

## К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Н. Е. Степунина

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

Поступательное развитие психосоциальной реабилитации (ПСР) как самостоятельной стратегии помощи [1, 2, 16, 36], диктуемое современными требованиями к повышению качества лечебно-реабилитационных мероприятий, несколько отстает по темпу применительно к детской практике. Это объясняется как прямым переносом методологических подходов, разработанных для взрослых больных, абортивным и преимущественно эмпирическим характером вмешательств с недостаточно доказанной эффективностью, включая опосредованный характер, фрагментарность, слабую преемственность, значительные разногласия в формулировании единой концепции выздоровления, сохраняющимися в детской клинической практике патерналистскими установками специалистов, так и отсутствием интегральной концептуальной модели, недостаточной разработанностью теоретико-методологической базы для проведения научно-обоснованных нацеленных психосоциальных вмешательств, учитывающих специфику детско-подросткового возраста, включая слабую разработанность критериев оценки эффективности ПСР. При этом имеется очевидный недостаток исследований на детско-подростковом контингенте больных [4–6, 21, 25].

В данном контексте одной из стратегических задач, стоящих перед детской психиатрией в плане совершенствования комплексной психиатрической помощи детям и подросткам и дальнейшего развития ее психосоциальной составляющей, является научное обоснование и методологическое обеспечение эффективных программ психосоциальной реабилитации, позволяющих учитывать весь комплекс специфических психосоциальных потребностей психически больного ребенка. Следует учитывать, наряду с разработкой и внедрением различных форм и методов психосоциальной терапии (ПСТ), необходимость интегральных параметров, отражающих психосоциальный ресурс развития и опреде-

ляющих устойчивую реадaptацию и реинтеграцию ребенка в сообществе с учетом специфики детской психиатрии [7, 8, 26, 32].

Особый интерес представляет поиск подходов к решению проблемы повышения эффективности реабилитационных программ (модулей) помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра как особой категории больных со специфическим профилем клинико-социальных потребностей [17] на основе концепции социального выздоровления [2, 5, 16], выходящего на первый план требования повышения уровня социального функционирования и качества жизни больных. Оно не может быть адекватно реализовано без адресации психосоциальных воздействий к личности больного с одновременным содействием повышению роли подростков (принцип «совместного принятия решений») в процессе психосоциальной реабилитации. Активная позиция самого пациента, как в плане готовности к сотрудничеству, так и осознанного отношения к лечению и противостоянию негативному влиянию психического расстройства, позволяет сформировать и поддерживать мотивацию для активного участия в процессе реабилитации и определяет пути для повышения компетентности и поддержания позитивных изменений в реализации присущего каждому психически больному потенциала здоровья [5, 7, 26, 36].

Как показано в ранее проведенных исследованиях, важнейшее значение в социальном функционировании у подростков с расстройствами шизофренического спектра играют нарушения взаимоотношений со сверстниками и в семье, количественный и качественный дефицит интерперсональных связей, что во многом определяет степень их социальной дезадаптации [3, 17]. С учетом данного обстоятельства, особая роль в курации данной категории больных отводится групповым формам психосоциальной терапии, направленным на создание соответствующих благоприятных условий для форми-

рования просоциального поведения: адаптивных копинг-стратегий и социальных навыков, необходимых для реадаптации и удержания подростков в социальной среде как ключевых детерминант, обеспечивающих наиболее благоприятное психосоциальное развитие ребенка [5, 7, 8, 11, 17, 23, 30, 34].

Просоциальное поведение (позитивное, конструктивное, социально полезное поведение) является необходимым условием успешной социализации [14]. Известно, что для этого особенно важны такие два базовых ресурса, как способность регулировать свои негативные эмоции и способность точно определять эмоции других и правильно на них реагировать. Эта способность является фундаментальной для разрешения потенциальных конфликтов [19]. Ее дефицит – один из маркеров шизофренического процесса, ухудшающий социальное функционирование пациентов [10, 20, 22, 31]. Преимущественное использование адаптивных копинг-стратегий оказывает выраженное положительное влияние на социальное функционирование подростков [26], способствуя снижению уровня стресса [23, 34], играя важную роль в снижении частоты последующих рецидивов [16, 21, 30, 36].

Групповые формы ПСТ также позволяют решать и стратегическую задачу по формированию установки на преодоление болезни при условии активного использования психообразовательных занятий, а также благодаря обмену положительным опытом между участниками программы и закреплению достигнутых результатов с помощью такого важнейшего стимула как групповая поддержка [15, 21, 23, 38].

В целом, проблема проведения и повышения эффективности групповой ПСТ непосредственно с подростками, страдающими психическими расстройствами, сохраняет свою актуальность, особенно с учетом ряда оптимистичных публикаций по данной тематике [5, 21, 25, 30, 33, 38].

**Целью** настоящей работы являлось изучение динамики просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков при проведении групповой ПСТ у подростков с расстройствами шизофренического спектра.

### Материал и методы

В исследование были включены 56 подростков (34 девушки и 22 юноши) в возрасте 15–17 лет (средний возраст –  $17,4 \pm 0,8$  лет), страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (средняя длительность заболевания –  $5,1 \pm 2,7$  лет) в состоянии ремиссии (становления ремиссии), которые путем рандомизации были разделены на 2 группы: основную – 30 человек и группу сравнения – 26 человек.

По критериям МКБ-10 у 24 подростков (42,9%) было диагностировано шизотипическое расстройство (основная группа – 11 чел., группа сравнения – 13 чел.), у 20 подростков (35,7%) – шизоаффектив-

ное расстройство (основная группа – 11 чел., группа сравнения – 9 чел.), у 12 подростков (21,4%) – детский тип шизофрении (8 чел. из основной группы и 4 чел. из группы сравнения).

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

Подростки I (основной) группы участвовали в проведении групповой психосоциальной терапии. С подростками II группы (группы сравнения) групповая психосоциальная терапия не проводилась.

В качестве базового модуля при проведении групповой ПСТ с подростками, с учетом профиля негативных психосоциальных ситуаций данного контингента подростков [17], нами был выбран тренинг коммуникативных навыков, основанный на психообразовательном подходе, с элементами мотивационного тренинга и тренинга совладания с остаточными симптомами заболевания, с использованием в ходе занятий арт-терапевтических методик, направленных на развитие коммуникативных навыков и позволяющих, по результатам ряда исследований, активизировать эмоционально-волевую сферу больных [1, 2, 16, 18, 36].

Особенностями проведения занятий являлись: 1) гибкий индивидуализированный подход к каждому участнику, позволяющий решать, используя механизмы группового взаимодействия, актуальные для него социотерапевтические задачи с учетом особенностей семейной ситуации и уровня социальной адаптации; 2) «рваный» темп занятий с быстрой сменой видов деятельности и включение творческих заданий различной сложности (в зависимости от уровня участников), выступающих стрессообразующим фактором, способствующих эмоциональной, интеллектуальной активизации, тренировке внимания, повышению стрессоустойчивости участников группы (нагрузка четко структурирована, дозирована по силе и характеру воздействия) [15]; 3) присутствие в группе участников с разным уровнем социального функционирования. По нашей эмпирической практике, последний фактор может оказывать положительное влияние как на «слабых» участников, которые имели возможность общаться с более успешными сверстниками, «подтягиваясь» до их уровня, так и на «сильных», воспитывая в них чувство ответственности за свое поведение, терпимость и гибкость реагирования на возникающие в процессе совместного выполнения заданий трудности.

Занятия проводились в группах по 6–8 человек, что, по данным литературы, является оптимальным и способствует повышению эффективности терапии [18, 25]. Модуль включал 12 занятий. Частота занятий – 1 раз в неделю. Продолжительность каждого занятия – 120 минут.

Оценка уровня социального функционирования в обеих группах проводилась на инициальном этапе и через 3 месяца с использованием детской шкалы оценки общего функционирования CGAS (Children's Global Assessment Scale) [29, 35] и адаптированного опросника по исследованию качества жизни детей и подростков PedsQL [13]. Оценка динамики психического состояния пациентов проводилась с помощью адаптированной версии Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов при шизофрении PANSS [12].

Для оценки формирования просоциального поведения и социальных навыков в процессе групповой ПСТ нами использовались адаптированный опросник «Сильные стороны и трудности» SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) [28] и опросник социальных навыков А.Гольдштейна [3, 27]. Для оценки качества и напряженности механизмов совладания в ходе социальной адаптации подростков применялся адаптированный копинг-тест Лазаруса [9, 24]. Обследование также проводилось на инициальном этапе и по окончании цикла занятий (через 3 месяца).

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

### Результаты и их обсуждение

Согласие на участие в групповой психосоциальной терапии выразили 30 подростков, из них посетили все занятия 26 подростков, один из них выбыл по объективным причинам, трое в последующем отказались от участия в работе группы. Из группы сравнения к финальной оценке выбыло 8 человек.

По шкале PANSS наблюдалась сопоставимая редукция психопатологической симптоматики за 3 месяца в обеих группах (в основной группе с  $75,6 \pm 9,9$  до  $60,2 \pm 9,2$ , а в группе сравнения – с  $76,3 \pm 10,7$  до  $64,3 \pm 7,8$ ). Между группами не было выявлено статистически значимых различий.

На начальном этапе средняя оценка по шкале общего функционирования CGAS в основной группе составляла  $46,9 \pm 7,9$ , в группе сравнения –  $47,0 \pm 7,2$ , без достоверных различий между группами. При оценке через 3 месяца в основной группе средняя оценка уровня социального функционирования достигла  $54,8 \pm 7,5$ , в группе сравнения –  $49,7 \pm 6,8$ . Различия в уровне социального функционирования между группами через 3 месяца были статистически достоверны ( $p < 0,05$ ) и можно говорить об отчетливой терапевтической эффективности занятий (effect size –  $d_c = 0,5$ ).

По результатам применения опросника PedsQL, заполняемого подростками, на начальном этапе исследования общая оценка качества жизни соста-

вила в I группе  $52,3 \pm 14,9$ , во II –  $55,4 \pm 13,9$ . Подростки обеих групп давали наиболее низкие оценки качеству жизни в сфере учебы и взаимоотношений со сверстниками. Достоверных различий между группами выявлено не было. В динамике в обеих группах прослеживается повышение качества жизни, более отчетливо выраженное в основной группе. Статистически достоверные различия между группами отмечаются в сфере общения со сверстниками ( $p < 0,05$ ): в I группе –  $69,3 \pm 22,1$ , во II –  $53,3 \pm 18,3$  ( $d_c = 0,7$ ); и при общей оценке качества жизни ( $p < 0,05$ ): в I группе –  $65,4 \pm 15,6$ , во II –  $56,6 \pm 14,8$  ( $d_c = 0,6$ ). При сравнении оценок родителей в обеих группах статистически значимые различия отмечались в сферах общения со сверстниками ( $p < 0,01$ ;  $d_c = 0,6$ ) и учебы ( $p < 0,05$ ;  $d_c = 0,5$ ) при оценке через 3 месяца: улучшения в основной группе были достоверно более выраженными (на начальном этапе достоверных различий в оценках родителей обеих групп выявлено не было). Таким образом, было показано, что групповая ПСТ способствовала повышению качества жизни и уровня социального функционирования, в том числе в наиболее проблемных сферах для подростков с расстройствами шизофренического спектра – взаимоотношений со сверстниками и учебы.

Для изучения механизмов, предположительно лежащих в основе происходящих изменений качества жизни и социального функционирования подростков, мы использовали опросник «Сильные стороны и трудности» (SDQ) и опросник социальных навыков А.Гольдштейна.

При инициальной оценке с использованием опросника SDQ (рис. 1, 2) наиболее выраженными в обеих группах, как по оценке подростков, так и их родителей, были трудности во взаимоотношениях со сверстниками (оценка подростков I и II групп –  $5,1 \pm 2,0$  и  $4,7 \pm 2,2$  соответственно; оценка родителей подростков I и II групп –  $6,4 \pm 1,9$  и  $6,5 \pm 2,3$  соответственно) и эмоциональные трудности (оценка подростков I и II групп –  $4,5 \pm 3,4$  и  $4,6 \pm 2,2$  соответственно; оценка родителей подростков I и II групп –  $5,5 \pm 2,8$  и  $5,9 \pm 2,3$  соответственно), что отчасти совпадает с результатами применения опросника PedsQL. Также имеют место проявления так называемого «прокси-эффекта» [37] – тенденции родителей давать более высокие оценки имеющимся трудностям, что требует учета при составлении индивидуального плана психосоциальных мероприятий.

При исследовании через 3 месяца по оценке подростков (рис.1) между группами имеются достоверные отличия в динамике просоциального поведения ( $p < 0,001$ ), а по оценке родителей подростков (рис. 2) – в динамике просоциального поведения ( $p < 0,001$ ), трудностей в общении со сверстниками ( $p < 0,05$ ) и общего балла трудности ( $p < 0,01$ ).

Наиболее интересной представляется получившаяся разница в динамике просоциального пове-

Рис. 1. Динамика оцениваемых показателей опросника SDQ, заполняемого подростками основной группы и группы сравнения  
Примечания: \* –  $p < 0,001$ .

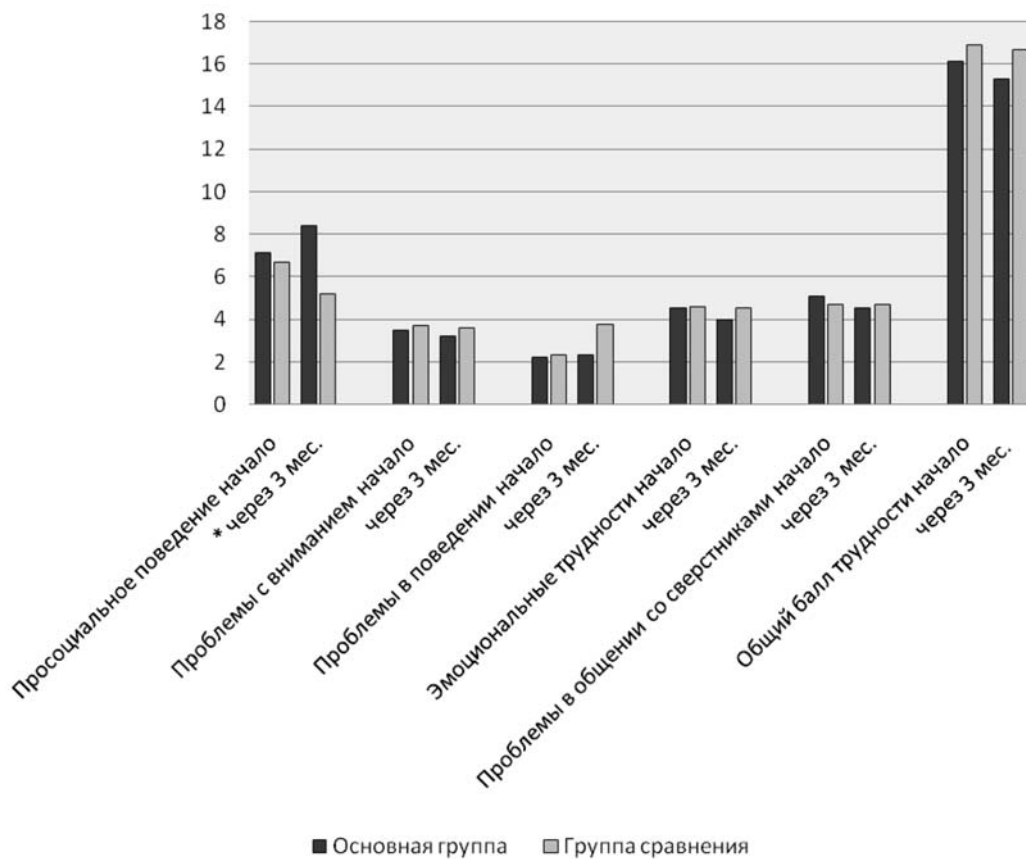
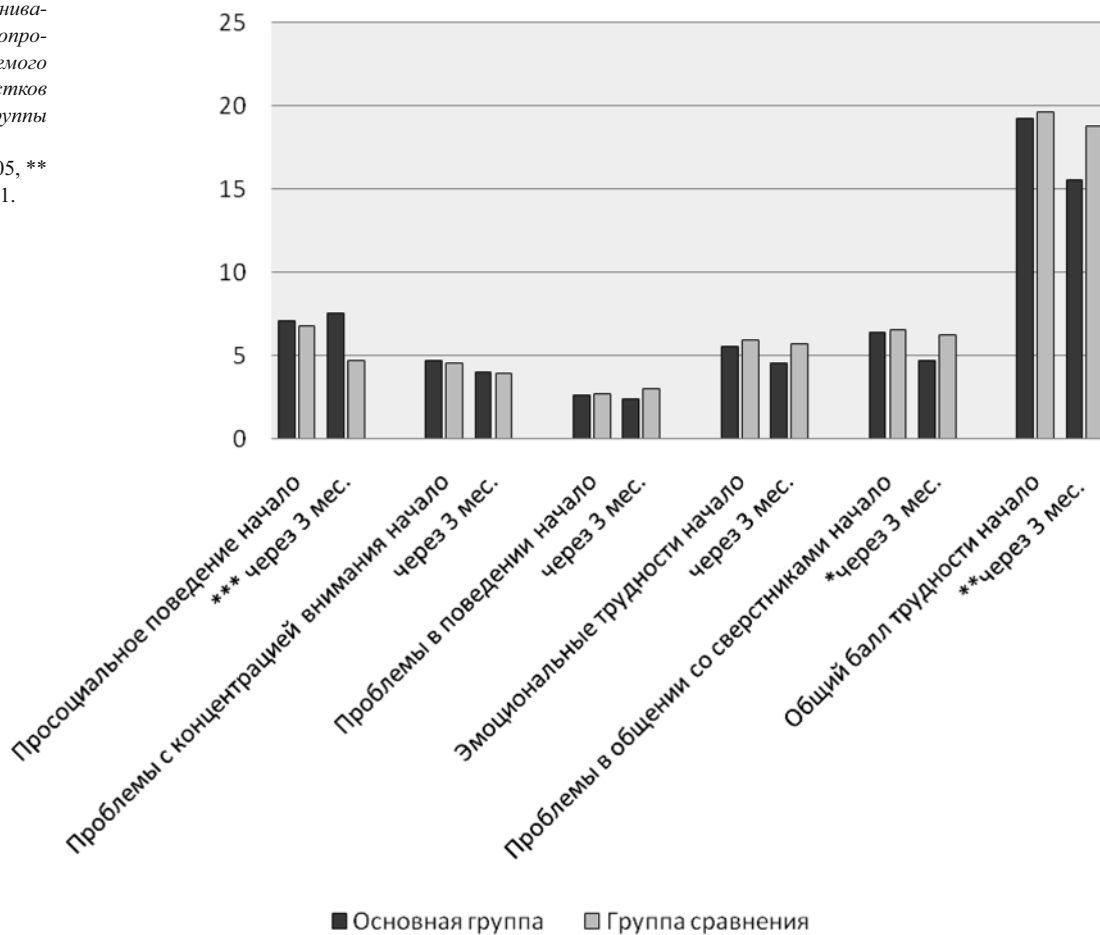


Рис. 2. Динамика оцениваемых показателей опросника SDQ, заполняемого родителями подростков основной группы и группы сравнения  
Примечания: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,001$ .



дения подростков. Данный показатель достоверно не различался в сравниваемых группах на начальном этапе, но уже через 3 месяца различия, как по оценке подростков, так и их родителей, стали статистически значимыми ( $p < 0,001$ ): в основной группе он вырос с  $7,1 \pm 2,5$  до  $8,4 \pm 1,5$  по оценке подростков и с  $7,1 \pm 2,5$  до  $7,5 \pm 2,3$  по оценке их родителей, а в группе сравнения снизился с  $6,7 \pm 1,5$  до  $5,2 \pm 2,9$  по оценке подростков и с  $6,8 \pm 2,3$  до  $4,7 \pm 2,2$  по оценке родителей. Таким образом, групповая ПСТ способствовала развитию у подростков основной группы способности регулировать собственные негативные эмоции, а также понимать эмоции других людей и адекватно на них реагировать, что позволяло им осуществлять конструктивное, социально полезное поведение, облегчающее их социальную адаптацию. Снижение показателя «просоциальное поведение» в группе сравнения может быть связано с трудностями пребывания подростков в социальной среде с возможным разочарованием в ее ценностях, что, безусловно, затрудняет дальнейшую адаптацию.

Расширить и конкретизировать представление о формируемых социальных навыках у подростков с расстройствами шизофренического спектра в процессе групповой ПСТ позволяет применение в ходе исследования опросника социальных навыков Гольдштейна. В табл. 1 представлены результаты применения данного опросника в динамике.

При первичном обследовании группы достоверно не различались между собой. Для подростков обеих групп была характерна низкая оценка социальных способностей сверстников (нормативный диапазон 3,00–3,60) при не выходящей за нормативный диапазон, но находящейся на нижней границе нормы оценке собственных социальных способностей (нормативный диапазон – 3,10–3,85). Это свидетельствует о страхе перед миром взрослых, неуверенности в своих способностях и способностях своих сверстников успешно адаптироваться к нормальной взрослой жизни, повышенном уровне тре-

возности, а также неспособности обследуемых подростков адекватно оценивать социальные способности сверстников.

Коэффициент отличия в обеих группах превышал установленную границу в 1,10 баллов, то есть пациенты обеих групп чувствовали себя отличными от своих сверстников и, вероятно, обнаруживали странное (чуждаковое) поведение. Наиболее низкую оценку в обеих группах получили навыки планирования предстоящих действий и альтернативы агрессивному поведению, таким образом, в большей степени страдали наиболее сложные формы социального поведения, снижая эффективность социального функционирования подростков.

В динамике группы достоверно различались по большинству показателей: средняя оценка своих социальных навыков ( $p < 0,05$ ) и социальных навыков сверстников ( $p < 0,001$ ), начальные навыки ( $p < 0,001$ ), реакция на мнение другого человека в разговоре ( $p < 0,05$ ), планирование предстоящих действий ( $p < 0,01$ ) и альтернатива агрессивному поведению ( $p < 0,05$ ) в основной группе получили достоверно более высокие оценки. Коэффициент отличия в основной группе через 3 месяца занятий не выходил за нормативный предел, а в группе сравнения оставался выше нормы. Таким образом, групповая ПСТ способствовала росту уверенности в своих социальных навыках при адекватном восприятии социальных навыков сверстников. Подростки основной группы заметно прибавили в начальных социальных навыках, недостаточная сформированность которых приводит к значительной социальной дезадаптации, стали более чутко и адекватно реагировать на мнение другого человека в разговоре, что повышает их социальную привлекательность (переключается со способностью определять эмоции других людей и адекватно на них реагировать), а также развили навыки планирования предстоящих действий и альтернативы агрессивному поведению (включает способность регулировать собственные негативные эмоции, влияющую

Таблица 1

**Динамика показателей оценки сформированности представления о социальных навыках в основной группе и группе сравнения (по методике Гольдштейна)**

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

Примечания: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ , \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Результаты копинг-теста Лазаруса в динамике

Субшкалы, %	Первичное обследование		Через 3 мес.	
	Группа I	Группа II	Группа I	Группа II
Конфронтационный копинг	40,6±23,4	43,6±17,4	43,9±19,1 ↑	38,1±24,1 ↓
Дистанцирование	54,7±16,7	52,3±20,8	49±23,7 ↓	54,7±18,6 ↑
Самоконтроль	56,3±21,4	55,1±23,7	67,4±25,7 ↑	60,5±26,6 ↑
Поиск социальной поддержки	62,2±13,8	60,3±14,8	73,2±13,8↑**	61,9±11,6↑**
Принятие ответственности	71,1±23,3	67,9±24,2	69,7±23,4 ↓	65,5±26,5 ↓
Бегство-избегание	58,3±13,2	56,5±9,3	57,5±13,3 ↓	58,9±,5 ↑
Планирование решения проблемы	51,3±19,6	50,7±26,9	61,1±24,1 ↑	51,6±27,7 ↑
Положительная переоценка	55,3±15,9	53,1±20,1	65,7±19,8 ↑*	53,1±23,7*

Примечания: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ , ↑↓ – тенденция (возрастание или убывание) изменения напряженности соответствующего вида копинга в соответствующей группе.

на просоциальное поведение, сформировавшееся в процессе занятий), то есть повысили эффективность своего социального функционирования даже в наиболее проблемных для себя ранее ситуациях конфликта и ситуациях, требующих умения добиться своего в разговоре. Необходимо отметить, что в процессе проведения групповой ПСТ мы не занимались специальной тренировкой всех улучшившихся социальных навыков, так как не располагали необходимым для этого временным ресурсом. Больше внимание уделялось начальным навыкам, оказывающим наиболее заметное влияние на уровень социального функционирования подростков, остальные навыки участники группы развивали самостоятельно, благодаря внутригрупповому взаимодействию и общению со сверстниками вне группы.

Тотальность позитивных изменений, лежащих в основе улучшения в сфере взаимоотношений со сверстниками, выявленных с помощью опросников PedsQL и SDQ, и повышения общего уровня социального функционирования по CGAS позволяют предположить наличие каскадного механизма формирования социальных навыков, отражающих динамику психосоциального развития подростков.

Влияние групповой ПСТ с подростками на механизмы совладающего поведения изучалось с помощью копинг-теста Лазаруса. Результаты копинг-теста Лазаруса для основной группы (группа I) и группы сравнения (группа II) в динамике приведены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, при первичном обследовании обе группы достоверно не различались между собой. Наиболее часто используемыми стратегиями в обеих группах были принятие ответственности (у больных с расстройствами шизофренического спектра это часто обусловлено гипертрофированной оценкой личного вклада в развитие ситуации, формирующейся под влиянием рудиментарных галлюцинаторных, бредовых и аффективных расстройств), поиск социальной поддержки и избегание (частое использование данного вида копинга определяет мотивационную направленность на

избегание неудач, пассивный, ригидный, неконструктивный характер действий, используемый для преодоления проблем [11]). При оценке через 3 месяца у подростков основной группы преобладающими стратегиями совладания были поиск социальной поддержки, принятие ответственности и самоконтроль (свидетельствующий о развитии навыков эффективной саморегуляции). У подростков группы сравнения преобладающие копинг-стратегии остались прежними. Статистический анализ показал, что подростки основной группы достоверно чаще при столкновении с трудностями прибегали к поиску социальной поддержки ( $p < 0,01$ ) и положительной переоценке происходящих изменений ( $p < 0,05$ ). Также можно отметить не достигающую статистической значимости тенденцию к снижению напряженности дисфункциональных копинг-стратегий дистанцирования и бегства-избегания и повышение напряженности конфронтационного копинга (то есть сознательных активных, настойчивых усилий по изменению ситуации) у подростков основной группы, в то время как у их сверстников из группы сравнения отмечалась противоположная тенденция. Таким образом, для подростков основной группы через 3 месяца была характерна более активная позиция в отношении лечения и преодоления возникающих сложностей с большим доверием к социальной среде и возросшей способностью к саморегуляции, планированию и положительной переоценке.

Групповая ПСТ непосредственно с подростками, страдающими расстройствами шизофренического спектра, оказывает значимое положительное влияние на их социальное функционирование за счет улучшения комплаенса, способствующего своевременному обращению за психиатрической помощью, формирования и развития социальных навыков, направленных на преодоление последствий заболевания и улучшение социальной адаптации (просоциальное поведение, начальные навыки общения, реакция на мнение другого человека в разговоре, планирование предстоящих

действий, альтернатива агрессивному поведению), повышения стрессоустойчивости с возрастом напряженности функциональных видов копинга, а также изменения самооощущения с повышением оценки собственной социальной компетентности, уверенности в себе. Это позволяет подросткам не только выходить на более высокий уровень соци-

ального функционирования, преодолевая трудности во взаимоотношениях со сверстниками, являющиеся одним из ведущих факторов в их социальной дезадаптации, но и удерживаться на достигнутом уровне, продолжая самостоятельно развивать недостающие навыки и повышая свою социальную компетентность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4. С. 78–85.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
3. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1997. 180 с.
4. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 5–15.
5. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 5–10.
6. Корень Е.В. Теоретико-методологическое обоснование интегральных подходов к психосоциальной реабилитации в детской психиатрии // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков» Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). 2011. № 2. С. 60–69.
7. 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.
8. 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.
9. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. Адаптация методик изучения совладающего поведения Way of Coping Questionnaire (Опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана) // Психология и практика. Сборник научных трудов. Выпуск 4 / Под ред. Т.Л.Крюковой, С.А.Хазовой. Кострома: РЦОИ «ЭКСПЕРТ-ЕГЭ», 2005. С. 171–190.
10. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 92–104.
11. Маричева М.А. Особенности копинг-стратегий у юношей, перенесших первый психотический приступ // Психиатрия и психотерапия. 2012. Т. 14, № 6. С. 55–61.
12. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 237 с.
13. Никитина Т.П. Разработка и оценка свойств русской версии опросника PedsQL для исследования качества жизни детей 8–18 лет: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2004. 24 с.
14. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А.А.Реана. СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. 656 с.
15. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е.Рожнова. 3-е изд. Ташкент: Медицина, 1985. 719 с.
16. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича, О.Г.Ньюфельда. М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. 356 с.
17. Степунина Н.Е., Корень Е.В. Определение профиля негативных психосоциальных ситуаций при построении модулей групповых форм психосоциальных вмешательств в структуре комплексной психиатрической помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра // Российский психиатрический журнал. 2012. № 2. С. 80–84.
18. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКЧН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 67–78.
19. Bartlett M.Y., DeSteno D. Gratitude and prosocial behavior: Helping when it costs you // Association Psychological Science. 2006. Vol. 17, N 4. P. 319–325.
20. Brune M. Emotion recognition, “theory of mind”, and social behavior in schizophrenia // Psychiatr. Res. 2005. Vol. 133. P. 135–147.
21. Clark A.F. Proposed treatment for adolescent psychosis: schizophrenia and schizophrenia-like psychoses // Advan. Psychiatr. Treatment. 2001. Vol. 7. P. 16–23.
22. Corcoran R. Theory of mind and schizophrenia // Social cognition and schizophrenia / P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2001. P. 149–174.
23. Ebata A., Moos T. Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents // J. Applied Devel. Psychol. 1991. Vol. 12. P. 33–54.
24. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
25. Fristad M.A. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder // Devel. Psychopathol. 2006. Vol. 18. P. 1288–1306.
26. Frydenberg E., Lewis R. Adolescent well-being: Building young people’s resources / E.Frydenberg (Ed.). Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges. NY: Oxford University Press, 2002. P. 175–194.
27. Goldstein A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J. Skill training for community living: Applying Structured Learning Therapy. NY: Pergamon Press, 1976.
28. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note // J. Child Psychol. Psychiatr. 1997. Vol. 38. P. 581–586.
29. Green B., Shirk S., Hanze D., Wanstrath J. The Children’s Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1994. Vol. 33, N 8. P. 1158–1164.
30. Haller C., Andres K., Hofer A. et al. Psycho-educational coping-oriented group therapy for schizophrenia patients // Neuropsychiat. 2009. Vol. 23, N 3. P. 174–183.
31. Harrington L., Siegert R.J., McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review // Cogn. Neuropsychiatr. 2005. Vol. 10. P. 249–286.
32. Last B.F., Stam H., Onland-van Nieuwenhuizen A.M., Grootenhuis M.A. Positive effects of a psycho-educational group intervention for children with a chronic disease: first results // Patient Educ. Couns. 2007. Vol. 65, N 1. P. 101–112.
33. McCleary L., Ridley T. Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group // Patient Educ. Couns. 1999. Vol. 38, N 1. P. 3–10.
34. Parsons A., Frydenberg E., Poole C. Overachievement and coping strategies in adolescent males // Br. J. Educ. Psychol. 1996. Vol. 66. P. 109–114.
35. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. et al. A Children’s Global Assessment Scale (CGAS) // Arch. Gen. Psychiatry. 1983. Vol. 40, N 11. P. 1228–1231.
36. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Updated edition) / E.Kuipers (Ed.). The British Psychological Society The Royal College of Psychiatrists, 2010.
37. Theunissen N.C.M., Vogels T.G.C., Koopman H.M. et al. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research // Qual. Life Res. 1998. Vol. 7, N 5. P. 387–397.
38. Tuttle J., Campbell-Heider N., David T.M. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study // J. Pediatric Health Care. 2006. Vol. 20, N 3. P. 184–191.

# К ВОПРОСУ О ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е. В. Корень, Н. Е. Степунина

В статье показано влияние групповой психосоциальной терапии с подростками на динамику просоциального поведения, копинг-стратегий и формирования социальных навыков у подростков с заболеваниями шизофренического спектра с помощью опросников SDQ, социальных навыков Гольдштейна и копинг-теста Лазаруса. Выявлены статистически значимые изменения: повышение показателя «просоциальное поведение», уменьшение выраженности трудностей взаимоотношений со сверстниками, улучшение ряда социальных навыков, оптимизация копинг-стратегий с повышением напряженности функциональных видов копинга по окончании цикла групповой ПСТ.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, групповая психосоциальная терапия, подростки, социальное функционирование, расстройства шизофренического спектра, социальные навыки, копинг-стратегии, просоциальное поведение.

## THEORETICAL AND METHODOLOGICAL GROUNDS FOR GROUP PSYCHOSOCIAL THERAPY WITH ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

E. V. Koren, N. E. Stepounina

The article reports the effects of group psychosocial therapy on development of prosocial behavior, coping strategies and social skills in adolescents with schizophrenia spectrum disorders measured by means of the SDQ, the Goldstein social skills test and the Lazarus coping test. The authors have found significant positive changes, specifically, a rise in the 'prosocial behavior' score, less pronounced problems in peer relations,

improvements in a number of social skills, optimization of coping strategies with an accent on functional coping styles.

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

---

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

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