективного и субъективного ($p < 0,05$) бремени семьи. Повышение самостоятельности в принятии решений родителями, вовлечение их в совместную деятельность (с одновременным повышением ответственности) является одним из основных итогов профессионального партнерства врача с родителями при проведении мультисемейной группы в виде перестройки отношения, не только к психическому расстройству своего ребенка, но и к окружающей среде, что достигается с помощью приемов нацеленного информирования и разъяснения, направленных на переубеждение, снятие эмоционального напряжения и формирование позитивных установок.

Для семей, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра, можно выделить ряд специфических проблем, на которые необходимо обращать внимание при разработке психообразовательных модулей. Семьи этих пациентов не располагают адекватной информацией об основных аспектах имеющегося расстройства и соответствующих формах помощи.

Поскольку семейные отношения и психические нарушения у ребенка, взаимно влияя друг на друга, обуславливают единый интегрированный процесс развития, точки приложения и целевые установки психосоциальной работы с родителями данной категории пациентов могут отличаться в зависимости

от этапа психического расстройства ребенка и акцентов в его лечении и реабилитации.

Гиперболизация тяжести психического состояния, а также сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации, негативно сказывающиеся на уровне семейного функционирования, диктуют необходимость использования личностно-ориентированного подхода, учитывающего потребности и ожидания родителей, с вниманием к их представлениям и чувствам, в том числе сформировавшимся негативным установкам в отношении «непонимания» врачами их проблем.

В данном контексте предоставление социальной поддержки родителям, нивелирующее чувство одиночества и изоляции является неотъемлемой составляющей при проведении психосоциальной работы (мультисемейной терапии) с родителями в системе психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

Как позитивный итог проведенной работы с группами родителей также можно отметить сплоченность, оказание взаимной поддержки, положительное отношение к жизни, смягчение чувства одиночества, уменьшение стигмы. Кроме того, работа с группами способствовала приобретению новых знаний и навыков, повышению родительской компетентности, поддерживала надежду на перемены, дала перспективы для будущего, способствовала уменьшению стресса семьи, что создает предпосылки для организации групп самопомощи родителей.

Таким образом, повышение уровня семейного функционирования, гипотезируемое в качестве базовой «мишени» комплекса психосоциальных вмешательств в отношении детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, которое может быть достигнуто путем проведения групповой мультисемейной терапии с родителями, направленной на формирование адекватных представлений касающихся различных аспектов имеющегося расстройства, повышающих компетентность семьи в понимании сути заболевания ребенка, а также на обучение эффективному взаимодействию и решению внутренних конфликтов детей и родителей, повышает результативность индивидуальной лечебно-реабилитационной программы, в том числе за счет повышения роли и ответственности родителей, и создает необходимые предпосылки для реадaptации, ресоциализации и повышения качества жизни больного ребенка для обеспечения наиболее благоприятных условий для гармонического развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
2. 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.

3. Корень Е.В. Стратегии развития детской психиатрии: психосоциальная реабилитация // XV съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2010. С. 148.
4. Корень Е.В., Кашникова А.А., Татарова И.Н., Коваленко Ю.Б. и соавт. Психосоциальное образование в структуре комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами: Методические рекомендации. М., 2009. 30 с.
5. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 1. С. 65–76.
6. 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.
7. Alexander L.B., Dore M.M. Making the Parents as Partners principle a reality: The role of the alliance // J. Child Family Studies. 1999. N 8. P. 255–270.
8. Brannan A.M., Heflinger C.A., Bickman B. The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring impact on the family living with a child with serious emotional disturbance // J. Emotional Behav. Dis. 1997. Vol. 5. P. 212–222.
9. Diamond G., Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update // J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry. 2005. Vol. 44, N 9. P. 872–887.
10. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26. P. 5–20.
11. Jewell T.C., Downing D., McFarlane W.M. Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia // J. Clin. Psychol. 2009. Vol. 65. P. 868–878.
12. Falloon I.R.H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // World Psychiatry. 2003. Vol. 2, N 1. P. 20–28.
13. Fristad M.A., Goldberg-Arnold J.S., Gavazzi S.M. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder // Bipolar Dis. 2002. N 4. P. 254–262.
14. Goldberg-Arnold J.S., Fristad M.A., Gavazzi S.M. Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need // Family Relations. 1999. Vol. 48, N 4. P. 411–417.
15. Klaus N., Fristad M.A., Malkin C., Koons B.M. Psychosocial family treatment for a ten-year-old with schizoaffective disorder // Cogn. Behav. Pract. 2008. Vol. 15. P. 76–84.
16. Pitschel-Waltz Leucht Bauml J., Kissling W., Engel R.R. The effects of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis // Schizophr. Bull. 2001. Vol. 27. P. 73–92.
17. 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 // Am. Psychol. Assoc. 2006. www.apa.org
18. Ruffalo M.C., Kuhn M.T., Evans M.E. Developing a parent-professional team leadership model in group work: Work with families with children experiencing behavioral and emotional problems // Social Work. 2006. N 51. P. 39–47.
19. Shmukler G.I., Burges P., Hisrsmn H. et al. The caregiver inventory. University of Melbourne, Victoria, Australia, 1994.

ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МУЛЬТИСЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Т. А. Куприянова, Н. К. Сухотина

В статье представлены результаты исследования влияния на уровень семейного функционирования (субъективное и объективное бремя семьи) групповых мультисемейных занятий для родителей в системе психосоциальной терапии и реабилитации детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, включавшего оценку потребностей родителей в данном виде психосоциальных вмешательств с помощью опросников оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (CGSQ), и шкалы оценки нагрузки на семью (ECI), заполняемых родителями перед первой и на заключительной встрече. Выделены специфические психосоциальные проблемы в семьях, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра в виде гиперболизации тяжести состояния, а также сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем самостигматизации, с учетом которых

выстраивалась содержательная сторона модулей психосоциальной работы с семьями. Показано статистически значимое улучшение балльных показателей по параметрам уровня информированности семьи о различных проявлениях психических расстройств у детей и снижения нагрузки на семью (субъективное и объективное бремя семьи), что указывает на эффективность включения мультисемейных групповых занятий с родителями в систему психосоциальной терапии и реабилитации детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра, направленных на повышение эффективности комплексной помощи и уровня социального функционирования данной категории больных.

Ключевые слова: групповая психосоциальная терапия, мультисемейные группы, бремя семьи, родители, дети и подростки, расстройства шизофренического спектра.

GROUP PSYCHOSOCIAL MULTIFAMILY THERAPY WITH PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

E. V. Koren, T. A. Kupriyanova, N. K. Soukhotina

The article reports the investigation on the effect of group multifamily sessions for parents on the functioning of the families having children or adolescents with schizophrenia spectrum disorders. The multifamily sessions are used as a part of psychosocial treatment and rehabilitation for such children. The article also provides the evaluation of parental needs as far as this psychosocial intervention is concerned, and this evaluation has been performed by means of the CGSQ and ECI, i.e. the instruments that score the amount of problems experienced by parents while taking care of the sick child and the so called family burden. The parents filled out both questionnaires at the first and at the last session of this intervention. The authors distinguish specific psychosocial problems in the families with schizophrenia spectrum children like exaggerating the severity of the

child's condition and parents' overinvolvement in problems of the child and massive self-stigmatization. All these aspects were taken into account while developing the modules for psychosocial work with the families. The research shows a significant improvement on parameters of being informed about various manifestations of mental disorders in children, and the family burden (both subjective and objective). This improvement demonstrates the usefulness of multifamily group sessions as a part of psychosocial treatment and rehabilitation program for children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders; they contribute to the efficacy of the care and also improvement of these patients' social functioning.

Key words: group psychosocial therapy, multifamily groups, family burden, parents, children and adolescents, schizophrenia spectrum disorders.

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

Куприянова Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения клиники-психологических проблем нарушений психического развития ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Сухотина Нина Константиновна – доктор медицинских наук, руководитель отделения клиники-психологических проблем нарушений психического развития ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: suchotinana@yandex.ru