

А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова,
О.Д. Пуговкина, М.А. Москачева

**МИШЕНИ И МЕТОДЫ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С РАССТРОЙСТВАМИ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
И АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРОВ**

Методическое пособие

ФОРУМ
НЕОЛИТ

УДК 159.9
ББК 88
Х72

*Исследование проведено при финансовой поддержке
Российского научного Фонда (грант № 14-18-03461)
на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Составители:

А.Б. Холмогорова — доктор психологических наук, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), декан факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ;
О.В. Рычкова — доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), профессор факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ;
О.Д. Пуговкина — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), доцент факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ;
М.А. Москачева — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России)

Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., О.Д. Пуговкина О.Д., Москачева М.А.

Х72 Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров : метод. пособие / Сост. А.Б. Холмогорова, О.В. Рычкова, О.Д. Пуговкина, М.А. Москачева. — М. : Неолит, 2016. — 96 с.

ISBN 978-5-00091-226-3

Пособие включает три раздела, в которых рассматриваются методы помощи больным с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, основанные на последних теоретических разработках и доказавшие свою эффективность. Первый раздел посвящен методам психологической помощи при расстройствах шизофренического спектра с особым акцентом на задачи коррекции дефицитов социального познания и социальной мотивации. Второй раздел посвящен современным теоретическим представлениям о факторах хронификации расстройств аффективного спектра и методам помощи, включающим задачи коррекции дефицитов социального познания при этих расстройствах. В третьем разделе на конкретных примерах рассматриваются приобретающие все большую популярность методы коррекции социального познания, основанные на IT-технологиях.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 978-5-00091-226-3

© Коллектив авторов, 2016
© Издательский дом «Неолит», 2016

Оглавление

Введение	5
Раздел 1. Мишени и методы психологической помощи больным с расстройствами шизофренического спектра: от когнитивных дисфункций к социальному познанию и социальной мотивации	7
1.1. Компоненты нейрокогнитивного дефицита как мишень психологической помощи при расстройствах шизофренического спектра	8
1.2. Нарушения социального познания как мишень психологической коррекции при расстройствах шизофренического спектра	12
1.3. Работа с продуктивными симптомами в индивидуальной психотерапии больных шизофренией	20
1.4. Нарушения социальной мотивации и негативные симптомы у больных с расстройствами шизофренического спектра как мишени реабилитации	27
Выводы	38
Библиография	38
Раздел 2. Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами аффективного спектра	53
2.1. Преодоление глобального эгоцентрического мышления как важная мишень коррекции дефицитов социального познания при хронических расстройствах аффективного спектра	53
2.2. Проявления глобального эгоцентрического мышления как мишени ведущих терапевтических подходов к лечению аффективных расстройств	60
Выводы	68
Библиография	69

Раздел 3. Роль IT-технологий в компенсации дефицитов социального познания при психических расстройствах (на примере тренингов для больных с расстройствами шизофренического спектра)	74
3.1. IT-тренинги — новая тенденция в практике помощи больным с психическими расстройствами	74
3.2. Применение IT-технологий для компенсации дефицитов социального познания в рамках тренингов когнитивных и социальных навыков	76
3.3. Применение IT-технологий в специализированных тренингах способностей в сфере социального познания	79
3.4. Возможности и ограничения IT-технологий в сфере развития социального познания	88
Выводы	91
Библиография	92

Введение

Один из наиболее острых вопросов, стоящих перед специалистами в области помощи больным с психическими расстройствами, — это вопрос интеграции накопленных в науке представлений о механизмах психической патологии для создания научно обоснованных программ реабилитации и психотерапии.

В настоящее время у ведущих специалистов уже не вызывает сомнений важная роль социальных и психологических механизмов в возникновении и течении самых тяжелых и трудных для лечения психических расстройств. В самые последние годы британскими учеными — специалистами в области биологических исследований — под руководством Оливера Хоуэса, психиатра-консультанта знаменитой клиники Модсли и Королевского колледжа Лондона, награжденного главной премией в области психофармакологии в 2014 г., была предложена интегративная когнитивная модель социоразвития для описания механизмов такого грозного заболевания, как шизофрения (Howes O., Robin Murrey R. An integrated sociodevelopmental — cognitive model // *Lancet*. 2014. Vol. 383). **Модель объединяет дофаминовую гипотезу, модель нейроразвития, модель социоразвития и когнитивную теорию и включает следующие основные положения:**

- генетическая уязвимость приводит к нарушениям нейроразвития;
- последние усиливаются действием неблагоприятных биологических факторов в процессе нейроразвития;
- это приводит к дезрегуляции дофаминовой системы;
- социальные стрессоры в детстве способствуют усилению дезрегуляции дофаминовой системы;
- социальные стрессоры способствуют образованию негативной когнитивной схемы;
- негативная когнитивная схема приводит к неадекватной переработке стимулов и параноидным интерпретациям, усиливающим психологический стресс и дезрегуляцию дофаминовой системы;
- возникает острый психотический эпизод;
- дальнейшее развитие болезни во многом определяется уровнем стресса.

Как отмечают авторы модели, «в противоположность ранним интерпретациям в рамках гипотезы нейроразвития, предполагающей, что пренатальные факторы являются наиболее важными, наша модель предполагает, что жизненные события и сопряженные с ними когнитивные играют ключевую роль и что, изменяя негативную схему и **снижая уровень психологического стресса, психологические терапии и социальные интервенции могут разорвать порочный круг дезрегуляции дофамина и предохранить траекторию социоразвития от возникновения психоза**» (O. Howes, R. Murray, 2014). *Ученые получают все новые и новые доказательства в пользу описанной модели* (Howes O., McCutcheon R., Owen M., Murray R. The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia // Biological Psychiatry. Aug 2016).

Для авторов пособия наиболее важным представляется вытекающий из данной модели вывод о необходимости поиска источников повышенного уровня социальных стрессов, которые, в конце концов, приводят к болезни у уязвимых индивидов. К таковым, безусловно, относится дефицитарность в области социального познания (*далее* — СП), которая оказалась свойственной больным разными формами психической патологии, включая шизофрению. В данном пособии будут рассмотрены основные нарушения СП, свойственные пациентам с расстройствами шизофренического (раздел 1) и аффективного (раздел 2) спектров. Среди пациентов с расстройствами аффективного спектра растет число хронифицированных и резистентных к медикаментозному лечению случаев, для которых представителями разных направлений психотерапии нарушения СП начинают рассматриваться как наиболее значимые. Поэтому в данном пособии особое внимание будет уделено именно таким расстройствам.

Количество различных методов и программ, включающих нарушения СП как важнейшую мишень психологических интервенций, неуклонно растет. Появляется все больше данных, свидетельствующих об их высокой эффективности даже применительно к продуктивным и негативным симптомам шизофрении. В данном пособии будут рассмотрены наиболее известные из них и прошедшие проверку на эффективность. В заключение (раздел 3) будут рассмотрены наиболее современные и развивающиеся в самые последние годы специализированные программы по развитию СП, созданные на основе компьютерных технологий.

Совершенствование и внедрение в практику различных программ помощи, направленных на развитие СП у пациентов с психическими расстройствами, а также осознание специалистами важности этого направления в практике лечения психических расстройств являются одними из важнейших задач, диктуемых современным состоянием научных знаний о природе психической патологии.

Раздел 1. Мишени и методы психологической помощи больным с расстройствами шизофренического спектра: от когнитивных дисфункций к социальному познанию и социальной мотивации

Предварительные замечания

Взгляды на ведущие психические дефициты, имеющиеся у больных с расстройствами шизофренического спектра, претерпели значительную динамику на протяжении последних десятилетий. Созвучно изменялись и представления о возможностях психологической помощи больным. Если к середине прошлого века возможности психологической помощи больным, перенесшим психозы, представлялись призрачными, и братья за такого рода интервенции решались только наиболее смелые психиатры и психологи, способные игнорировать сложившееся пессимистическое видение психотиков как психотерапевтически безнадежных, то к настоящему времени такой нигилизм практически преодолен. Сейчас число сторонников многих направлений психологии и психотерапии, предлагающих разные формы помощи больным, растет во всех странах, включая и Россию.

Можно говорить о нескольких ведущих направлениях психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического спектра, которые и рассмотрим ниже. Заметим, что развитие данного направления работы с больными идет стремительными темпами, и практика помощи изменяется буквально день ото дня. Пожалуй, психологическая помощь пациентам, перенесшим психозы, может быть определена как одна из наиболее важных точек роста современной психиатрии и клинической психологии.

1.1. Компоненты нейрокогнитивного дефицита как мишень психологической помощи при расстройствах шизофренического спектра

Нейрокогнитивный дефицит при разных формах психической патологии

Концепция нейрокогнитивного дефицита стала прорывом в учении о шизофрении, осуществленным исследователями разных стран в конце XX в. Первоначально во многих работах нашли свое подтверждение различные дефициты когнитивных функций у больных шизофренией, позже была подтверждена структурная, нейропсихологическая их основа, что стало основанием для выделения нейрокогнитивных нарушений в качестве «третьей ключевой группы симптомов» шизофрении наряду с позитивными и негативными расстройствами [Heinrichs, Zakzanis, 1998; Lewis, 2004]. В конечном итоге, шизофрению стали относить к заболеваниям «нейрокогнитивного» спектра [Green, 1998], и такой взгляд сохраняет свою актуальность, определяя многие терапевтические мероприятия.

Причиной нейрокогнитивного дефицита полагали сам болезненный процесс, что концептуально оформлено в идее о «нейротоксичности» шизофрении [Weinberger, McClure, 2002]. Позже были установлены «мягкие» когнитивные нарушения у впервые заболевших шизофренией пациентов [Saykin et al., 1994] и лиц с высоким риском развития шизофрении. Менее выраженные, но сходные по профилю неврологические и когнитивные дефициты обнаружили у ближайших родственников больных шизофренией без психотических симптомов [Green, 1998, Social Cognition ..., 2001]. Отсюда укрепилось мнение, что мягкие неврологические симптомы являются генетическим маркером риска развития шизофрении, и поскольку такие симптомы непосредственно связаны со структурными особенностями мозга, их видение как проявлений эндофенотипа не вызывает серьезных возражений. На протяжении истории развития учения о шизофрении число параметров, предлагавшихся на роль генетических маркеров, составило значительный перечень.

Систематика нейрокогнитивных нарушений, обнаруживаемых больными шизофренией, может несколько различаться в зависимости от моделей их описания, как правило, заимствуемых из когнитивной психологии и/или экспериментальной психопатологии. В настоящее время на систематику оказывают влияние активно развивающиеся представления о структурно-функциональных изменениях мозга при психических расстройствах, разрабатываемые в нейронауке. Наиболее частые когнитивные нарушения, которые

рассматриваются как проявления нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, можно объединить в четыре основных блока.

- 1) **Нарушения внимания** в виде недостаточной способности к его распределению («Divided attention»), фиксации («Sustained attention») и колебаний внимания, ведущих к невозможности в течение сколько-нибудь продолжительного времени с одинаковой «бдительностью» («Vigilance») отслеживать важные для выполнения познавательной деятельности параметры.
- 2) **Расстройства памяти**, достаточно многообразные. В их числе такие, как нарушения оперативной памяти («Working memory»), долговременной памяти («Long-term memory»), семантической или декларативной памяти («Semantic memory», «Declarative memory»), сохраняющей обобщенные знания о мире. При несколько ином разделении процессов запоминания — на основе фактора осознанности/неосознанности процесса запоминания материала, говорят также об имплицитной или скрытой памяти («Implicit memory») и эксплицитной памяти («Explicit memory»). В последние годы все чаще пишут об особой значимости для понимания таких когнитивных нарушений и нарушений СП при шизофрении, как автобиографическая или эпизодическая («Episodic memory») память. Она содержит значимую для субъекта событийную информацию в полимодальной форме, когда имеют значение контекстуальные свойства событий, такие, как место и время, эмоциональная составляющая опыта (подробнее о нарушениях автобиографической памяти см. раздел 2).
- 3) Так называемые **исполнительские функции** («Executive Functions»), под которыми понимается ряд высокоуровневых процессов, позволяющих осуществлять сложную деятельность планирования своих действий в соответствии с общей целью, таких, как собственно планирование («Planning»), торможение непосредственных импульсов («Inhibition»), гибкость в выборе стратегии действий («Flexibility»), алгоритмы решения проблем («Problem solving»).
- 4) Частные параметры, в числе которых **скорость обработки информации** («Processing speed»), **вербальная беглость** («Verbal fluency»), **нарушения семантической обработки информации** («Semantic processing») и другие.

Указанные нарушения современные исследователи стремятся связать с многочисленными данными о структурно-функциональных нарушениях мозга у пациентов с расстройствами шизофренического спектра [Honea et al., 2005; Witthaus et al., 2009].

Поиск нейрокогнитивных нарушений захватил, можно считать мейнстримом современных исследований в области психической патологии, при этом тот или иной нейрокогнитивный дефицит находят практически у всех больных с психическими расстройствами. Так, их обнаруживают и у пациентов с биполярным аффективным расстройством с психотическими симптомами, причем ряд авторов определяют нейрокогнитивные нарушения в этой клинической группе как сопоставимые по степени выраженности с нарушениями у пациентов с шизофренией [Hill et al., 2009, 2013]. До последнего времени считалось, что по результатам исследования когнитивных функций по большинству параметров больные шизоаффективным расстройством также практически не отличаются от больных шизофренией. Современные исследования нейрокогнитивного дефицита противоречивы. По одним данным, пациенты с шизоаффективным и биполярным расстройствами демонстрируют большую сохранность нейрокогнитивного функционирования по сравнению с больными шизофренией [см., например, Reichenberg et al., 2009], а по другим — нет [Smith et al., 2009]. Последнюю позицию подтверждает недавний метаанализ [Bora et al., 2009]. Это подтверждается еще одним исследованием, которое показывает, что все три группы отличаются худшими результатами по сравнению с непсихотическим вариантом БАР, но не различаются между собой [Simonsen et al., 2011]. Авторами исследования делается вывод, что именно история психотических приступов определяет тяжесть нейрокогнитивных нарушений.

Исследователи говорят также о наличии нейрокогнитивных симптомов у больных депрессией с психотическими симптомами [Sweeney, Kmiec, Kupfer, 2000]. Более того, предлагаются разные гипотезы когнитивных нарушений при аффективных психозах. Сторонники так называемой «диффузной» предполагают, что пациенты с депрессивным расстройством страдают от глобального или диффузного когнитивного снижения [Landro, Stiles, Sletvold, 2001]. Гипотеза специфического когнитивного снижения заключается в предположении о наличии при депрессивных расстройствах снижения специфических когнитивных параметров, преимущественно исполнительной функции и памяти [Austin, Mitchell, Goodwin, 2001]. Согласно третьей гипотезе, пациенты с большой депрессией испытывают когнитивные затруднения при выполнении заданий, требующих когнитивных усилий, тогда как при выполнении автоматических задач когнитивного снижения у них не выявляется [Hammen, Lund, Hugdahl, 2003]. Эти данные согласуются с результатами исследований нарушений когнитивных функций у больных с хронической резистентной депрессией [Пуговкина, 2006]. На основе специально разработанного методического комплекса удалось показать, что у пациентов страдают в первую

очередь процессы саморегуляции — снижается способность к использованию средств самоорганизации процессов деятельности при выполнении заданий на запоминание при инструкции, стимулирующей интенсификацию процесса запоминания. Нарушенной оказалась также функция внимания, которая мало подвергалась коррекции в условиях стимулирования в форме дополнительной экспертной мотивации.

Тренинг когнитивных навыков

Множественные нарушения когнитивных процессов выступили в качестве основных мишеней коррекционной работы уже в первых программах психологической коррекции для пациентов с шизофренией. Технологии помощи строились на основе ранее доказавших свою эффективность программ нейропсихологической коррекции когнитивных дефицитов для пациентов с органическими повреждениями мозга различной этиологии. Рассмотрим наиболее известные программы такого типа.

«**Cognitive remediation therapy (CRT)**», ориентированная на преодоление нарушений процессов переработки информации [Green, 1993; Bellack et al., 1999], содержала упражнения для тренировки памяти, внимания, «исполнительских функций». Соблюдались принципы эффективного обучения путем модульной организации упражнений, постепенного усложнения заданий, приемов для закрепления достигнутых положительных изменений функций и генерализации эффекта, что обеспечило доказанную успешность программы [Wykes, Gaag, 2001; Wykes et al., 1999, 2003]. В дальнейшем число «тренируемых» параметров возросло, были добавлены такие, как «когнитивная гибкость», оперативная память, способность к произвольному планированию и контролю [Delahunty et al., 2002; Reeder et al., 2004]. Наиболее эффективными являются варианты программ, обучающие стратегиям решения сложных когнитивных задач, а не ограничивающиеся тренировкой отдельных когнитивных операций [Medalia, Saperstein, 2013].

В числе программ тренинга когнитивных навыков с доказанной эффективностью можно назвать: «**Cognitive Enhancement Therapy (CET)**» [Eack et al., 2009], «**Neurocognitive Enhancement Therapy (NET)**» [Bell, Bryson, Wexler, 2003; McGurk, Mueser, Pascaris, 2005].

Уже при разработке тренингов данного типа авторы отметили важность мотивационного компонента: наличия у больных осознанного стремления улучшить состояние своих когнитивных функций. Прицельно этот фактор учитывался в программе «**Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation — (NEAR)**», о которой будет сказано ниже. Программа использует компьютерные игры, красочные, содержащие проблемные си-

туации, требующие решения и предполагающие обратную связь [Medalia, Revheim, Casey, 2001]. В систематических исследованиях удалось продемонстрировать, что эффекты программ зависят не только от клинических характеристик пациентов, но и от мотивации больных (к улучшению собственных функций), от правильной организации обучающих программ, способствующей комфорту процесса, и, конечно, от квалификации терапевтов [Medalia, Richardson, 2005].

В последние годы специалисты продолжают совершенствовать программы, расширяя спектр используемых методов и приемов, обосновывая общие принципы проведения когнитивной коррекционной работы. Программы этого типа признаны хорошо сочетающимися с тренингами других навыков. Они легко интегрируются в масштабные реабилитационные программы, включающие также индивидуальные психотерапевтические сессии, трудотерапию и психосоциальные интервенции. При проведении когнитивных тренингов рекомендуется исключать пациентов с выраженной продуктивной симптоматикой, опираться на индивидуализированный подход — тренировать те навыки, которые более всего страдают у конкретного больного [Wykes et al., 2011]. Концепция тренинга когнитивных навыков продолжает развиваться на базе новых данных в области современной когнитивной психологии и нейронауки.

1.2. Нарушения социального познания как мишень психологической коррекции при расстройствах шизофренического спектра

Изучение нарушений СП началось с описания *дефицитов и искажений восприятия лицевой экспрессии, эмоций других людей*. Центральное понятие этого направления — социальная перцепция лицевой экспрессии или «эмоциональный процессинг» [Курек, 1986, 1988; Гаранян, 1986; Gessler et al., 1989; Kerr, Neale, 1993; Penn, Combs et al., 2000; Penn, Corrigan, 2001; Hooker, Park, 2002; др.].

В многочисленных исследованиях зафиксированы также затруднения в понимании больными шизофренией ситуаций социального взаимодействия, факты неумения предвидеть развитие взаимодействия, дефицит необходимых для прогнозирования развития ситуации сценариев, несформированность поведенческих навыков разрешения сложных социальных ситуаций [Елигулашвили, 1982; Хломов, 1984; Corrigan, Green, 1993; Corrigan, Addis 1995; Addington, Addington, 1998; Moritz, Woodward, 2005]. Центральные понятия здесь — *ситуация социального взаимодействия, социальное прогно-*

зирование, социальные навыки, коммуникативные навыки, коммуникативная компетентность.

В поисках механизмов нарушений СП при шизофрении западные исследователи привлекли ряд концептов, построенных на оригинальных методологических основаниях и призванных отразить процесс создания внутренних представлений о другом человеке и его внутреннем мире при взаимодействии с ним. Центральным понятием здесь является так называемая «*theory of mind*», переводимая как «*модель психического*» или «*внутренняя модель сознания другого*» и трактуемая как способность субъекта понимать психическое состояние других людей, равно как и собственное. Исследования с использованием данного и близких концептов («*mental state attribution*», «*taking the intentional stance*», «*mentalizing*», «*reflexive awareness*») существенно обогатили представления о шизофрении и смежных расстройствах, в первую очередь, о раннем детском аутизме [Baron-Cohen et al., 1987–2005; Frith et al., 1994, 2000; Brüne, 2005; др.]. С позиций данного подхода при шизофрении, шизоаффективном расстройстве и аутистических расстройствах страдают репрезентации умственных состояний, или «*метарепрезентации*», касающиеся распознавания и отслеживания как собственных психических состояний человека, так и намерений, мыслей, убеждений, которые он приписывает другим. В отечественной литературе подобные исследования также представлены [Сергиенко, Лебедева, Прусакова, 2009; Гурович, Папсуев, Миняйчева, 2014; Холмогорова, Москачева, Рычкова с соавт., 2015; др.].

Исследования, направленные на констатацию нарушений СП у больных шизоаффективным расстройством, немногочисленны. Часть из них не зафиксировали различий в уровне выполнения заданий на СП между пациентами с ШАР и с шизофренией, часть же отмечают лучшие показатели у больных ШАР. Подобные противоречия мотивировали исследователей на дальнейшее изучение вопроса, и в более поздних исследованиях показана меньшая сохранность у больных шизофренией по сравнению с шизоаффективным расстройством способности к различению психических состояний, включая эмоции, — на материале известного теста «Глаза» [Холмогорова, Москачева, Рычкова, 2015; Холмогорова, Рычкова, 2016; Chen, 2011]. При этом, однако, результаты больных с ШАР были значимо ниже по сравнению со здоровым контролем. Также показано, что больные с шизоаффективным расстройством демонстрируют лучшие результаты по тестам «*Hinting task*» (теория психического) и «*Экман-60*» (распознавание эмоций) в сравнении с больными хронической формой шизофрении и перенесшими первый психотический эпизод [Гурович с соавт., 2014]. Наиболее сниженной способностью к

ментализации оказалась у больных хронической формой шизофренией (при этом различий по стилю атрибуции между группами установлено не было).

Помимо способности распознавать эмоции, о которой сказано выше, имеются данные о нарушениях при шизофрении способности осознать и учитывать эмоции при построении взаимодействия. Эти способности нашли отражение в понятии **эмоциональный интеллект** [Люсин, Ушаков, 2004; Salovey, Mayer, 1990; Bar-On, 1997, 2006], также вызвавшим интерес клиницистов и практиков. В структуре этого вида интеллекта выделяют несколько частных к распознаванию эмоций и регуляции эмоционального состояния блоков, а ценность подхода состоит в том, что он позволяет структурировать сложную область психологических феноменов, представленную эмоциями, чувствами. Исследования эмоционального интеллекта и его нарушений при психопатологических состояниях в последние годы ведутся все более активно, в том числе при расстройствах шизофренического спектра [Плужников, 2010; Kee et al., 2009; др.].

Но особенно широкое распространение для описания сложной феноменологии нарушений социального познания и социального функционирования у больных шизофренией получил концепт **«social cognition»** — **«социальная когниция»** [Fiske et al., 1992–2007; Bentall, Kinderman, 1999; Mazza et al., 2001; Penn, Corrigan, 1997–2000; др.], под «зонтик» которого собираются самые разные нарушения СП. Определяемая по-разному в зависимости от степени обобщенности, глубины, детализированности описаний и включаемых эмпирических феноменов, «социальная когниция» стала предметом исследований как психологов, так и клиницистов. В рамках понятия «социальная когниция» интегрируются различные дефициты социального познания [Penn, Corrigan, 2001; Penn et al., 1997].

Среди понятий, важных в контексте исследований СП, следует упомянуть следующие: **автобиографическая память** (см. выше, а также см. раздел 2) [Wood, Brewin, McLeod, 2006; Blair et al., 2008; Morise, Borna, Danion, 2011; др.]; особые речевые нарушения, именуемые **«прагматика речи»** (т. е. речь для коммуникации) [Prutting, Kirchner, 1987; Langdon et al., 2002; Meilijson et al., 2004; Bazin et al., 2004]; **«макиавеллизм»** как особая способность манипулировать окружающими людьми для достижения своих целей [Sullivan, Allen, 1999; Mazza et al., 2003]; **каузальная атрибуция** (стиль приписывания причинности событий, искажения атрибуции могут быть использованы для объяснения механизмов бредаобразования); искажение, получившее название **«jumping to conclusions»** или **«прыжок к выводу»** (склонность делать поспешные выводы на основе субъективных допущений, не подвергая их логической или иной проверке).

В отечественной патопсихологии сложилась оригинальная традиция экспериментальных исследований **коммуникативной направленности и рефлексивной регуляции мышления**. Эти исследования позволили выявить сниженную направленность мышления больных шизофренией на социально значимые аспекты ситуации. Она может лежать в основе их трудностей занять позицию другого человека и использовать общий культурный опыт в процессе решения задач и коммуникации с людьми [Щербакова с соавт., 1982; Елигулашвили, 1982; Холмогорова, 1983; Хломов, 1984; Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Зейгарник, 1986, 1989; Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Критская, Мелешко, 2015; др.].

Перечисленные понятия и основанные на них направления исследований недостаточно соотносятся друг с другом, что порождает трудности в построении интегрирующих различные данные тренинговых программ. Тем не менее, по мере того, как развивались представления о нарушениях СП при расстройствах шизофренического спектра, создавались и совершенствовались тренинги, позволяющие компенсировать квалифицируемые нарушения. В настоящее время этот вид тренингов можно уверенно определить как основной для пациентов с расстройствами шизофренического спектра (по крайней мере, в западных странах).

Прежде чем назвать некоторые программы, ориентированные на компенсацию дефицитов СП, отметим, что им предшествовали тренинги, обращенные более к внешней стороне СП — социальному поведению больных с расстройствами шизофренического спектра. Здесь главной технологией был **тренинг социальных навыков** («social skills training»), который в классическом варианте представляет собой структурированную обучающую программу, направленную на совершенствование широкого набора навыков социального поведения.

На начальных этапах развития этого направления психологической помощи для больных шизофренией предлагались разные варианты программ: **тренинг управления стрессом** — «**stress management training**» [Meichenbaum, Cameron, 1973], развитие совладающего со стрессом поведения [Bradshaw, 1996; Tarrrier et al., 1998], **тренинг уверенного поведения** — «**assertiveness training**» [Degleris et al., 2008], **тренинг частных коммуникативных навыков** — «**communication skills training**» [Wallace, 1984; Smith et al., 1996; Liberman et al., 1989], **тренинг проблемно-разрешающего поведения** — «**problem solving skills**» [Liberman et al., 1986]. Далее разработчики тренингов стали добавлять частные навыки, необходимые для жизнеустройства больных. Предлагались тренировки навыков поиска работы, собеседования при приеме на работу, трудоустройства, пребывания в рабочем коллекти-

ве, навыки индивидуального и независимого проживания [Nicol et al., 2000; Практикум по психосоциальному лечению ..., 2002]. Многочисленные варианты программ, состоящих из различных блоков, komponуемых по запросу пациента, прагматически ориентированных, нашли широкое применение в психосоциальной работе.

Тренинги, направленные на компенсацию дефицитов СП

Позже пришел черед тренинговых программ, методологической основой которых стали именно идеи о нарушениях СП, как определяющих собственно поведенческие трудности. В рамках данного направления создаются, апробируются, обосновываются программы тренинга коммуникативных и социальных навыков для больных с расстройствами шизофренического спектра, доказавшие свою эффективность [Гурович, Шмуклер, 2004; Холмогорова с соавт., 2007; Wallace, 1984, 1992; Tarrrier, 1989; Lieberman, Eckman, 1989; др.].

Специализированный тренинг распознавания эмоций — «**Training of affect recognition (TAR)**» [Wölwer et al., 2005] предлагается проводить в небольших по числу участников группах (например, один терапевт работает с двумя пациентами), в условиях стационара и/или при амбулаторном ведении пациентов. Оптимальна работа с пациентами без значительной активной психопатологической симптоматики, сессиями по 45 минут каждая два и более раз в неделю, общим числом 12 сессий. Активно используются компьютерные технологии, позволяющие как оценивать состояние способности пациента к распознаванию различных эмоций, так и тренировать эту способность (подробнее см. раздел 3).

Данные эмпирической проверки эффектов рассматриваемого варианта тренингов свидетельствуют не только об улучшении способности больных шизофренией распознавать эмоции, но и о генерализации достигнутого эффекта, с постепенным улучшением показателей по другим параметрам СП, таким, как «модель психического», социальная компетентность и социальное функционирование в целом [Wölwer, Frommann, 2011]. Эффекты проведения подобных тренинговых программ подтверждаются при использовании технологий современной нейронауки [Popova et al., 2014].

Специализированная программа когнитивно-бихевиорального тренинга социальных навыков — «**Cognitive-behavioral social skills training — CBSST**» предложена для пациентов с серьезными психическими расстройствами (включая шизофрению) в возрасте второй половины жизни [McQuaid et al., 2000]. CBSST учитывает дополнительное сопротивление совершенствованию навыков социального познания и поведения у таких больных вследствие

утраты обучаемости, гибкости, приспособляемости, а также предубеждения в отношении психотерапии и разочарование в возможностях изменения своего состояния, связанных с возрастом, длительным лечением и другими факторами (госпитализм, патологические привычки, лишний вес, ухудшение физического состояния и др.). Программа предполагает развитие поведенческих навыков, требуемых для решения повседневных проблем, и способности к саморегуляции, и в том числе — собственного состояния. Последнее достигается через формирование умений анализировать свое состояние, правильно его оценивать, обнаруживать сигналы приближающегося обострения, определяя угрозу рецидива заболевания; также включает обучение технологиям совладания со стабильными резидуальными симптомами, поддержания приверженности психофармакотерапии, мнестические техники для организации приема медикаментов, оптимизацию контакта больного со специалистами. CBSST относится к краткосрочным интервенциям, укладывается в 12 еженедельных сессий и состоит из ряда относительно независимых психообразовательных модулей, что позволяет компоновать программу с учетом запросов и нужд конкретного больного.

«**Social Cognition and Interaction Training — SCIT**», или тренинг СП и межличностного взаимодействия — это высоко специализированная программа, созданная группой канадских ученых под руководством P.W. Corrigan и D.L. Penn, ставших признанными авторитетами в области нарушений социального познания при шизофрении [Social Cognition and Schizophrenia, 2001; Penn et al., 2007]. Интервенции, адресованные больным шизофренией, включая пациентов с симптоматикой параноидного круга, нацелены на компенсацию нарушений восприятия эмоций, сложных социальных ситуаций, дефицитов «модели психического», работу с искаженным атрибутивным стилем, на достижение у пациентов большей гибкости при восприятии социально-релевантных стимулов. Сессии групповые, длительностью около часа, до трех раз в неделю, общим числом в пределах 20. Создатели полагают необходимым обучение пациентов правильному опознанию эмоций другого человека, опираясь на собственный опыт переживаний больного и развивая навыки распознавания невербальных признаков эмоционального состояния.

Параллельно решается задача изменения стиля приписывания причинности событий (каузальной атрибуции), присущего пациентам, в том числе, присущей им склонности делать поспешные выводы на основе субъективных допущений, не подвергая их логической или иной проверке [Social Cognition and Schizophrenia, 2001]. Важной целью является интеграция получаемого в ходе занятий знания и новых навыков в повседневный опыт пациента, для чего проводятся отдельные сессии на заключительном этапе терапии. Оцен-

ка эффективности программы свидетельствует об улучшении всех показателей социального познания у больных с расстройствами шизофренического спектра после ее проведения [Combs et al., 2007; Kurtz, Richardson, 2012].

«**Social cognition enhancement training — SCET**» ориентирован на улучшение социального функционирования больных (предпочтительно без психотической симптоматики и коморбидных наркологических заболеваний) [Choi, Kwon, 2006]. В ходе занятий по 90 минут каждое, два раза в неделю, общим числом 36, пациенты обучаются правильно оценивать социальные ситуации, понимать намерения и состояния других людей («модель психического»), перспективы актуального взаимодействия. Здесь также использован принцип постепенного усложнения заданий, и весь курс разделен на три уровня: элементарный, средний и высокий. В качестве материала используются оригинальные компьютерные программы на основе мультипликации, где задача опознания эмоций или понимания намерения персонажа решается в контексте конкретной социальной ситуации, а участники могут обсудить возникшие у них версии и варианты стратегического разрешения сложных социальных ситуаций. Поскольку данный вид коррекционной работы возник недавно и только внедряется в практику, оценки его эффективности носят предварительный характер [Nahum et al., 2014].

«**Metacognitive training — МСТ**» [Moritz, Woodward, 2007] через последовательное психообразование пациентов дает им представления об основных закономерностях искажений восприятия социально-релевантной информации (психообразование проводится с использованием многочисленных примеров подобных искажений). Следующий шаг — доказательство негативных последствий подобных логических ошибок и предубеждений. Работа проводится в группе, где есть возможность использования примеров из личного опыта больных, причем очень важна атмосфера — игровая и позитивная. В этом случае работают техники мягкого оспаривания неадекватных решений, без прямой критики, на которую больные могут реагировать отстранением.

Создатели программы МСТ опирались на современные данные о специфических нарушениях социального познания при расстройствах шизофренического спектра, что позволяет им позиционировать метод как патогенетический, наиболее приближенный к специфическим дефицитам пациентов данной клинической группы. В числе используемых для построения интервенций данных названы все нарушения социального познания, приведенные нами выше в главе 1.2, а также представления об изменениях личности и самоидентичности больных, их самосознания. Оценки эффективности программы, полученные в разных странах, выглядят оптимистично [Kumar et al., 2010; Moritz, Woodward, 2007]. Подчеркивается, что указанный вариант пси-

хотерапии можно сочетать с другими, в том числе с индивидуализированными программами [Moritz et al., 2010].

Многочисленные исследования свидетельствуют, что в структуре различных нарушений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра имеют место взаимосвязи и взаимовлияния. Социальное функционирование больных связано с дефицитами СП и с более широкими когнитивными дисфункциями, дефектами регуляторных способностей, личностными аспектами, такими, как эмоции, мотивация. Важно и то, что установленные при шизофрении нарушения социального восприятия, коммуникативной направленности мышления, атрибутивного стиля приводят к постоянному социальному дистрессу из-за общей неадекватности поведения.

Так, например, неуспех в социальном взаимодействии больные с параноидной симптоматикой чаще атрибутируют недоброжелательности других людей, что не создает предпосылок для изменения собственного поведения больного в сторону большей его адаптивности, а поэтому стабилизирует поведенческие девиации. В результате специализированного тренинга социального восприятия в сочетании с когнитивным тренингом у пациентов появляется шанс изменить привычные стратегии атрибуции и ригидные паттерны реагирования. Больные научаются интерпретировать свои прошлые неудачи как результат неумения адекватно вести себя, правильно воспринимать, предвидеть и исправлять собственные ошибки, и у них постепенно повышается мотивация для компенсации соответствующих дефицитов. Неудивительно, что в число хорошо себя зарекомендовавших для психологической помощи больным с расстройствами шизофренического спектра вошли программы интегративного типа, то есть те, что включают тренинг как когнитивных функций, так и навыков из области социального познания. Ранее мы уже писали о таких программах подробно [Холмогорова, Рычкова, 2016], поэтому здесь только перечислим их.

Первая комплексная программа создана швейцарскими специалистами и определена как «**Integratives Psychologisches Therapieprogramm (IPT)**» [Brenner et al., 1992; Roder et al., 2006]. Тренинг планируется на основе идеи об иерархии способностей: простые когнитивные навыки есть фундамент, над которым надстраиваются более сложные процессы СП, и уже на его основе строится сложное межличностное поведение. СП рассматривается в этой программе как медиатор между нейрокогнитивными нарушениями и социальным функционированием больных, а дефицитарные навыки пациентов восстанавливаются поэтапно, снизу вверх, в процессе реализации пяти ступеней программы («когнитивная дифференциация», «социальное восприятие», «вербальная коммуникация», «социальные навыки», «стратегии решения

межличностных проблем»). Входящие в подпрограммы специальные упражнения градуированы по сложности, а их выполнение может быть сразу оценено. Детально разработанные авторами правила ведения группы стали залогом успеха и популярности программ [Addington, Saeedi, Addington, 2006; Green, Kern, Heaton, 2004; Roder et al., 2006].

На основе описанной программы IPT была создана интегративная программа — **тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН)** у больных шизофренией [Холмогорова с соавт, 2007], дополненная представлениями, разработанными в Московской школе клинической психологии (о нарушениях произвольной регуляции когнитивных функций, коммуникативной направленности мышления, интеллектуальной и социальной ангедонии у данной категории больных). К интегративным программам тренировки как когнитивных, так и социальных навыков можно отнести еще ряд программ [например, Исаева, Лебедева, 2008].

1.3. Работа с продуктивными симптомами в индивидуальной психотерапии больных шизофренией

История развития индивидуальной психотерапии шизофрении связана с психоаналитической традицией, где требование глубокого понимания внутреннего опыта больного предполагает возможность интерпретации психотических переживаний. В качестве важных целей психотерапии Фромм-Райхманн (1954), Хилл (1957), Салливан (1962) выделяли фрагментарный образ Я пациента и нарушения межличностного взаимодействия. В первую очередь решалась задача построения удовлетворительного контакта с больным как условия эффективной психотерапии и возможности получения им опыта близких отношений, имеющего особое, «коррекционное» значение.

Несмотря на то что исследования эффективности психоаналитической психотерапии для пациентов с психозами не дали удовлетворительных результатов [Gunderson et al., 1984; Drake, Sederer, 1986], клинические данные свидетельствовали о некотором улучшении критичности к своему состоянию и меньшей степени выраженности негативных симптомов у тех больных, которые проходили психотерапию у опытных специалистов [Glass et al., 1989; Gunderson et al., 1984].

Кроме того, психоаналитические изыскания дали импульс такому направлению индивидуальной психотерапии, как когнитивная. А. Бек уже в 1952 г. предлагал использовать для работы с параноидным бредом приемы конфронтации, исследования симптома и мягкого оспаривания (Beck, 1952).

Индивидуальная когнитивно-бихевиоральная психотерапия пациентов, больных шизофренией, — «Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis — СВТр» оформилась в важное направление работы лишь в последнее десятилетие XX в. Главной целью этого вида психотерапии стала помощь пациентам с психотическими расстройствами (в первую очередь — с шизофренией) в преодолении продуктивных симптомов.

Когнитивная психотерапия А. Бека расширила представления о роли и функции симптома, что оказалось полезным для понимания генеза психотической симптоматики. Анализ индивидуальных случаев позволяет объяснить часть симптомов как выполняющих некоторую психологическую функцию, например, ухода от неудовлетворяющей реальности, повышения и/или поддержания самооценки, оправдания негативных чувств или неуспеха, избегания неприятных контактов и многие иные. Опираясь на теорию каузальной атрибуции, на анализ системы убеждений больных шизофренией, исследователи и психотерапевты пришли к пониманию особой чувствительности пациентов к материалу, представляющему опасность для их самооценки и самоуважения [Bentall et al., 1989–1999]. Так, пациенты с шизофренией предпочитают использовать интернальные атрибуции для оценки позитивных результатов и экстернальные, внешне обвиняющие — для негативных [Bentall et al., 1991; Kinderman, Bentall, 1996; др.]; такой тип приписываний непосредственно связан с паранойяльной установкой и причастен к генезу бредовых убеждений [Social Cognition and Schizophrenia, 2001].

В ходе работы психотерапевт опирается на использование традиционных для когнитивной психотерапии техник перестройки дисфункциональных убеждений пациента о себе, других людях и значимых аспектах социальной жизни. Позже к теоретическим основаниям психотерапии больных шизофренией добавились эмпирически верифицированные теория стресса и копинга, нарушений социального познания, дефицитов идентичности и образа Я больных. На сегодняшний день СВТр признается эффективной для уменьшения позитивных симптомов шизофрении, но особенно — для преодоления типичной для этих больных постпсихотической депрессии [Tarrier, Wykes, 2004; Turner et al., 2014]. И хотя критические мнения о СВТр также встречаются [McKenna, Kingdon, 2014], в целом этот вид терапии получает все более широкое распространение.

Вариантом индивидуальной психотерапии является «**Personal therapy for schizophrenia — РТ**», целью которой определена идентификация существующих в жизни пациента стрессовых влияний, с последующим изменением восприятия стрессоров и превенцией рецидивов заболевания [Hogarty et al., 1995]. РТ пригодна для пациентов, ранее перенесших приступ психоза

(или несколько приступов) и находящихся в ремиссии. Создатели программы акцентируют важность достижения удовлетворительной социальной адаптации больных и большую роль фактора социальной поддержки для их благополучия. На начальном этапе терапии решается задача установления прочного альянса, а затем пациенту предлагается в доступной форме психобразовательный блок, дающий представление о том, что с ним происходит, каковы признаки заболевания, его варианты, что значит переживание стресса, и каковы способы копинга со стрессом.

Затем, на фоне ремиссии, пациента обучают навыкам совладания с сохраняющимися симптомами (негативными, аффективными) и развивают навыки, необходимые для социальной жизни, поддержания отношений с близкими (терапия могут дополнить также групповые тренинги социальных навыков, навыков уверенного поведения), и навыки саморегуляции (в том числе, релаксации). На завершающей фазе РТ отработывают сложные варианты социального поведения (нужные для разрешения конфликтов, решения проблемных ситуаций), а при возможности восстанавливают профессиональные навыки больного, делая последнего все более самостоятельным в достижении восстановления.

Один из авторитетных разработчиков когнитивно-бихевиоральной психотерапии психозов П.Чадвик предложил ориентированную на личность когнитивную психотерапию преодоления стресса — «**Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis — PBCT**» [Chadwick, 2006]. Следуя идеям клиент-центрированной психотерапии и когнитивно-бихевиоральной терапии, автор предлагает уделять внимание образу Я пациента, имеющимся у него когнитивным схемам и убеждениям, а также развивать навыки рефлексии (или метакогниции), осознанности («Mindfulness»). Автор использует представления Л.С. Выготского о «зоне ближайшего развития», полагая, что оптимизация (по уровню) и детализация представлений о собственной личности в ходе терапии позволяет пациентам отказаться от негативной и дисфункциональной Я-концепции, интегрировать во внутренний мир опыт психотических переживаний, научиться понимать смысл симптома и справляться с эскалацией симптоматики возможно более успешным образом.

Еще одна прошедшая проверку на эффективность программа определена как «**Functional cognitive-behavioral therapy — fCBT**», то есть функциональная когнитивно-бихевиоральная терапия. fCBT определена как «краткосрочная индивидуализированная психотерапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра, направленная на преодоление остаточных симптомов, препятствующих функционированию больных, особенно — социальному»; программа отражает тенденцию к созданию все более технологич-

ных, мишене-ориентированных и краткосрочных интервенций [Penn et al., 2004; Cather, 2005]. Частота сессий — 16 еженедельных, и на завершающем этапе — 4 сессии каждые две недели. Фокусы лечения в начальный период обычные — установление контакта и его поддержание. Однако в дальнейшем предлагается осуществлять прицельные интервенции для преодоления установок, барьеров, которые препятствуют коммуникациям пациента, включая симптомы бреда, нарушения восприятия, малоадаптивные копинг-стратегии (избегания, уклонения от контактов, пассивности, иные). Предписывается высокая активность психотерапевта при проведении психообразования пациента и/или планировании мероприятий по улучшению социального функционирования. Данные об эффективности обнадеживающие, хотя исследователи признают необходимость дальнейшего совершенствования техник [Cather et al., 2005].

Такой аспект психотерапевтической работы в рамках КБТ, как преодоление продуктивной симптоматики у больных с расстройствами шизофренического спектра, слабо освещен в отечественной литературе [Холмогорова с соавт., 2007, 2012; Туркинготон с соавт., 2011], но обширно представлен в зарубежной [Tarrier, 1991; McGorry, 1992; Deegan, 1997; Tarrier, Wykes, 2004; Perivoliotis, Cather, 2009; др.]. По мнению западных специалистов, при обращении к глубинным убеждениям пациентов удается переработать опыт психотических переживаний, оценить бредовые убеждения, найти альтернативные объяснения событий и тем самым уменьшить интенсивность галлюцинаторной и бредовой продукции. Высоко значимой мишенью воздействия признана работа с депрессивной симптоматикой перенесших психоз лиц, с преодолением часто отмечаемых у них явлений самостигматизации, уменьшение выраженности переживаемого пациентами стресса. Поскольку очевидна важность психофармакотерапии больных с психозами, содействие психотерапевта комплаентности пациентов также следует считать важной мишенью в психотерапевтической работе [Kemp et al., 1996, 1998; Turkington et al., 2006].

В обзорной статье испанских специалистов, посвященной новым разработкам в области КБТ для больных шизофренией [Giráldez et al., 2011], указан целый ряд мишеней, обязательных для продуктивного психотерапевтического ведения таких больных. Перечислим вслед за авторами статьи эти мишени, обозначая специфику реализации каждой из них для больных с психотическими расстройствами.

Во-первых, это формирование отношений сотрудничества с психотерапевтом, и затраты времени и усилий здесь заметно большие в сравнении с пациентами иных клинических групп. Способом достижения удовлетвори-

тельного терапевтического альянса становятся поддерживающие отношения, достигаемые путем создания обстановки безопасности, заинтересованности, при обязательной оценке роли продуктивных симптомов в коммуникативных затруднениях больных. Тщательная оценка состояния больного, имеющихся позитивных и негативных симптомов, их взаимовлияния, выделение сохраненных аспектов психики и ресурсов обеспечивает комплексную оценку состояния, успешность планирования и проведения интервенций.

На начальном этапе работы обязательно решение задачи дестигматизации, вселение в больного уверенности в способности справляться с заболеванием и стрессами повседневной жизни и формирование образа психотерапевта как союзника в достижении удовлетворительной адаптации. Как правило, приходится изменять дезадаптивные убеждения пациента, например, относящиеся к его представлениям о себе, своем заболевании и перспективах (обычно пессимистичные, катастрофичные, сопряженные с депрессивными, тяжелыми эмоциональными переживаниями, чувствами отчаяния, стыда, вины и т.д.).

Следующим шагом в терапии (и мишенью воздействия) является изменение поведенческих привычек пациента. Особое значение имеют привычки, оказывающие негативное влияние на психическое состояние и адаптацию пациента к социуму (такие, как нарушение режима сна-бодрствования, паттерны избегания активности, общения, отношений, отказ от попыток контроля собственных импульсов и иные). Привычные поведенческие паттерны должны быть оценены с клинической позиции — как проявления ухудшения психического состояния, сопутствующей депрессии, как недостаточность саморегуляции и/или контроля импульсов. Также должна быть оценена их роль в эскалации других симптомов психического расстройства. Для каждого неадаптивного поведенческого проявления прорабатывается стратегия его оптимизации. Пациента обучают релаксации, новым привычкам, связанным с режимом сна-бодрствования, приемам активации и самоободрения, контроля импульсов и т.д.

По прохождении перечисленных этапов настает момент изменения базовых убеждений больного, причем тактика прямой конфронтации здесь очевидно непродуктивна. Пациентам с психотическими расстройствами присущ чрезвычайно высокий уровень сопротивления изменениям, и «лобовая» интервенция может скорее закрепить, усилить патологические убеждения и суждения (например, бредовые). Достижение эффекта через допущение возможности альтернативного объяснения событий — уже неплохой терапевтический результат. Рекомендуемая тактика — приемы анализа симптомов, прояснения, поиска альтернативных объяснений, мяг-

кого оспаривания; причем темой для сократического диалога являются не убеждение больного, но, скорее, данные, на которых это убеждение основано. При сохранении поддерживающего отношения и отказе от критики, при содействии поиску самим пациентом альтернативных объяснений, удастся поколебать пациента в его убеждениях, развенчать их или, по крайней мере, смягчить уверенность в правомерности единственного принятого больным объяснения событий.

В рамках психотерапии проводится анализ имеющихся нарушений мышления, вклада аффективных переживаний в дезорганизацию мышления с поиском источников сверхсильных эмоций, не позволяющих рассуждать рационально. При необходимости пациенту предлагается программа улучшения навыков саморегуляции эмоционального состояния.

Отдельным блоком, сопоставимым по значимости с перечисленными, является работа по поддержанию (или формированию) комплаентности больного в проводимой психофармакотерапии и психотерапии. Анализируются препятствующие комплаентности установки и убеждения, страхи, относящиеся к терапии, ее побочным эффектам, предубеждения, вызванные финансовыми затратами на лечение, реакциями членов семьи и окружающих. Нередко выясняется, что больные используют непригодные, дезадаптивные стратегии, наиболее часто — употребление психоактивных веществ, особенно алкоголя, для преодоления испытываемого хронического психического дискомфорта («самомедикация» или «самолечение»). Такого рода пагубные привычки обязательно задают отдельные мишени для интервенций: преодоление патологических стратегий совладания с психическим дискомфортом становится важной частью психотерапевтической программы. И, наконец, на завершающем этапе психотерапии формируются необходимые для профилактики рецидива навыки (равно как и навыки скорейшего обращения за профессиональной помощью в случае эскалации симптоматики). Генеральной линией профилактики становятся новые стратегии совладания с повседневными, в том числе социальными по природе, стрессами.

Оценка эффективности описанных психотерапевтических программ неоднократно становилась задачей исследований. В литературе представлены данные об уменьшении выраженности негативной симптоматики при использовании КБТ, об улучшении качества жизни больных [Rector, Beck, 2001]. Данные об эффективности КБТ подтверждены многочисленными мета-обзорами [Pilling et al., 2002; Rector, Beck, 2001; Tarrier, Wykes, 2004]. Доказан положительный эффект интервенций при шизофрении в виде уменьшения интенсивности слуховых галлюцинаций [Kreyenbuhl et al., 2009; van der Gaag et al., 2014] и других психотических симптомов [Burns, Erickson, Brenner,

2014], именно поэтому КБТ шизофрении недавно вошла в национальные стандарты клинической практики ряда стран [National Institute for Health ..., 2014].

Тем не менее, вопрос об эффективности КБТ при психозах вызывает полемику и не решается однозначно положительно. Полемика находит отражение в научной литературе [McKenna, Kingdon, 2014] и в отдельных мета-обзорах, подчеркивающих ограниченный характер достигаемых при использовании КБТ эффектов [Jauhar et al., 2014]. Важно подчеркнуть, что большая сложность оценки эффективности КБТ шизофрении связана с многообразием используемых в рамках данного направления технологий. Так, авторы одной из проблемных статей [Turkington, McKenna, 2003] подчеркивают, что дескриптор «когнитивно-бихевиоральная терапия» является «довольно неопределенным ярлыком», обозначающим весьма разные виды интервенций: от нескольких сессий психообразовательной программы, предпринятых для поддержки группы пациентов с начавшимся заболеванием, до длительной работы в индивидуальном формате, имеющей целью ослабление активной психопатологической симптоматики и радикальное изменение структуры базовых когнитивных схем пациента.

По образному выражению австралийского клинического психолога Н. Томаса, «разнообразие методов рождает ассоциацию со шведским столом», когда каждый психотерапевт, работая с конкретным пациентом, использует разный набор средств [Thomas, 2015]. Понятно, что даже при совершенно грамотном, адекватном потребностям и запросам конкретного пациента подборе техник, в подобной ситуации достичь унификации психотерапевтических программ и, соответственно, сопоставимости данных при оценке эффективности интервенций, достаточно сложно.

Развитие техник КБТ для работы с расстройствами шизофренического спектра продолжается. В качестве генерального ориентира определяется повышение способности больных функционировать в социуме, а в качестве основы воздействия используются комплексные, мультимодальные, интегративные варианты интервенций. Это программы, содействующие развитию социальной компетентности, навыков общения, способности к точной оценке сложных социальных ситуаций, улучшению социального восприятия, социального познания в целом, широкого набора навыков и умений, входящих в данную область. И именно поэтому большинство современных программ в качестве теоретической основы используют те модели расстройства, которые ставят во главу угла нарушения в области СП [Lynch et al., 2010; Velligan et al., 2009; Müller, Roder, 2010; Холмогорова с соавт., 2007, 2012; др.].

1.4. Нарушения социальной мотивации и негативные симптомы у больных с расстройствами шизофренического спектра как мишени реабилитации

Феномен социальной ангедонии

Изучение способности больных шизофренией к переживанию удовольствия стали еще одним важным направлением исследований, внесшим важные изменения в представления о механизмах СП при шизофрении. Ангедония (сниженная способность к переживанию удовольствия) изначально трактовалась как включающая несколько составляющих — физическая, интеллектуальная, социальная ангедония, причем все перечисленные виды ангедонии выражены при шизофрении [Rado, 1962; Meehl, 1962; Курек, 1998]. Более поздние исследования в качестве «кардинальной», причастной к социальной изоляции больных шизофренией, стали определять социальную ангедонию [Eckblad et al., 1982; Meehl, 1990, 2001; Kring, 1999]. Не касаясь подробно истории вопроса и моделей аффективной причинности психоза, предложенных психоаналитиками [см. обзор: Холмогорова, Рычкова, 2016], отметим, что имеются обширные эмпирические данные, свидетельствующие о существенной роли социальной ангедонии в формировании шизоидных черт [Tsuang et al., 2000; Blanchard et al., 2000; Schurhoff et al., 2003]. Доказано, что социальная ангедония — один из ключевых симптомов расстройств шизофренического спектра и значимый механизм развития шизофрении [Kwapil, 1998; Schurhoff et al., 2003; Horan, Brown, Blanchard, 2007].

Б.В. Зейгарник одной из первых теоретически и эмпирически [Зейгарник, 1986] обосновывала важность мотивационных нарушений в патологии мышления при шизофрении, а позже Н.С. Курек провел экспериментально-психологические исследования ангедонии [Курек, 1996]. Н.С. Курек предложил концепцию «истинного дефицита положительных эмоций» при шизофрении, за которым видел глубокие нарушения эмоциональной и, шире, психической активности больных шизофренией. [Курек, 1999]. В проведенных в последние годы исследованиях социальная ангедония стала рассматриваться как один из механизмов нарушения СП [Рычкова, 2013; Рычкова, Холмогорова, 2016]. Было доказано, что мотивационный компонент СП в форме социальной ангедонии тесно связан с выраженностью нарушений других компонентов социального интеллекта: рефлексивного, операционального, поведенческого. Установлено влияние на социальную ангедонию клинических симптомов шизофрении (о чем свидетельствуют корреляционный, фак-

торный, регрессионный анализ), и, таким образом, социальную ангедонию у больных шизофренией можно интерпретировать как фактор, опосредующий влияние клинических симптомов на параметры социального познания, а стоящие за этим видом ангедонии нарушения мотивации общения — как играющие важную роль в дефицитарности социальных навыков и социального интеллекта при шизофрении [Рычкова, 2013].

Вклад в нарушения СП мотивационных факторов, в том числе в форме социальной ангедонии, начинает привлекать все большее внимание исследователей. Ангедония интерпретируется как значимый домен негативных расстройств, с указанием на относительную независимость (от нее) когнитивных дефицитов и негативных симптомов у пациентов с шизофренией [Strauss et al., 2013; Azorin, Belzeaux, Adida, 2014]. Указывают на важную роль сниженной социальной мотивации как опосредующей влияния нейрокогнитивных нарушений, дефицитов СП на социальное функционирование больных шизофренией [Gard et al., 2009].

Вместе с тем, определение взаимосвязей когнитивных, эмоциональных и мотивационных нарушений настолько непростая задача, что отдельные авторы готовы объявить проблему ангедонии надуманной, представляющей собой артефакт измерения. Так, при использовании нейрофизиологических методов для верификации эмоциональных переживаний у пациентов с шизофренией не найдено существенного отличия от психически здоровых лиц в отношении переживаний удовольствия в повседневной жизни; различия якобы относятся только к данным, получаемым при оценке в лабораторных условиях [Taylor et al., 2012].

Однако на практике специалисты, осуществляющие психотерапевтическое, индивидуальное лечение пациентов с шизофренией, всегда в качестве ключевого обозначали дефицит способности пациентов испытывать удовольствие от общения. Традиционно учитывается связь этой способности с возможностью компенсации других дефицитов психотерапевтами, включающими в комплексные реабилитационные программы приемы экзистенциальной направленности, музыкальной терапии, хореотерапии, арт-терапии, мимике-терапии. Находящая все новых сторонников и активно развивающаяся в последние годы концепция «recovery», или «выздоровления» от психоза, трактует такое выздоровление иначе, чем просто уменьшение степени выраженности симптомов. В рамках этой концепции признана важность восстановления (и даже повышения в сравнении с преморбидным) уровня активности пациентов, способности достигать значимых целей и смыслов, поддержание (или формирование) реалистичной позиции, преодоление не только позитивных, но и негативных симптомов психического расстройства.

Феномен ангедонии в таком контексте должен играть большую роль, так как помимо нарушения в эмоциональной сфере, в области переживаний, ангедония является одновременно и мотивационным феноменом. Восстановление личности после психоза требует существенной перестройки мотивационной сферы, формирования новых целей, смыслов, установок и в том числе преодоления (либо уменьшения) проявлений физической и социальной ангедонии, апатии, абулии, недостаточности собственной мотивации пациента [Gard et al., 2009, 2014; Silverstein, 2010]. Все указанные соображения подтверждают значимость психотерапевтической работы с мотивационной сферой пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Эффекты влияния на социальную мотивацию и социальную ангедонию тренингов когнитивных и социальных навыков

Как отмечено выше, эффективность нейрокогнитивной улучшающей терапии (CET) неоднократно оценивалась в специальных исследованиях. Как критерий эффективности использовались не только показатели собственно когнитивных способностей, но и способности к социальному функционированию больных, к решению задач повседневной жизни [Hogarty et al., 2004]. Данные, в том числе продолжительного катамнеза, свидетельствуют в пользу способности такого вида терапии производить комплексные, многомерные терапевтические эффекты: помогать больным справляться с порождаемыми заболеванием проблемами, развивать совладающие стратегии, изменять когнитивный стиль. Доказана эффективность CET в повышении социальной компетентности [Hogarty, Flesher, 1999; Spaulding et al., 1999], но особенно важно, что CET оказалась способной повышать показатели эмоционального интеллекта (был применен Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) [Eack et al., 2007].

Эффекты CET в виде повышения уровня эмоционального интеллекта оказались существенными, сохраняющимися на протяжении как минимум года после завершения программы, касались способности больных понимать собственные эмоции и управлять ими, понимать эмоциональные состояния других людей. Авторы говорят не только об обязательности проведения CET, но подчеркивают важность раннего, сразу после начала заболевания, введения интервенций — для преодоления нейротоксичности шизофрении и достижения большего эффекта, для предотвращения стабильных нарушений у больных [Sohlberg, Mateer, 2001; Harvey, Sharma, 2002; Wykes, Reeder, 2005].

Описанная выше и хорошо себя зарекомендовавшая, по данным многих эмпирических исследований, интегративная психологическая терапия —

ИРТ [Brenner et al., 1994; Spaulding et al., 1999], включающая упражнения для развития навыков когнитивной дифференциации, социальной перцепции, вербальной коммуникации, разрешения сложных межличностных ситуаций [Roder et al., 2010], представляет собой серию весьма интенсивных интервенций. Последние проводятся в групповой форме и требуют высокой познавательной активности пациентов, их включенности. Для обеспечения успешного прохождения программы разработана система приемов, способствующих поддержанию мотивации, в виде предварительного разбиения пациентов на группы в зависимости от уровня когнитивного функционирования, градуального повышения сложности задач, приемов для создания и поддержания дружественной и деловой атмосферы, с обратной связью в форме групповой дискуссии (а не формальной оценки).

Грамотное построение программы обусловило не только доказанное существенное улучшение навыков решения межличностных проблем у пациентов, эффекты преодоления нейрокогнитивного дефицита, но и более глубокое влияние на личность пациентов в виде порождения субъективных переживаний, связанных с чувством самоуважения и самоэффективности пациентов. Вследствие этого отмечается общее улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных [Zimmer et al., 2007].

Описан заметный позитивный эффект в виде снижения уровня социальной ангедонии для пациентов с шизофренией, ставших участниками тренинга рабочей памяти [Li et al., 2016]. Казалось бы, специализированный тренинг рабочей памяти не связан напрямую с задачей повышения уровня испытываемого при общении удовольствия. Однако проведение с психически здоровыми испытуемыми (с высоким уровнем социальной ангедонии) за 4 недели 20 сессий, во время которых тренировали навыки концентрации и рабочей памяти, оказало значимое влияние не только на состояние рабочей памяти (что ожидаемо), но и позволило снизить показатель социальной ангедонии. Авторы исследования предполагают, что подобные эффекты могут возникать и у пациентов с шизофренией, для которых типична высокая социальная ангедония.

Иногда авторы, исследующие взаимовлияния когнитивных и личностных (эмоциональных, мотивационных) факторов при шизофрении, используют оригинальные модели. Так, в одной из недавних публикаций, содержащей как обзор данных других ученых, так и результаты собственных исследований авторов статьи [Granholtm, Ben-Zeev, Link, 2009], использован концепт «Social Disinterest Attitudes», или установки, выражающие отсутствие социального интереса. Для измерения этих установок были взяты несколько (а именно, 15) пунктов шкалы социальной ангедонии (Revised Social Anhedonia

Scale), отражающих именно отсутствие намерений пациентов участвовать в социальных взаимодействиях. Психотерапевтическая программа «**Cognitive-Behavioral Social Skills Training — CBSST**» включала модули по работе с изменением автоматических мыслей, научением навыкам запрашивать социальную поддержку и навыкам разрешения проблем. Программа, по всем признакам, должна быть отнесена к тренингам когнитивных и социальных навыков, но полученные данные свидетельствуют о существенном ее влиянии на мотивацию к социальному взаимодействию. Авторы статьи программы указывают, что увеличение социального интереса приводит к улучшению функционирования больного в социуме, к более частым социальным взаимодействиям, причем успешным, порождающим позитивные чувства; что, в свою очередь, еще больше повышает уровень социального интереса, т.е. имеет место кольцевое взаимодействие между мотивацией и улучшением социального функционирования.

Сходные результаты получены группой авторов, использовавших в качестве предмета мишени психотерапевтического воздействия социальную тревожность у больных шизофренией [Kingsep, Nathan, Castle, 2003], которая также отвращает пациентов от взаимодействия с другими людьми. Пациенты с диагностированной шизофренией и коморбидной социальной фобией стали участниками тестирования, а затем с ними проводились 12 еженедельных групповых занятий, длительностью от двух часов. Использовались технологии психообразовательные (знакомство пациентов с физиологическими, поведенческими и когнитивными аспектами социальной тревожности), когнитивной реструктуризации, моделирования (вызывающих страх ситуаций), ролевые игры и домашние задания. В результате удалось достичь значительного улучшения показателей не только симптоматических шкал (социальной фобии, социального избегания), но и снижения уровня переживаемой пациентами депрессии, повышения их удовлетворенности жизнью и заметного улучшения клинического состояния, со снижением многих психопатологических показателей [там же].

Эффекты мероприятий, направленных прицельно на снижение ангедонии у больных с расстройствами шизофренического спектра

Разрабатывались и варианты интервенций, прицельно направленных на преодоление ангедонии. Так, израильские специалисты изучали возможность снижения уровня ангедонии и повышения так называемого «гедонистического тона» («hedonic tone») переживаний пациентов вследствие такого неожиданного варианта психотерапевтической групповой работы,

как «**Animal-assisted therapy — ААТ**», или терапия с использованием животных-ассистентов [Nathans-Barel et al., 2005]. Поскольку, по мнению создателей метода, ангедония есть один из симптомов негативной симптоматики при шизофрении и тесно связана с социальным функционированием пациентов, возможность ее снижения связывалась с повышением показателей благополучия, качества жизни и уровня социальной мотивации. Проведенное пилотажное исследование подтвердило указанные ожидания. Это позволяет разработчикам программы утверждать, что терапия с участием животных-ассистентов позволяет повысить качество жизни больных и может быть рекомендована в качестве компонента программ психосоциальной адаптации [Nathans-Barel et al., 2005].

В другом, более тщательно построенном недавнем исследовании проводился сравнительный анализ эффективности программ реабилитации для больных шизофренией с отчетливо выраженной негативной симптоматикой с использованием животных и без них [Salvo et al., 2016]. ААТ-программа (для одной из групп пациентов) стала частью более широкой реабилитационной программы, в рамках которой воздействовали на различные аспекты состояния пациентов с шизофренией: их мотивацию к участию в программе (в терминологии приверженности к терапии или «adherence»), эффекты, связанные с уровнем переживаемого пациентами стресса (причем с использованием объективной оценки в виде замера уровня кортизола), клиническое состояние. Основная полугодичная реабилитационная программа включала такие модули, как индивидуальная психотерапия, групповая терапия, программу тренировки трудовых навыков, коммуникативный тренинг и работа с семьей.

Собственно сессии психотерапии с участием животных (использовались собаки) были направлены на развитие эмоциональной связи между пациентом и животным, с разъяснением ответственности за животное, с прогулками с собакой по парку, в спокойной и комфортной обстановке и/или по городу, где возможно вступать в социальные взаимодействия с иными людьми. И, наконец, проводились сессии с обучением собаки полезным навыкам, следованию инструкции человека в ходе игры. При всей простоте процедуры терапии с участием животных, указанное рандомизированное контролируемое исследование позволило продемонстрировать, что, хотя снижение степени выраженности позитивных симптомов (использована шкала PANSS) было отмечено у пациентов в обоих видах программ, был ряд результатов, достигнутых только у пациентов, программа реабилитации которых включала ААТ. Так, у последних уменьшилось содержание кортизола, что говорит о снижении уровня переживаемого стресса. Результаты убедительно свидетельствуют о том, что включение ААТ в обширные программы психосоциальной ре-

билитации способствует повышению результативности программы в целом, а также оказывает благоприятное воздействие в виде уменьшения степени выраженности симптомов, повышает удовлетворенность качеством жизни у обследованных больных. Особенно же важным результатом стало то, что ААТ в сравнении с другими психотерапевтическими программами приводит к значительному уменьшению проявлений негативной симптоматики: апатии, социальной отстраненности, ангедонии. При этом эффекты влияния на позитивные симптомы и/или когнитивные нарушения оказались сопоставимыми с другими вариантами тренинга [Calvo et al., 2016]. Исследователи полагают также, что кроме приятности общения с самими животными, собаки явились для пациентов социальными медиаторами: позволяли инициировать и установить взаимодействие между самими пациентами, между пациентами и терапевтами, пациентами и другими людьми.

Негативные симптомы шизофрении, как правило, резистентны к психофармакотерапии, вносят вклад в хронификацию течения болезни и повышают вероятность выхода на инвалидность. Поэтому любая технология, позволяющая повлиять (пусть даже в некоторой степени) на негативные симптомы, должна приветствоваться, изучаться и внедряться (по мнению авторов статьи) [Calvo et al., 2016]. Результат подтверждается данными других авторов, указавших на повышение уровня окситоцина у пациентов с шизофренией, участвующих в группах ААТ [Beetz et al., 2012], при том, что показатели обмена окситоцина у психически больных в настоящее время активно изучаются [Zik, Roberts, 2015]. Прицельное изучение эффектов других видов психотерапии для больных шизофренией (например, когнитивно-бихевиоральной психотерапии) показало некоторое снижение уровня негативных симптомов, но не позволило описать специфические механизмы интервенций [Klingberg et al., 2011].

Нарушения социальной мотивации у больных с расстройствами шизофренического спектра как особая мишень психологической помощи

Связь социальной ангедонии (и стоящей за нею социальной мотивации) с нарушениями СП при расстройствах шизофренического спектра в ряде современных моделей объясняют недостаточностью субъективных ожиданий пациентами удовольствия от предполагаемой деятельности (антиципация удовольствия) [Kring, Saronigro, 2010; Tully, Lincoln, Hooker, 2012]. При этом в структуре ангедонии выделяется три относительно независимых компонента: 1) убеждения пациентов, отражающие недооценку ими своих позитивных переживаний (включая ретроспективную оценку или прогноз на будущее),

2) отказ от поведения, направленного на достижение удовольствия, и 3) большое число негативных эмоциональных переживаний в клинической картине состояния [Strauss, Gold, 2012]. Связанные «кольцевой причинностью», названные компоненты ведут к стабилизации имеющихся нарушений, что задает новые цели для психологических интервенций. Убеждения пациентов относительно низкой вероятности позитивных переживаний оказываются связанными с когнитивными нарушениями, такими, как нарушения памяти [Strauss, Gold, 2012]. В этом случае можно теоретически ожидать уменьшения сопутствующих ангедонии переживаний после тренинга когнитивных навыков (что действительно имеет место, о чем сказано выше).

Как уже упоминалось ранее, проблема мотивации при шизофрении с недавнего времени стала отдельным предметом изучения. Наиболее последовательно это находит отражение в публикациях Алисы Медали с соавторами [Medalia, Revheim, Herlands, 2009; Medalia, Choi, 2010], изучающей не только особенности мотивации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, но и вклад этих особенностей в процесс коррекционной работы с больными. В руководстве по реабилитации «**Neuropsychological & Educational Approach to Remediation — NEAR**» подчеркивается, что сложность восстановления пациентов с шизофренией обусловлена в значительной степени особенностями их мотивации. Эмпирически подтверждено недостаточное влияние на поведение пациентов с шизофренией внешних поощрений и подкреплений, т. е. внешне заданной мотивации [Gold et al., 2008]. Более того, такие больные в массе имеют низкий уровень стремления к переживанию своей компетентности (в сравнении с психически здоровыми взрослыми людьми), низкую мотивацию достижения, с предпочтительным стремлением избегать неуспеха (см. также Курек, 1999). Также для больных характерны особые состояния безучастности, скуки, с отказом от активности, как привычные, либо даже как предпочтительные [Gard et al., 2014; Курек, 1999].

Основу интервенции NEAR составляют моделируемые с помощью компьютерной программы различные познавательные задачи, включающие задания для тренировки памяти, внимания, наблюдательности в отношении социальных объектов. Разработчики программы стремятся следовать холистическому подходу, улучшая различные аспекты психического и социального функционирования [Medalia, Revheim, Herlands, 2002, 2009]. Среди выделенных аспектов:

- улучшение выполнения нейропсихологических тестов;
- содействие осознанию пациентами особенностей их когнитивного стиля;

- содействие оптимальному осуществлению познавательной деятельности;
- улучшение способности осознавать контекст социальных эмоций;
- обеспечение позитивного опыта научения новому;
- содействие способности к самостоятельному научению;
- достижение большей уверенности в своих возможностях и чувства собственной компетентности;
- содействие развитию собственной мотивации (к деятельности) у больных.

Важными условиями успешности тренинговых программ являются регулярность работы пациентов, наличие группового формата и групповой поддержки, понимание логики отдельных интервенций и ее отдаленных результатов. Кроме того, все задания смоделированы в увлекательной форме, что приводит к переживанию удовольствия от выполнения заданий. Последнее способствует повышению мотивации, т. к. субъективный опыт переживания пациентом удовольствия меняет представления негативные представления пациентов о себе и способствует восприятию себя как успешных и способных к выполнению задачи. По мнению авторов, именно это в значительной степени обеспечивает успех психологических интервенций при шизофрении [Medalia, Revheim, Herlands, 2009].

Другие специалисты также не теряют надежды на возможность повлиять на мотивацию пациентов с расстройствами шизофренического спектра при проведении реабилитационных программ. Есть эмпирические данные, подтверждающие возможность влияния на когнитивные функции путем применения технологий, повышающих уровень переживаемого пациентами удовольствия [Barch, Dowd, 2010; Favrod et al., 2010; Johnson et al., 2011; Kring, Barch, 2014]. Аналогичные данные о вкладе высокой мотивации к реабилитации на уровень социальных исходов были получены и отечественными авторами [Папсуев с соавт., 2013]. Актуальность создания специальной методики (методик) воздействия на мотивационную сферу, включение такой методики в программы реабилитации очевидны специалистам. Иногда для решения подобной задачи используются техники, заимствованные из других областей психологии и психотерапии. Так, программа мотивационной интервенции для больных с шизофренией была предложена российскими специалистами [Семенова, 2012]; в основу легли известные технологии мотивационного интервью, разработанного ранее для лиц с зависимостью от психоактивных веществ [Miller, Rollnick, 2002].

Приведем еще ряд программ, ориентированных на повышение уровня мотивации к изменениям у больных с расстройствами шизофренического

спектра, созданных в самое последнее время. Программа «**MOtiVation and Enhancement Training — MOVE**» [Velligan et al., 2015] предполагает проведение занятий как в привычном домашнем окружении пациента, так и в общественных местах (в ресторане, магазине), и направлена на совершенствование умений получать удовольствие. Психологи помогают пациентам таким образом превентивно организовать дневную активность, чтобы можно было выполнить ряд действий по заранее намеченному плану, не анализируя предполагаемый эффект. И только по завершении выполнения требуется оценить удовольствие, полученное в ходе выполнения задания или от выполненного действия; и, как правило, оно превышает предполагаемое. Пациентов учат планировать свое поведение, вводить в повседневную жизнь небольшие, но потенциально приятные занятия, при этом используют техники привлечения внимания пациентов к их собственным переживаниям (приятным, в первую очередь).

Еще одной программой, ориентированной на изменения в мотивационной сфере пациентов с шизофренией и преодоление присущей им апатии и ангедонии через преодоление «пораженческих» автоматических мыслей и повышение уровня переживаемых положительных эмоций, стала программа «**Positive Emotions Program for Schizophrenia — PEPS**» [Favrod et al., 2015]. Она включает восемь часовых сессий, проводимых в группе, с использованием аудио- и видеозаписей, на которых взаимодействуют два персонажа — Джил и Джек. Когда один из героев продюсирует «пораженческие» фразы («Я не умею расслабляться», «Я бесполезен», и другие), участники программы от лица второго предлагают ответные реплики, оспаривающие эти утверждения. Также в ходе занятий участников обучают наслаждаться, «смаковать» опыт приятных впечатлений (используя красивые картинки, спокойную музыку). Интересны приемы мысленного представления приятных ситуаций и впечатлений, технологии развития внешнего выражения испытываемых пациентами приятных чувств. Используются и домашние задания, ориентированные на поиск приятных впечатлений в реальной жизни пациентов. Первые результаты программ вселяют надежду на возможность их дальнейшего усовершенствования и внедрения в повсеместную практику помощи больным с проявлениями ангедонии и дефицитами мотивации.

И, наконец, остановимся на технологиях, позволяющих эффективно влиять на мотивацию пациентов с расстройствами шизофренического спектра (или иными психическими расстройствами) при проведении ставших традиционными реабилитационных мероприятий. Поскольку важной составляющей восстановления является личность пациента, необходимо повышать чувство собственной компетентности пациента, что позволяет делать тех-

ника «обучения, исключающего ошибки в процессе усвоения» [Clare, Jones, 2008; Medalia, Choi, 2010]. Программы должны строиться таким образом, чтобы градуированные по степени сложности задания предъявлялись, начиная с простых, обеспечивая тем самым первый, пусть незначительный, но успех. Поскольку пациенты с тяжелыми психическими расстройствами часто не имеют возможности реальной работы или иного продуктивного занятия, главным «полигоном» радостей и разочарований, успехов и неудач является психосоциальная реабилитация и все, что с нею связано. Тогда новый опыт успеха на психосоциальных занятиях в программах тренинга навыков у пациентов с шизофренией, в сочетании с позитивным подкреплением, может способствовать повышению Я-эффективности и генерализации усвоенных навыков [Kern et al., 2005].

Важным приемом для повышения чувства собственной компетентности является тщательный подбор так называемых «целевых характеристик» задачи. Доказано [Medalia, Revheim, Herlands, 2009], что задача должна обеспечить близкие и четко поставленные цели совершаемых действий, а задачи с отдаленными и неясными целями воспринимаются пациентом как сложные, при том, что отдаленность цели и ожидание неудачи (типичное для пациентов с шизофренией) снижают желание действовать. Важной технологией является предъявляемая в ходе занятий обратная связь, дающая информацию о продвижении в обучении. Именно поэтому в компьютерные обучающие программы встраивают систему обратной связи, таким образом побуждая пациентов постоянно отслеживать ход выполнения работы. Это постепенно включает и закрепляет процесс само-мониторинга, рефлексии, создает мощную основу для саморегуляции и улучшает показатели выхода в программах восстановления когнитивных функций [Wykes et al., 2007].

Важной задачей является включение программ когнитивной реабилитации в систему жизненных ценностей пациентов. Это достигается за счет сочетания когнитивных тренингов с обучением трудовым и бытовым навыкам, важным для пациентов, использованием практической выгоды от новых навыков для самостоятельного проживания или, напротив, облегчения взаимодействия с родными [Medalia, Choi, 2010]. В образовательном процессе важны и переменные, влияющие на внутреннюю мотивацию к обучению, включая: 1) межличностный контекст; 2) техники инструктирования (методические приемы); 3) общие условия (окружение) обучения. Можно надеяться в недалеком будущем увидеть реальные разработки программ с доказанной эффективностью, корректирующих, наряду с иными дефицитами СП, низкий уровень социальной ангедонии и социальной мотивации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Выводы

1. Психотерапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра прошла большой путь развития и на сегодняшний день предоставляет широкий набор разнообразных техник, позволяющих корректировать когнитивные нарушения, поведенческие дефициты и даже продуктивные симптомы пациентов.
2. Коррекция нарушений СП является одной из центральных мишеней в терапии пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Нарушения СП тесно связаны с низким уровнем социального функционирования и социальной дезадаптацией больных с расстройствами шизофренического спектра. Большинство современных программ имеет интегративный характер и объединяет техники работы с когнитивными нарушениями и нарушениями СП.
3. Одной из центральных мишеней реабилитации является снижение уровня социальной ангедонии, которая по механизму порочного круга препятствует развитию других способностей из сферы СП. Точкой роста психотерапии пациентов с расстройствами шизофренического спектра являются технологии воздействия на негативные симптомы, нарушения мотивации и тесно связанной с ними социальной ангедонии. Для преодоления указанных дефицитов современные технологии активно задействуют инновационные методы, в том числе привлечение домашних животных, создание ситуаций успеха в рамках реабилитационных программ, ведущие к изменению стойких убеждений пациентов о себе как социально некомпетентных, отвергаемых и неуспешных.

Библиография

Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.

Курек Н.С. Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998. 415 с.

Гурович И.Я., Папсуев О.О., Миняйчева М.В. и др. Социальные когниции при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Доктор.Ру. 2014. № 6 (94). С. 70–76.

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

Елигулашвили Е.И. Роль общения в процессе взаимодействия личности с реальностью: дисс. ... канд. психол. наук. Тбилиси, 1982. 170 с.

Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1969. 172 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 287 с.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1813–1819.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция в норме и патологии // Психол. журн. 1989. №2. С. 122–132.

Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. 2008. № 1. С. 4–8.

Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 1999. 147с.

Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2015. 389 с.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Медицина, 1991. 256 с.

Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. № 12. С. 1831–1836.

Курек Н.С. Психологический анализ эмоционального дефекта у больных шизофренией // 8-й всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов (г. Москва, 25–28 окт. 1988 г.). М., 1988а. Т. 2, с. 329–331.

Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1988 б. № 7. С. 109–113.

Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М.: Ин-т психологии РАН, 1996. 245 с.

Курек Н.С. Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998. 415 с.

Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия, 2009. Т. 19. №4, С. 92–104.

Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям. / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Изд-во ИП РАН, 2009. 348 с.

Социальный интеллект. Теория, измерение, исследования / Под ред. Д.В. Ушакова, Д.В. Люсина. М.: Изд-во ИП РАН, 2004. 176с.

Пансуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., Фурсов Б.Б., Зайцева Ю.С., Голланд Э.В. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия, 2013. Т. 23. № 3. С. 5–13.

Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010. 34 с.

Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2002. 180 с.

Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении // Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 28. С. 11. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 5.11.2016)

Рычкова О.В., Москачева М.А., Холмогорова А.Б. Сравнение способности к эмпатии у больных шизофренией и шизоаффективным психозом [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 6(35). URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 22.10.2016)

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Социальная ангедония и нарушения социальной направленности при шизофрении // Сб. материалов науч. конф. «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» / ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, МГППУ. М., 2013. С. 92–93.

Семенова Н. Мотивация и личностно-социальное восстановление при шизофрении: Мотивирующие вмешательства в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., 2012. 78 с.

Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 415 с.

Туркингтон А., Тай С., Браун С., Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия: доказательство эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом // Современная терапия психических расстройств, 2011. № 1. С. 25–32.

Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984. 177 с.

Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 99–117.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия, 2007. Т.17(4). С.67–76.

Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе

методики «Понимание психического состояния по глазам» // Экспериментальная психология, 2015. Т. 8. № 3. С. 99–117. doi:10.17759/exppsy.2015080310

Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушение социального познания — новая парадигма в исследованиях центрального психического дефицита при шизофрении. М.: Форум, 2016.

Щербакowa Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. М., 1982. С. 45–57.

Addington J., Mancuso E. Cognitive-behavioral therapy for individuals at high risk of developing psychosis // J. Clin. Psychol. 2009. Vol. 65(8). P. 879–890.

Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // Br. J. Psychiatry. 2006. Vol. 189(4). P. 373–378.

Austin M.P., Mitchell P., Goodwin G.M. Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 200–206.

Azorin J.-M., Belzeaux R., Adida M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. CNS Neuroscience & Therapeutics. 2014. № 20. P. 801–808.

Barch D.M., Dowd E.C. Goal representations and motivational drive in schizophrenia: The role of prefrontal-striatal interactions. Schizophr Bull 2010;36:919–934.

Bar-On R. The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence. Toronto: Multi-Health Systems. 1997.

Bar-On R. The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): rationale, description and summary of psychometric properties. / In: G.Geher (ed.): Measuring emotional intelligence: common ground and controversy (p. 111–142). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers. 2004.

Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence // Psicothema. 2006. Vol. 18. P. 13–25.

Baron-Cohen S. Autism and symbolic play // Br. J. Dev. Psychol. 1987. Vol. 5. P. 139–148.

Baron-Cohen S. Do people with autism understand what causes emotion? // Child Development. 1991. Vol. 62. P. 385–395.

Baron-Cohen S. Out of sight or out of mind: another look at deception in autism // J. Child Psychology and Psychiatry. 1992. Vol. 33. P. 1141–1155.

Baron-Cohen S. Mindblindness: An Essay on Autism and «Theory of Mind». Cambridge, MA: MIT Press, 1995.

Bazin N., Perruchet P. Implicit and explicit associative memory in patients with schizophrenia // Sch. Res. 1996. Vol. 22. P. 241–248.

Beck A.T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt // Psychiatry. 1952. Vol.15. P. 305–312.

Beetz A., Uvnäs-Moberg K., Julius H., Kotrschal K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Front. Psychol.* 3:234 10.3389/fpsyg.2012.00234

Bell, M.D., Bryson G., & Wexler, B.E. (2003). Cognitive remediation of working memory deficits: Durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 101–109. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00090.x

Bellack A.S., Blanchard J.J., Mueser K.T. Cue availability and affect perception in schizophrenia // *Sch. Bull.* 1996. Vol. 22. P. 535–544.

Bellack A.S., Gold J.M., Buchanan R.W. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects and strategies // *Sch. Bull.* 1999. Vol. 25. P. 257–274.

Bentall R.P., Haddock G., Slade P.D. Cognitive behavioral therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to therapy // *Behavioral Therapy.* 1994. Vol.25. P. 51–66.

Bentall R.P., Kaney S. Content-specific information processing and persecutory delusions: An investigation using the emotional Stroop test. // *Br. J. Med. Psychology.* 1989. Vol. 62. P. 355–364.

Bentall R.P., Kaney S., Dewey M.E. Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis // *Br. J. Clin. Psychology.* 1991. Vol. 30. P. 13–23.

Bentall R.P., Kinderman P. Self-regulation, affect and psychosis: The role of social cognition in paranoia and mania / In T.Dalgleish, M.Power (Eds.). *Handbook of cognition and emotion* (pp. 351–381). Chichester, England: Wiley, 1999.

Blairy S., Neumann A., Nutthals F., Pierret L., Collet D., Philippot P. Improvements in Autobiographical Memory in Schizophrenia Patients after a Cognitive Intervention // *Psychopathology.* 2008. Vol. 41. P. 388–396.

Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W. Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia. // *J. Abn. Psychol.* 2000. Vol. 109. P.87–95.

Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B. Empathic abilities in people with schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2008. Vol.160. P.23–29.

Bradshaw W. Structured group work for individuals with schizophrenia: a coping skills approach // *Res. Social. Work. Pract.* 1996. Vol. 6. P. 139–154.

Brenner H., Hodel B., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia // *Sch. Bull.* 1992. Vol.18(1). P.21–26.

Brenner H., Roder, Hodel V., Kienzle B., Reed N., Liberman D. Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients. In: Toronto, Canada. Hogrefe & Huber, 1994.

Brüne M. «Theory of Mind» in Schizophrenia: A Review of the Literature // *Sch. Bull.* 2005. Vol. 31(1). P. 21–42.

Burns A., Erickso D., Brenner C. Cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review // *Psychiatr. Serv.* 2014. Vol. 65. P. 874–880.

Calvo P., Fortuny J.R., Guzmán S., Macías C., Bowen J., García M.L., Orejas O., Molins F., Tvarijonaviciute A., Cerón J.J., Bulbena A., Fatjó J. Animal Assisted Therapy (AAT)

Program As a Useful Adjunct to Conventional Psychosocial Rehabilitation for Patients with Schizophrenia: Results of a Small-scale Randomized Controlled Trial. // *Front Psychol.* 2016. Vol. 6(7):631. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00631

Cather C. Functional cognitive-behavioral therapy: A brief, individual treatment for functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia // *Canadian J. Psychiatry.* 2005. Vol. 50. P. 258–263.

Cather C., Penn D., Otto M., Yovel I., Mueser K., Goff D. A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia // *Sch. Res.* 2005. Vol.74. P. 201–209.

Chadwick P. Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis. Wiley, 2006.

Chen Y. Abnormal visual motion processing in schizophrenia: a review of research progress // *Sch. Bull.* 2011. Vol. 37. P. 709–715.

Choi K.H., Kwon J.H. The effectiveness of social-cognition enhancement training (SCET) for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Community Mental Health Journal.* 2006. Vol. 42(2). P. 177–187

Clare L., Jones R.S. Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: a critical review // *Neuropsychol. Rev.* 2008. Vol. 18. P. 1–23.

Combs D., Adams S., Penn D., Roberts D., Tiegreen J., Stem P. Social Cognition and Interaction Training for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings // *Sch. Res.* 2007. Vol. 91. P. 112–116.

Corrigan P., Addis I. The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia // *Sch. Res.* 1995. Vol.16(2). P.137–144.

Corrigan P., Green M. The Situational Feature Recognition Test: A measure of schema comprehension for schizophrenia // *Int. J. Methods Psychiatric Res.* 1993. Vol. 3. P. 29–35.

Deegan P. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities // *Soc Work in Health Care.* 1997. Vol. 25(3). P. 11–24.

Degleris N., Mantelou E., Solias A., Karamberi D., Milinie A. Assertiveness training as a major component element of a psychoeducational program addressed to psychiatric patients and their families // *Ann. Gen. Psychiatry.* 2008. Vol. 7(1). P. 300.

Delahunty A., Reeder C., Wykes T., Morice R., Newton E. Revised Cognitive Remediation Therapy Manual. London: Institute of Psychiatry. 2002.

Drake R.E., Sederer L.I. The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia // *Comprehensive Psychiatry.* 1986. Vol. 27. P. 313–326.

Eack S., Hogarty G., Greenwald D., Hogarty S., Keshavan M. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects // *Sch. Res.* 2007. Vol. 89. P. 308–311.

Eack S.M., Greenwald D.P., Hogarty S.S. et al. Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: effects of a two-year randomized controlled trial. *Psychiatric Serv.* 2009. № 60. P. 1468–1476

Eckblad M., Chapman L., Chapman J., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test, University of Wisconsin, Madison, WI. 1982.

Favrod J., Giuliani E., Ernst F., Bonsack C. Anticipatory pleasure skills training: A new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2010;46:171–181.

Favrod J., Nguyen A., Fankhauser C., Ismailaj A., Hasler J.D., Ringuet A., Rexhaj S., Bonsack C. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*. 2015. № 29. P. 15–231. doi: 10.1186/s12888-015-0610-y

Fiske A. The four elementary forms of sociality: Framework for a unified theory of social relations // *Psychol. Rev.* 1992. Vol. 99. P.689–723.

Frith U. Cognitive explanations of autism / In: K. Lee (Ed.) *Childhood cognitive development: The essential readings* (pp. 324-337). Malden, MA: Blackwell, 2000.

Frith U., Happé F. Autism — beyond theory of mind // *Cognition*. 1994. Vol. 50(1–3). P. 115–132.

Gard D.E., Sanchez A.H., Starr J., Cooper S., Fisher M., Rowlands A., Vinogradov S. Using Self-Determination Theory to Understand Motivation Deficits in Schizophrenia: The ‘Why’ of Motivated Behavior. *Schizophr Res.* 2014 Jul. № 156(0) P. 217–222

Gard D.E., Fisher M., Garrett C., Genevsky A., Vinogradov S. Motivation and its Relationship to Neurocognition, Social Cognition, and Functional Outcome in Schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009. № 115(1). P. 74–81. doi:10.1016/j.schres.2009.08.015

Gessler S., Cutting J., Frith C., Weinman J. Schizophrenic inability to judge facial emotion: a controlled study // *Br. J. Clin. Psychol.* 1989. Vol. 28. P.19–29.

Giráldez S., Fernández O., Iglesias P., Pedrero E., Piñeiro M. New trends in treatment for psychosis // *Psychology in Spain*. 2011. Vol. 15. P. 33–47.

Glass L., Katz H., Schnitzer R., Knapp P., Frank A., Gunderson J. Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome // *Am J Psychiatry*. 1989. Vol. 146. P.603–608.

Gold J., Randolph C., Carpenter C., Goldberg T., Weinberger D. Forms of memory failure in schizophrenia // *J. Abn. Psychol.* 1992. Vol. 101. P. 487–494.

Gold J.M., Waltz J.A., Prentice K.J. et al. Reward processing in schizophrenia: a deficit in the representation of value // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 835–847.

Granholm E., Ben-Zeev D., Link P.C. Social Disinterest Attitudes and Group Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Functional Disability in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009 Sep; 35(5): 874–883. doi: 10.1093/schbul/sbp072. PMID: PMC2728822

Green M.F. Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness. Boston: Allyn & Bacon. 1998

Green M. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? // *Am. J. Psychiatry*. 1993. Vol. 150. P. 178–187.

Green M., Kern R., Heaton R. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS // *Sch. Res.* 2004. Vol. 72. P.41–51.

Gunderson J, Frank A., Katz H. et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment // *Sch. Bull.* 1984. Vol. 10(4). P. 564–598.

Hammar A., Lund A., Hugdahl K. Selective impairment in effortful information processing in major depression // *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 2003. Vol. 9. P. 954–959.

Harvey P.D., Sharma T. Understanding and treating cognition in schizophrenia: a clinician's handbook. Martin Dunitz, 2002. P. 177.

Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychol* 1998. Vol. 12(3). P. 426–45.

Hill S.K., Reilly J.L., Harris M.S.H. et al. A comparison of neuropsychological dysfunction in first-episode psychosis patients with unipolar depression, bipolar disorder, and schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 113. P. 167–175.

Hill S.K., Reilly J.L., Keefe R.S.E. et al. Neuropsychological Impairments in Schizophrenia and Psychotic Bipolar Disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Hogarty G., Kornblith S., Greenwald D., DiBarry A. et al. Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia // *Sch. Bull.* 1995. Vol. 21. P. 379–393.

Hogarty G.E., Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. // *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25. P. 693–708.

Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R., Carter M., Greenwald D., Pogue-Geile M., Kechavan M., Cooley S., DiBarry A.L., Garrett A., Parepally H., Zoretich R. Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior. // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2004. Vol. 61. P. 866–876.

Honea R., Crow T.J., Passingham D., Mackay C.E. Regional deficits in brain volume in schizophrenia: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies // *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162. № 12. P. 2233–2245.

Hooker C., Park S. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients // *Psychi. Res.* 2002. Vol. 112. P. 41–50.

Horan W., Brown S., Blanchard J. Social anhedonia and schizotypy: The contribution of individual differences in affective traits, stress, and coping. *Psychiatry Research.* Vol. 149, Issues 1–3, 15 Jan. 2007. P. 147–156.

Jauhar S., McKenna P.J., Radua J., Fung E., Salvador R., Laws K. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias // *Br. J. Psychiatry.* 2014. Vol. 204. P. 20–29.

Johnson D.P., Penn D.L., Frederickson B.L. et al. A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res* 2011. № 129. P. 137–140.

Kee K., Kern R., Green M. Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the link? // *Psychiatry. Res.* 1998. Vol. 81. P. 57–65.

Kemp R., Hayward P., Applewhaite G. et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial // *BMJ.* 1996. Vol. 312. P. 345–349.

Kemp R., Kirov G., Everitt B. et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18 month follow up // *Brit. J. Psych.* 1998. Vol. 172. P. 413–419.

Kern R.S., Green M.F., Mitchell S. et al. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162. P. 513–519.

Kerr S., Neale J. Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance? // *J. Abn. Psychol.* 1993. Vol. 102. P. 312–318.

Kinderman P., Bentall R. Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation // *J. Abn. Psychol.* 1996. Vol. 105. P. 106–113.

Kingsep P., Nathan P., Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia // *Sch Res.* 2003. Vol. 63. P.121–129.

Klingberg S., Wölwer W., Engel C., Wittorf A., Herrlich J., Meisner C., Buchkremer G., Wiedemann G. Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. *Schizophr Bull.* 2011 Sep;37 Suppl 2 : S 98–110. doi: 10.1093/schbul/sbr073

Kreyenbuhl J., Buchanan R., Dickerson F., Dixon L. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009 // *Sch. Bull.* 2010. Vol. 36. P. 94–103.

Kring A.M., Barch D.M. The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: Neural substrates and behavioral outputs. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24:725–736.

Kring A.M., Caponigro J.M. Emotion in schizophrenia: Where feeling meets thinking. *Curr Dir Psychol Sci* 2010;19:255–259.

Kring A. Emotion in schizophrenia: Old mystery, new understanding // *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 1999. Vol. 8. P. 160–163.

Kumar D., Ul Haq M., Dubey I., Dotivala K. et al. Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia // *Eur. J. Psychother. Counsel.* 2010. Vol. 12(2). P. 149–158.

Kurtz M., Richardson C. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research // *Sch Bull.* 2012. Vol. 38(5). P. 1092–1104.

Kwapil T. Social Anhedonia as a Predictor of the Development of Schizophrenia-Spectrum Disorders // *Journal of Abnormal Psychology.* 1998. Vol.107(4). P. 558–565.

Landro N.I., Stiles T.C., Sletvold H. Neuropsychological functioning in nonpsychotic unipolar major depression // *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.* 2001. Vol. 14. P. 233–240.

Langdon R., Coltheart M., Ward P., Catts S. Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading // *Psychol. Med.* 2002. Vol. 32. P. 1273–1284.

Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? // *Rev. Psychiatr. Neurosci.* 2004. Vol. 29(2). P. 102–113.

Li X., Xiao Y.H., Zou L.Q., Li H.H., Yang Z.Y., Shi H.S., Lui S.S., Cheung E.F., Chan R.C. The effects of working memory training on enhancing hedonic processing to affective rewards in

individuals with high social anhedonia. *Psychiatry Res.* 2016. Vol. 30(245). P.482-490. doi: 10.1016/j.psychres.2016.09.006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.006>

Lieberman R., DeRisi W., Mueser K. Social Skills Training for Psychiatric Patients. Needham, Mass, Allyn & Bacon, 1989.

Lieberman R., Kopelowicz A., Young A. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia // *Behav. Therapy.* 1994. Vol. 25. P. 89–107.

Lieberman R., Mueser K., Wallace C. et al. Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence // *Sch. Bull.* 1986. Vol. 12. P. 631–647.

Lynch D., Laws K., McKenna P. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials // *Psychol. Med.* 2010. Vol. 40. P. 9–24.

Mazza M., DeRisio A., Surian L., Roncone R., Casacchia M. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia // *Sch. Res.* 2001. Vol. 47. P. 299–308.

Mazza M., De Risio A., Tozzini C., Roncone R., Casacchia M. Machiavellianism and theory of mind in people affected by schizophrenia // *Brain and Cognition.* 2003. Vol. 51. P. 262–269.

McGorry P. The concept of recovery and secondary prevention in psychotic disorders // *Aust. NZ. J. Psychiat.* 1992. Vol. 26. P. 3–17.

McGurk, S.R., Mueser, K.T., Pascaris A. (2005). Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: One year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 898–909. doi:10.1093/schbul/sbi037

McKenna P., Kingdon D. Has cognitive behavioural therapy for psychosis been oversold? // *British Medicine Journal.* 2014. 348:g2295. doi:10.1136/bmj.g2295

McQuaid J., Granholm E., McClure F., Roepke S. et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia // *J Psychother Pract Res.* 2000. Vol. 9(3). P. 149–156.

Medalia A., Revheim N., Herlands T. Remediation of Cognitive Deficits in Psychiatric Outpatients: A Clinician's Manual. New York: Montefiore Medical Center Press. 2002.

Medalia A., Revheim N., Herlands T. Cognitive Remediation for Psychological Disorders: Therapist Guide. Oxford University Press. 2009. 164 p.

Medalia A., Choi J. Motivational Enhancements in Schizophrenia // *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment / V. Roder, A. Medalia (Eds.). Karger, 2010. P. 158–173.*

Medalia A., Saperstein A. Does cognitive remediation for schizophrenia improve functional outcomes? // *Curr. Opin. Psychiat.* 2013. Vol. 26(2). P. 151–157.

Meehl P. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *Am. Psychologist.* 1962. Vol. 17. P. 827–838.

Meehl P. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia // *J. Pers. Disorders.* 1990. Vol. 4. P. 1–99.

Meehl P. Primary and Secondary Hypohedonia // *J. Abn. Psychol.* 2001. Vol. 110(1). P.188–193.

Meichenbaum D., Cameron R. Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls // *Behav. Therapy.* 1973. Vol. 4. P. 515–534.

Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing. New York: Guilford Press. 2002

Morise C., Berna F., Danion J. The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia // *Sch. Res.* 2011. Vol. 128(1–3). P. 156–160.

Moritz S., Vitzthum F., Randjbar S., Veckenstedt R., Woodward T. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2010. Vol. 23. P. 561–569.

Moritz S., Woodward T. Jumping to conclusions in delusional and nondelusional schizophrenic patients // *Br. J. Clin. Psychol.* 2005. Vol. 44(2). P. 193–207.

Moritz S., Woodward T. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy // *Germ. J. Psychiatry.* 2007a. Vol. 10. P. 69–78.

Moritz S., Woodward T. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2007b. Vol. 20. P. 619–625.

Müller D., Roder V. Integrated Psychological Therapy and Integrated Neurocognitive Therapy / Roder V, Medalia A (eds): Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment. Key Issues Ment Health. Basel, Karger, 2010. Vol. 177. P.118–144

Nahum M., Fisher M., Loewy R., Poelke G. et al. A novel, online social cognitive training program for young adults with schizophrenia: A pilot study // *Sch. Res.: Cognition.* 2014. Vol. 1(1). P.11–19.

Nathans-Barel I., Feldman P., Berger B., Modai I., Silver H. Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. A controlled pilot study. // *Psychother Psychosom.* 2005. Vol.74(1). P.31–35.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management. 2014. Available online at: <http://www.nice.org.uk>

Nicol M., Robertson L., Connaughton J. Life skills programmes for chronic mental illnesses (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.

Penn D., Roberts D., Combs D., Sterne A. Best Practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders // *Psychiat. Services.* 2007. Vol. 58(4). P. 449–451.

Penn D., Combs D., Ritchie M., Francis J. et al. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficits models // *J. Abn. Psychol.* 2000. Vol. 109. P. 512–516.

- Penn D., Mueser K., Tarrier N., Gloege A. et al.* Supportive therapy for schizophrenia: Possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments // *Sch. Bull.* 2004. Vol. 30. P. 101–112.
- Penn D., Corrigan P., Bentall R., Racenstein J., Newman L.* Social cognition in schizophrenia // *Psychol. Bull.* 1997. Vol. 121. P. 114–132.
- Perivoliotis D., Cather C.* Cognitive Behavioral Therapy of Negative Symptoms // *J. Clin. Psychol.* 2009. Vol. 65(8). P. 815–830.
- Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., Garety P. et al.* Psychological treatments in schizophrenia, I: Meta-analysis of family interventions and cognitive-behaviour therapy // *Psychol. Med.* 2002. Vol. 32. P. 763–782.
- Popova P., Popov T., Wienbruch C., Carolus A., Miller G., Rockstroh B.* Changing facial affect recognition in schizophrenia: Effects of training on brain dynamics // *NeuroImage: Clinical.* 2014. Vol. 6. P. 156–165.
- Rado S.* Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado (Vol. 2). New York: Grune and Stratton, 1962.
- Rector N., Beck A.* Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review // *J. Nervous. Mental. Dis.* 2001. Vol. 189. P. 278–287.
- Reeder C., Newton E., Frangou S., Wykes T.* Which executive skills should we target to affect social functioning and symptom change? A study of a cognitive remediation therapy program // *Sch. Bull.* 2004. Vol. 30 (1). P. 87–100.
- Reichenberg A., Weiser M., Rabinowitz J., Caspi A. et al.* A population-based cohort study of premorbid intellectual language and behavioral functioning in patients with schizophrenia schizoaffective disorder and nonpsychotic bipolar disorder // *Am. J. Psychiatry.* 2002. Vol. 159. P. 2027–2035.
- Roder V., Mueller D., Mueser K., Brenner H.* Integrated psychological therapy for schizophrenia: Is it effective? // *Sch. Bull.* 2006. Vol. 32(1). P. 81–93.
- Roder V., Müller D.R., Brenner H.D., Spaulding W.D., Heuberger A.* Integrated Psychological Therapy (IPT): For the Treatment of Neurocognition, Social Cognition, and Social Competency in Schizophrenia Patients. Hogrefe Pub. 2010. P. 256
- Salovey P., Mayer J.* Emotional intelligence // *Imagin. Cogn. Pers.* 1990. Vol. 9. P. 185–211.
- Saykin A., Gur R., Gur R., Mozley P. et al.* Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991. Vol. 48. P. 618–624.
- Saykin A., Shtasel D., Gur R., Kester D. et al.* Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1994. Vol. 51. P. 124–131.
- Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J.* Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? // *Sch Res.* 2003. Vol. 61. P. 827–838.
- Silverstein S.* Bridging the gap between extrinsic and intrinsic motivation in the cognitive remediation of schizophrenia // *Sch Bull.* 2010. Vol.36. P. 949–956.

Smith T., Bellack A., Liberman R. Social skills training for schizophrenia: Review and future directions // *Clin. Psychol. Rev.* 1996. Vol. 16. P. 599–617.

Social Cognition and Schizophrenia Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds). APA, Washington, DC. 2001. 327 p.

Sohlberg M.M., Mateer C.A. Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach. Guilford Press, 2001. P. 492

Spaulding W., Storms L., Goodrich V., Sullivan M. Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. // *Schizophr. Bull.* 1986. Vol. 12. P. 560–577.

Spaulding W.D., Reed, W., Sullivan M., Richardson C., Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. // *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25. P. 657–676.

Strauss G.P., Gold J.M. A new perspective on anhedonia in schizophrenia // *Am J Psychiatry.* 2012 Apr;169(4):364-73. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030447

Strauss G.P., Horan W.P., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional out-come // *Journal Psychiatric Research.* 2013. Vol. 47. P783–790.

Sullivan R., Allen J. Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism // *Acta Psych. Scand.* 1999. Vol. 99. P. 148–154.

Sweeney J.A., Kmiec J.A., Kupfer D.J. Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery // *Biol. Psychiatry.* 2000. Vol. 48. P. 674–684.

Tarrier N., Yusupoff L., Kinney C., McCarthy E. et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia // *Br. Med. J.* 1998. Vol. 317. P. 303–307.

Tarrier N., Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? // *Behav. Res. Ther.* 2004. Vol. 42. P. 1377–1401. doi:10.1016/j.brat.2004.06.020

Tarrier N. Elektrodermale Aktivitat expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie / Schizophrenie als systematische Storung. Bern, 1989. P. 106–116.

Tarrier N. Behavioural Psychotherapy and Schizophrenia: The Past, the Present, and the Future // *Behav. Psychother.* 1991. Vol. 19(01). P. 121–130.

Taylor S.F., Kang J., Brege I.S., Tso I.F., Hosanagar A., Johnson T.D. Meta-analysis of functional neuroimaging studies of emotion perception and experience in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 2012. Vol. 71. P. 136–145.

Thomas N. What's really wrong with cognitive behavioral therapy for psychosis? // *Front. Psychol.*, 2015 (27), <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00323>

Tsuang M., Stone W., Faraone S. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2000. Vol. 157. P. 1041–1050.

Tully L., Lincoln S., Hooker C. Impaired executive control of emotional information in social anhedonia. *Psychiatry Research.* 2012. Vol. 197. P. 29–35.

Tully L., Lincoln S., Hooker C. Impaired executive control of emotional information in social anhedonia // *Psychiatry Res.* 2012. Vol. 197(1). P. 29–35.

Turkington D., McKenna P. Is cognitive-behavioural therapy a worthwhile treatment for psychosis? // *Br. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 182. P. 477–479.

Turner D.T., van der Gaag M., Karyotaki E., Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am. J. Psychiatry.* 2014. Vol. 171. P. 523–538. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081159

Van der Gaag M., Valmaggia L., Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis // *Sch. Res.* 2014. Vol. 156. P. 30–37.

Velligan D.I., Roberts D.L., Mintz J., Maples N, Li X., Medellin E., Brown M. A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement training (MOVFE) for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2015. Vol. 165(2-3). P. 175–80.

Velligan D., Draper M., Stutes D., Maples N. et al. Multimodal cognitive therapy: combining treatments that bypass cognitive deficits and deal with reasoning and appraisal biases // *Sch. Bull.* 2009. Vol. 35(5). P. 884–893.

Wallace C., Liberman R., MacKain S. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill // *Am. J. Psychiatry.* 1992. Vol. 149. P. 654–658.

Wallace C. Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders // *Sch. Bull.* 1984. Vol. 10(2). P. 233–253.

Weinberger D.R., McClure R.K. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? *Arch Gen Psychiatry.* 2002. Vol. 59(6). P. 553–558.

Weinberger D., McClure R. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002. Vol. 59(6). P.553–558.

Witthaus H., Kaufmann C., Bohner G. et al. Gray matter abnormalities in subjects at ultra-high risk for schizophrenia and first-episode schizophrenic patients compared to healthy controls // *Psychiatry Res.* 2009. Vol. 173. № 3. P. 163–169.

Wölwer W., Frommann N. Social-cognitive remediation in schizophrenia: generalization of effects of the Training of Affect Recognition (TAR) // *Sch. Bull.* 2011. Vol. 37(2). P. 63–70.

Wölwer W., Frommann N., Halfmann S., Piaszek A., Streit M., Gaebel W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program // *Sch. Res.* 2005. Vol. 80. P. 295–303.

Wykes T., Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis — Cognitive Remediation therapy (CRT)? // *Clin. Psychol. Rev.* 2001. Vol. 21(8). P. 1227–1256.

Wykes T., Hamid S., Wagstaff K. Theory of mind and executive functions in the non-psychotic siblings of patients with schizophrenia // *Sch. Res.* 2001. Vol. 49. P. 148.

Wykes T., Reeder C., Corner J. et al. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia // Sch. Bull. 1999. Vol. 25. P. 291–307.

Wykes T., Reeder C., Williams C., Corner J. et al. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia // Sch. Res. 2003. Vol. 61. P. 163–174.

Wykes T., Reeder C., Landau S., Matthiasson P., Haworth E., Hutchinson C. Does age matter? Effects of cognitive rehabilitation across the age span // Sch. Res. 2009. Vol. 113. P. 252–258.

Wykes T., Huddy V., Cellard C., McGurk S.R., Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J. Psychiatry. 2011. Vol. 168(5). P. 472–485. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855

Wykes T., Newton E., Landau S. et al. Cognitive remediation therapy (CRT) for young early onset patients with schizophrenia: an exploratory randomized controlled trial // Schizophr. Res. 2007. Vol. 94. P. 221–230.

Wykes T., Reeder C. Cognitive remediation therapy for schizophrenia: theory and practice. Routledge, 2005. P. 328.

Zik J.B., Roberts D.L. Review: The many faces of oxytocin: implications for psychiatry. Psychiatry Res. 2015 Mar 30. Vol. 226(1). P. 31–37.

Zimmer M., Duncan A.V., Laitano D., Ferreira E.E., Belmonte-de-Abreu P. A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. Rev Bras Psiquiatr. 2007 Jun. Vol. 29(2). P. 140–147.

Раздел 2. Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами аффективного спектра

2.1. Преодоление глобального эгоцентрического мышления как важная мишень коррекции дефицитов социального познания при хронических расстройствах аффективного спектра

Парадигма СП как «место встречи» межличностного и когнитивного подходов к изучению расстройств аффективного спектра

Расстройства, относящиеся к аффективному спектру, имеют давнюю историю изучения в психиатрии. Как отмечает В.Н. Краснов в своей фундаментальной монографии, посвященной проблеме расстройств аффективного спектра, «основные разночтения в понимании аффективных расстройств вносят употребление в качестве синонимов понятий “аффективные расстройства” и “расстройства настроения”» [Краснов, 2010]. Он также указывает, что «ревизия понятия “аффективное расстройство” происходила в последние два-три десятилетия за счет отделения крайних форм, расстройств невротического уровня, которые в основном перенесены в раздел тревожных, стресс-опосредованных расстройств» (там же)». Это привело к широкому употреблению понятия «аффективный спектр», к которому относятся прежде всего различные расстройства настроения, включая депрессии и биполярное расстройство, а также разные виды тревожных и соматоформных расстройств, выделенные в классификациях DSM-IV и МКБ-10.

Первые психологические модели расстройств, относящихся к аффективному спектру, разрабатывались в психодинамической традиции и были основаны на восходящей еще к идеям З. Фрейда гипотезе о ведущей роли нарушений межличностных отношений в их возникновении. Позднее эта гипотеза стала основой различных психологических моделей депрессивных и тревожных расстройств, например, теории привязанности Дж. Боулби [Боулби, 2004], связывающей возникновение аффективной патологии с нарушением способности устанавливать доверительные отношения с близким окружением, или интерперсонального подхода Дж. Клермана и М. Вейсмана [Weissman et al., 2007], акцентирующего дефициты различных социальных навыков, ведущие к конфликтам, разрывам в отношениях, социальной изоляции и, как следствие, — к эмоциональным нарушениям и депрессивным состояниям. Сужение социальных сетей, снижение уровня эмоциональной поддержки, глубины и доверительности контактов, а также социальной интеграции у больных расстройствами аффективного спектра были также зафиксированы в многочисленных исследованиях, проводимых, начиная с 1980-х гг., в рамках концепции социальной поддержки [Холмогорова, Гаранян, Петрова, 2003].

Во второй половине XX в. рост влияния когнитивной парадигмы в психологии и психотерапии, акцентирующей роль нарушений процесса переработки информации при разных видах психической патологии, привел к повышению интереса к когнитивным нарушениям при расстройствах аффективного спектра.

Первые доказательства наличия специфических когнитивных нарушений при депрессии были получены в направлении когнитивной психотерапии, развиваемой А. Беком. В своих первых исследованиях депрессии А. Бек обратил внимание на нарушения процессов переработки информации и описал типичные ошибки в автоматической оценке текущих событий, характерные для больных депрессиями: негативное селективное (избирательное) внимание к негативным аспектам ситуации при игнорировании нейтральных и позитивных аспектов), персонализация (эгоцентрическая атрибуция событий), произвольное умозаключение (однозначный вывод без достаточных оснований) и др. [Бек, 2003]. Становление когнитивной психотерапии было связано с изучением депрессии, однако послужило затем толчком к разработке когнитивных моделей других форм расстройств аффективного спектра.

Параллельно с исследованиями А. Бека, которые проводились в рамках разработки практически ориентированных психотерапевтических программ, в академической клинической психологии под эгидой когнитивной парадигмы велись исследования формально-динамических нарушений ког-

нитивных функций при разных расстройствах. При этом исследования были посвящены преимущественно выявлению дефицитов так называемых исполнительских функций — «executive functions» — внимания, работоспособности, памяти [Протопопов, Рушкевич, 1967; Циркин, 1999; Cohen et al., 1982; Degl'Innocenti, 1998; Silberman et al., 1983; др.].

Начиная с 1990-х гг., повышается интерес исследователей к более тяжелым, хронифицированным и резистентным формам аффективных расстройств в связи с ростом их числа в популяции и в медицинской практике, несмотря на успехи психофармакологии [Мосолов, 2002; Смулевич, 2002].

В эти же годы отмечается смещение фокуса к изучению метакогнитивных способностей и процессов саморегуляции при аффективных расстройствах, которое происходит в рамках оформления так называемой третьей волны когнитивной психотерапии [Kabat-Zinn, 1990; Paul et al., 2013], акцентирующей важность изучения различных проявлений когнитивной ригидности, а именно: когнитивной реактивности; снижения осознанности психических процессов и опыта в целом; руминативного мышления; трудностей переключения внимания [Бек, 2003; Crane et al., 2007; Miranda, Nolen-Hoeksema, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Segal et al., 2006; Teasdale, 1999; Wells et al., 2009]. Возникает ряд специальных терминов, описывающих метакогнитивные способности («mindfulness» или способность к «осознанному присутствию» и дистанцированному наблюдению опыта, «assertance» — способность к безоценочному принятию происходящего и др.), которые восходят к принципам поддержания душевного равновесия в рамках восточной философии [см. подробнее: Пуговкина, Холмогорова, 2015а,б; Холмогорова, 2016].

Таким образом, начиная с 1970-х гг. и по настоящий период, на фоне уже накопленных теоретических и эмпирических разработок по межличностным дефицитам начинают активно исследоваться когнитивные дефициты при расстройствах аффективного спектра. Если первый тип дефицитов изучался в рамках психодинамического и интерперсонального подходов, то второй — в рамках когнитивного, причем до определенного момента эти исследования проводились относительно независимо друг от друга. «Встреча» когнитивного, психодинамического и интерперсонального подходов к изучению расстройств аффективного спектра происходит в рамках ряда современных интегративных моделей, основанных на парадигме изучения СП (рис. 4.1).

На сегодняшний день в исследованиях зафиксированы нарушения СП при разных расстройствах аффективного спектра: тревожных [см. обзор: Никитина, 2014], депрессивных [см. обзоры: Пуговкина, 2014а; Пуговкина, Холмогорова, 2015а,б], биполярном аффективном расстройстве [см. обзор: Юдева с соавт., 2014].

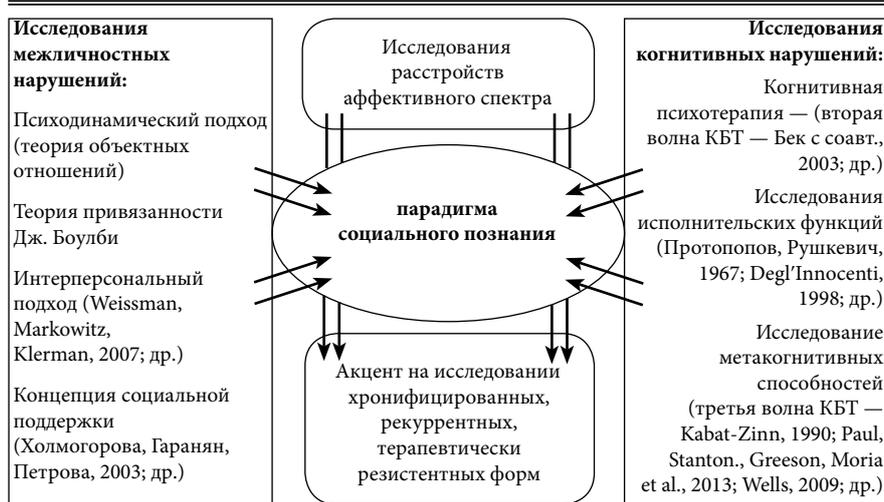


Рис. 2.1. Парадигма СП как «место встречи» основных направлений исследований психологических факторов возникновения и хронификации расстройств аффективного спектра (по: Пуговкина, Холмогорова, 2015б)

Одним из первых, кто связал нарушения формальных когнитивных дисфункций, с одной стороны, и межличностного функционирования, — с другой, был известный американский психиатр Дж. МакКаллоу. Исследуя пациентов с хронической депрессией, он отметил, что специфические особенности когнитивных процессов у этих пациентов проявляются наиболее отчетливо именно в сфере СП, в то время как в отношении другой информации (не касающейся восприятия межличностных отношений) пациенты рассуждают более четко и динамично [МакКаллоу, 2003]. Наблюдаемые им нарушения СП у больных депрессиями Дж. МакКаллоу концептуализировал на основе генетической психологии и концепции эгоцентрического мышления Ж. Пиаже.

Интеграция данных о формально-динамических когнитивных дисфункциях и нарушениях СП при расстройствах аффективного спектра на основе концепции эгоцентрического мышления

Современный этап в изучении когнитивных нарушений при аффективных расстройствах связан с разработкой концепций когнитивной ригидности, руминативного мышления, дефицита осознанности (mindfulness) и др. [Crane et al., 2007; Miranda, Nolen-Hoeksema, 2007; Nolen-Hoeksema, 2000; Segal et al., 2006].

Когнитивная ригидность проявляется в снижении когнитивной гибкости, которая определяется как трудность в познавательной подстройке к внешним изменениям ситуации. Когнитивная ригидность при депрессиях проявляется также в форме повышенной когнитивной реактивности, низкой осознанности когнитивных процессов и в форме руминаций — хождении по кругу в виде повторяющихся бесплодных размышлений негативного характера.

Под **когнитивной реактивностью** понимается активация каких-либо мыслительных паттернов в ответ на триггеры в форме появления негативных чувств — тесная связь между негативными эмоциями и мгновенной реакцией на них в виде страха перед их появлением и попытками избежать, подавить их [Бек, 2003; Raes et al., 2009; Teasdale, 1999]. Быстрота активации таких дезадаптивных мыслительных паттернов приводит к усугублению негативных (тревожных и депрессивных) переживаний. Пациент привыкает реагировать на свои эмоции определенным образом, и постепенно его мышление становится менее спонтанным и все более автоматизированным [Segal et al., 1999, 2006].

Снижение **осознанности**, или способности, получившей трудно переводимое название «майндфулнесс», у больных аффективными расстройствами проявляется в виде нарушения способности произвольно сосредотачивать внимание на текущих событиях и ощущениях, переключать внимание с одних аспектов на другие и ощущать при этом подконтрольность и управляемость процесса фокусировки внимания [Kabat-Zinn, 1990; Keng et al., 2011; Paul et al., 2013]. Дж. МакКаллоу приводит высказывание одного пациента, которое иллюстрирует подобную невозможность осознать собственную субъективную позицию: «...мир таков, каким я его вижу, потому, что я точно знаю — все, во что я верю, так и есть» [МакКаллоу, 2003]. Усугубление и хронификация дистресса при аффективных расстройствах связаны с тем, что пациенты не могут отнестись к неприятным эмоциональным состояниям как к субъективным явлениям, не чувствуют их преходящего характера и реагируют на них крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или чрезмерной озабоченности негативными переживаниями и мыслями.

Руминации представляют собой процесс устойчивого повторения размышлений о чувствах, мыслях и проблемах, которое сопровождается чувством скорби и безысходности [Mikulincer, 1996; Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins, 2008]. Руминативное мышление отличает устойчивость, цикличность и способность руминаций к вытеснению других конструктивных психических процессов. Дисфункциональный характер руминаций определяется тем, что пациенты занимаются повторяющимися размышлениями о своих симптомах, будучи, как правило, убеждены, что эта стратегия может в чем-то

помочь, хотя в действительности это уменьшает их способность эффективно решать проблемы и парализует любые усилия, направленные на конструктивное разрешение ситуации [Wells, 2009].

Особенностью современного этапа изучения когнитивных дисфункций является разработка более комплексных, иерархизированных моделей нарушений процессов переработки информации. Примером такого подхода может служить концепция *глобализации автобиографической памяти* (Overgeneral autobiographical memory — OGM) и переработки текущих событий при депрессии [Kuyken, Brewin, 1995; Raes et al., 2006]. Толчком к разработке этого направления послужили наблюдения психотерапевтов, в которых зафиксирована уже упомянутая склонность больных депрессиями к глобализированным, далеким от конкретных обстоятельств суждениям [Бек, 2003; МакКаллоу, 2003]. Позднее в эмпирических исследованиях были продемонстрированы выраженные нарушения так называемой эпизодической памяти у больных хронической депрессией. Было показано, что пациенты обычно оперируют не воспоминаниями о конкретных событиях (т.е. событиях, которые точно определены в месте и времени и продолжались не более одного дня, например, «защита диплома»), а категориями, или обобщенными воспоминаниями — образами повторяющихся событий (например, «бесконечные споры с родными») или событий, продолжающихся более одного дня («старшие классы школы»). Эта тенденция вспоминать обобщенные категории событий, которой часто сопутствуют выраженные когнитивные искажения, тесно связана с проявлениями ригидности и склонности к руминативной фиксации на отдельных темах негативных переживаний [Raes et al., 2006].

Механизм глобализации лежит в основе другой популярной концепции — *модели генерализации интерперсонального стресса* (Interpersonal Stress Model) у больных депрессиями [Gunthert et al., 2007], в рамках которой уже четко намечен переход от изолированного изучения когнитивных дисфункций к исследованию процессов переработки социальной информации, или СП.

На основе наблюдений и эмпирических исследований была описана специфика реакции больного на межличностный стресс, которая проявляется в более интенсивной реакции и более долгом времени, необходимом для восстановления после стресса, что было названо авторами *эффектом генерализации интерперсонального стресса* (Spillover effect of daily interpersonal stress) [Gunthert et al., 2007]. Было показано, что именно межличностный стресс, в силу описанного дисфункционального способа его переработки, вызывает активизацию депрессивных симптомов и в значительной мере способствует хронификации депрессивных расстройств [Beck et al., 2007; O'Neill et al., 2004].

Если сравнивать выраженность перечисленных выше когнитивных нарушений при разных аффективных расстройствах, то в наиболее кристаллизованных и дисфункциональных формах они встречаются у больных хроническими депрессиями. С точки зрения Дж. МакКаллоу, наиболее *емким* основанием интеграции данных дисфункций когнитивного функционирования на примере больных депрессиями выступает **концепция эгоцентрического, преоператорного мышления в сфере СП**, восходящая к идеям генетической психологии Ж. Пиаже [Пиаже, 1997; Elkind, 1967; Enright et al., 1979].

Дж. МакКаллоу выделяет в СП больных депрессиями целый комплекс черт преоператорного, или эгоцентрического мышления, выделенный в концепции Ж. Пиаже: фотографический взгляд на реальность, невнимание к логической аргументации, эгоцентрическое восприятие социальных ситуаций, категоричность суждений и упомянутый выше глобальный стиль мышления и оценки текущих событий [МакКаллоу, 2003; Пуговкина, 2014б].

Эгоцентрическое восприятие социальных ситуаций проявляется в форме неспособности отвлечься от собственного видения и встать на позицию другого человека, а также в снижении способности к эмпатии. Подобный стиль восприятия проявляется иногда парадоксальным образом, когда пациент уверен в том, что думает только о других людях, будучи сосредоточен при этом исключительно на своих переживаниях («все время пытаюсь понять другого человека, встать на его место — думаю о том, что бы я чувствовал в этой ситуации, что я стал бы делать, что бы это все для меня значило»).

Глобальный стиль мышления проявляется в недифференцированном описании себя и своих проблем (например, «меня никто никогда толком не понимал»), а также в попытках разрешить проблемы путем общих абстрактных и мучительных размышлений о прошлых ошибках и несчастьях (феномен руминативного мышления) вместо того, чтобы анализировать отдельные жизненные ситуации и свои конкретные действия и них, а также их реальные последствия, т.е. попытаться увидеть отношения между собственным мышлением, поведением и его последствиями.

Категоричность суждений, отсутствие привычки выдвигать гипотезы, невнимание к логической аргументации, монологичность речи не дают пациентам возможности критически отнестись к их дисфункциональному способу мышления и попытаться найти альтернативные способы.

Фокализм как черта эгоцентрического мышления (сфокусированность на себе и убежденность в собственной исключительности) определяет особый стиль восприятия собственных эмоций (в том числе негативных — симптомов расстройства) и проявляется в том, что пациенты склонны придавать своим эмоциям исключительное значение, переоценивать их, воспринимать

как более выраженные, по сравнению с эмоциями других людей [Chambers, Suls, 2007]. Пациентам свойственна эмоциональная дисрегуляция — недостаточный самоконтроль в условиях стресса, они легко повергаются в состояние беспомощности и безнадежности [МакКаллоу, 2003].

Дж. Мак-Каллоу подчеркивает, что указанные нарушения мышления наиболее ярко проявляются в интерпретации ситуаций социального взаимодействия (другими словами, в сфере СП) и ведут к негативным последствиям в межличностных контактах и к выраженной социальной дезадаптации. Используя теорию когнитивного развития Ж. Пиаже, Дж. МакКаллоу рассматривает данные когнитивные особенности как остановку в развитии операционального аспекта мышления, а эгоцентризм в сфере социального взаимодействия как основную черту преоператорного мышления пациентов.

В исследованиях было показано, что эгоцентризм как особая когнитивная установка или черта личности проявляется во многих сферах: рассуждениях, поведении, межличностных отношениях, самовосприятии человека [Гаврилова, 1978; Пашукова, 1998; Фокина, 2008] и тесно связан с нарушением способности человека не только вставать на место другого человека, но и уместно эмоционально реагировать на его переживания, т.е. с нарушением способности к эмпатии [Boyd et al., 2013].

Таким образом, многие проявления формально-динамических когнитивных дисфункций, нарушений СП и метакогнитивного функционирования при аффективных расстройствах могут быть концептуализированы в рамках комплекса черт преоператорного эгоцентрического мышления в СП. Не отрицая значимости других этиологических факторов возникновения и хронификации аффективных расстройств, можно утверждать, что *преодоление глобального эгоцентрического мышления является одной из важнейших задач коррекции дефицитов СП при хронических расстройствах аффективного спектра. Эгоцентризм в СП и отдельные его проявления выступают мишенями психологической помощи в разных психотерапевтических подходах.*

2.2. Проявления глобального эгоцентрического мышления как мишени ведущих терапевтических подходов к лечению аффективных расстройств

В психотерапии примерами синтеза межличностного и когнитивного подходов могут служить диалектическая бихевиоральная терапия (dialectical behavior therapy — DBT) [Лайнен, 2008], терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy — MBT) [Бейтман, Фонаги, 2014], интегративно ориентированная психотерапия депрессивных расстройств (Cognitive

Behavioural Analysis System of Psychotherapy — CBASP) [МакКаллоу, 2003] и др. Общей мишенью работы в рамках этих подходов выступает коррекция нарушений СП в форме развития способности к ментализации — улучшения качества внутренней репрезентации текущих событий от уровня категоричного, фрагментарного восприятия («в чем проблема?») к уровню прагматического («что я делаю, что должен сделать в этой ситуации?») и системного восприятия сложных социальных ситуаций («кто что делает в данной ситуации?», «каков вклад каждого участника?», «каковы будут последствия каких-то конкретных поступков?») [Бейтман, Фонаги, 2014].

Помимо перечисленных подходов, на преодоление черт глобализированной оценки текущего опыта и преоператорных черт в СП направлены ряд метакогнитивных подходов: терапия, основанная на принятии и взятии обязательств (acceptance and commitment therapy — АСТ), терапия, основанная на способности к майндфуленесс (mindfulness-based cognitive therapy — МВСТ) и др. Средством преодоления глобального эгоцентрического мышления в сфере СП в рамках данных направлений выступает развитие способности к безоценочному восприятию собственного опыта и текущих событий, развитие навыков разделения объективной и внутренней реальности.

Существует также ряд узконаправленных тренингов преодоления преоператорных черт СП, например, тренинг развития гибкости автобиографической памяти (autobiographical memory flexibility training — MemFlex).

Коррекция дефицитов СП в МВСТ

МВСТ — психотерапия, основанная на осознанности (mindfulness) — метод с доказанной эффективностью вмешательства при расстройствах аффективного спектра: биполярном расстройстве [Weber et al., 2010], паническом расстройстве [Kim et al., 2010], генерализованном тревожном расстройстве [Evans et al., 2008], рекуррентных и хронических депрессиях [Chiesa, Serretti, 2001; Coello et al., 2007].

Дисфункциональным характеристикам СП (глобальному эгоцентрическому мышлению) МВСТ противопоставляет метакогнитивные навыки переключения фокуса внимания с одного аспекта опыта на другой и принятия определенной ориентации к опыту своих переживаний как к относительному и проходящему, включая отношение любопытства, открытость и принятие [Bishop et al., 2004];

«Принятие» в контексте осознанности не отождествляется с пассивностью или отстраненностью [Brown, Ryan, 2003], а относится к способности испытывать события полностью, не прибегая к одной из крайностей — чрезмерной озабоченности переживаниями или подавлением опыта.

Задача терапии, основанной на осознанности, — «вернуть человека в настоящее»; этот метод фокусирует пациента на проживании настоящего момента для того, чтобы избавить его от стереотипичности и автоматизированности мышления. Для этих целей предлагается применять различные медитативные практики, среди которых техники сосредоточения на собственных телесных ощущениях, дыхательные практики, упражнения, тренирующие способность к переключению и концентрации внимания, основанные на движениях из йоги [Segal et al., 2002].

Обычно терапия, основанная на майндфулнесс, представляет собой курс из 8–10 групповых сессий. Первые встречи проходят при активном руководстве терапевта: в процессе медитации, проводимой терапевтом, пациенты учатся сосредотачиваться на дыхании, ощущениях собственного тела, что неизбежно ведет к фокусировке внимания на происходящем «здесь и сейчас».

Важной составляющей обучения является фокусировка внимания на изменениях эмоционального состояния (пусть даже незначительных и чаще всего неосознаваемых пациентами) во время выполнения упражнений. Задача терапевта — привлечь внимание пациентов к этому факту как к свидетельству эффективности работы. В противном случае новые ощущения, которые испытывают пациенты во время медитативных упражнений, будут подвергнуты обесцениванию или пройдут незамеченными в силу особенностей мышления пациентов, описанных выше [Segal et al., 2002].

Более поздние сессии связаны с углубленной и самостоятельной работой, направленной на развитие осознанности (майндфулнесс) и принятия тех чувств и эмоций, которых пациенты ранее стремились избегать. МВСТ ставит перед собой задачу научить человека не воспринимать свои негативные мысли и чувства как отражение объективной реальности, а относиться к ним в более широком смысле, как к чему-то проходящему и неустойчивому. Фактически речь идет о формировании децентрированного взгляда на свои неблагоприятные состояния, о том, чтобы пациент перестал отождествлять себя со своими мыслями и перестал воспринимать их как факты реальности. В рамках данного подхода культивируется неосуждающее и безоценочное восприятие негативных переживаний как проходящих и небесконечных — одна из важных сторон способности майндфулнесс [Segal et al., 2002].

Коррекция дефицитов СП в DBT

Одним из самых современных эффективных методов коррекции эмоциональных нарушений (эмоциональной дисрегуляции) является диалектическая бихевиоральная терапия — **DBT**, разрабатываемая, главным образом, для пациентов, у которых аффективные нарушения выступают одним из

проявлений пограничного расстройства личности [Лайнен, 2008]. Значительная часть пациентов с пограничным личностным расстройством страдает хронической депрессией и отличается перечисленными выше дефицитами в когнитивных процессах и интерперсональных отношениях.

Кроме того, в многочисленных работах было показано, что различные компоненты DBT обладают эффективностью не только в отношении пограничного личностного расстройства, но и в коррекции широкого спектра нарушений, связанных с дефицитом способности к саморегуляции, таких, как нарушения пищевого поведения, нарушения поведения, агрессивность, биполярное аффективное расстройство [Лайнен, 2008].

Тяжелые проявления и последствия пограничного расстройства включают целый комплекс нарушений: эмоциональные (симптомы депрессии, проблемы эмоциональной дисрегуляции) и поведенческие проблемы (импульсивное, агрессивное и аутоагрессивное поведение). П. Фонаги связывает эти проявления с нарушением способности к ментализации, которое является следствием плохого обращения и дезорганизации отношений привязанности в детском и подростковом возрасте [Бейтман, Фонаги, 2014]. В проблемных ситуациях сбой ментализации вместе с проблемами эмоциональной саморегуляции и порождает комплекс симптомов и поведенческих проявлений пограничного расстройства.

С точки зрения диалектического подхода нарушения ментализации пациента проявляются в категоричности восприятия, в неспособности к интеграции противоречий, в мышлении по типу «или/или» вместо «и — и» [Лайнен, 2008], что перекликается с описанием нарушений СП в терминах эгоцентрического преоператорного мышления.

Смысл диалектической терапии состоит в том, чтобы научиться *не принимать что-либо (собственные впечатления) как окончательную истину или неоспоримый факт, а стремиться к синтезу и интеграции разных аспектов действительности.*

Основными компонентами группового тренинга, основанного на идеях DBT, являются развитие осознанного внимания (mindfulness), навыков эмоциональной регуляции, интерперсональной эффективности и толерантности к стрессу [Linehan, 1993].

Структурированный курс DBT включает блоки занятий, посвященных каждому из компонентов DBT-тренинга: развитие осознанного внимания (mindfulness), навыков эмоциональной регуляции, интерперсональной эффективности и толерантности к стрессу, что в комплексе должно приводить к развитию зрелого, устойчивого, децентрированного стиля мышления в межличностных ситуациях.

Коррекция дефицитов СП в МВТ

Психотерапия, основанная на ментализации — *МВТ*, была разработана для лечения личностной патологии, и на сегодня обладает доказанной эффективностью в отношении ряда расстройств: пограничного личностного [Бейтман, Фонаги, 2014], тревожных и депрессивных расстройств [Fisher-Kern et al., 2013; Taubner et al., 2010].

Значительная часть целей терапии описанной выше *ДВТ* так или иначе включает в себя развитие способности к ментализации. Авторы, развивающие психотерапию, основанную на улучшении процессов развития ментализации (*МВТ*), как отдельное самостоятельное направление, говорят о том, что ментализация является своеобразным «катализатором» терапевтических изменений во многих школах психотерапии, начиная от классического психоанализа и заканчивая описанной выше *ДВТ* [Бейтман, Фонаги, 2014; Karlsson, Kermmot, 2006].

Процесс развития ментализации в психотерапии с необходимостью содержит в себе задачу преодоления эгоцентрического восприятия. В самом определении ментализации заложен комплекс черт, непосредственно связанных со способностью к децентрации. Так, зрелая ментализация требует тщательного анализа обстоятельств действия и предшествующего опыта, предполагает допущение того, что психические состояния влияют на поведение, и что воспринимаемая реальность может не совпадать с объективной. Выделяя два вида ментализации (эмплицитную и эксплицитную), Бейтман и Фонаги подчеркивают преимущественно бессознательный характер первой, и возможности осознанного развития второго вида — развернутой ментализации в процессе терапии.

Коррекция дефицитов СП в СВАСР

СВАСР — подход, который был разработан прицельно для лечения больных хронической депрессией и в ряде исследований подтвердил свою эффективность [Klein et al., 2004; McCullough, 2000, 2006].

Проявление эгоцентрического мышления в СП у данной категории пациентов является одной из центральных мишеней работы, которая включает несколько направлений. Во-первых, пациента обучают рассматривать свои проблемы в контексте «человек — окружающая среда», осознавать функциональный характер своего поведения и точно прогнозировать его последствия. Иными словами, статичный фрагментарный стиль восприятия межличностных ситуаций в процессе психотерапии меняется на вариативный процесс поиска различных объяснений происходящего, установления причинно-следственных связей между мыслями, чувствами, намерениями и действиями

каждого участника общения. Внимание пациента, таким образом, сосредотачивается на последствиях его поведения для внешней среды, на влиянии на окружающих людей. Это приводит к изменениям в поведении, к личностному росту и улучшению эмоциональной регуляции [McCullough, 2000].

Во-вторых, пациент обучается сопереживанию и эмпатическому взаимодействию с окружающими людьми. Наконец, пациент осваивает навыки компетентного коммуникативного поведения (например, навыки уверенного поведения, общения, родительского поведения, навыки разрешения межличностных конфликтов и т.д.), которые требуются для достижения желаемых результатов в межличностном взаимодействии [МакКаллоу, 2003]. Все перечисленное — осознание собственного влияния на окружающих людей и события, улучшение социального функционирования, обучение эмпатическому взаимодействию — позволяет перестроить межличностные взаимодействия пациентов и тем самым улучшить их эмоциональное благополучие, повысить уверенность в себе, обеспечить возможность получения социальной поддержки, и в итоге облегчить хронические депрессивные симптомы [Мак-Каллоу, 2003].

Одной из основных техник развития функционального, децентрированного мышления у пациентов в СВАСП является так называемый *ситуационный анализ*. Основной смысл этой техники состоит в вовлечении пациента в осознанное функциональное мышление и описание проблемных ситуаций с «эмпатической позиции», т.е. обращая внимание на связь между своими мыслями, поступками и их последствиями для развития ситуации и отношений с другими людьми [McCullough, 2000]. Ситуационный анализ противопоставляется глобальному мышлению и привычке пациента рассуждать о проблемах «вообще», не переходя к решению конкретных реальных жизненных задач.

Коррекция дефицитов СП в ИРТ

ИРТ — интерперсональный подход Дж. Клерман и М. Вейссман — обладает доказанной эффективностью в лечении депрессий [Markowitz et al., 2006; Weissman et al., 2007] и коррекции межличностных нарушений при других расстройствах аффективного спектра [Markowitz et al., 2006] и личностных расстройствах [Markowitz, 2005].

Не отрицая других причин возникновения расстройств аффективного спектра (в частности, депрессии), авторы подхода связывают непосредственное появление депрессивных симптомов с межличностными проблемами в текущей жизни пациента [Markowitz, 2006; Weissman et al., 2007] и фокусируются на связях между недавними событиями жизни, межличностными проблемами и депрессивными симптомами [Bleiberg, Markowitz, 2008].

Основной целью ИПТ является совершенствование социальной адаптации (социального функционирования), которое, в свою очередь приводит к отступлению депрессивных симптомов [Weissman et al., 2007].

Специфические цели психотерапии связаны с четырьмя областями межличностных проблем:

- 1) преодоление состояния депрессии (отягощенного состояния скорби, вызванного утратой близких людей);
- 2) преодоление конфликтов межличностного характера, которые возникают между больным и окружающими его людьми (особенно конфликтов в супружеских отношениях);
- 3) преодоление трудностей, которые связаны с изменением социальной роли;
- 4) преодоление разнородных недостатков в межличностном общении (дефицитов и пр.) [Weissman et al., 2007].

Терапевт фокусируется на преодолении актуальной жизненной ситуации с теми конкретными затруднениями, которые на данный момент переживает пациент. Он не исследует прошлое пациента, а исследует актуальные межличностные связи и характер контактов и, прежде всего, межличностную ситуацию в то время, когда появились депрессивные симптомы. Прошлое учитывается лишь постольку, поскольку оно может помочь терапевту вычленив паттерны взаимоотношений больного с окружающими людьми, актуальные в настоящем [Weissman et al., 2007].

Методы, которые использует терапевт, включают построение лучшей модели коммуникативного поведения, скорректированной в связи с требованиями социальной адаптации; разработку новых стратегий решения проблем, которые возникают у больного; выработку умения более успешно преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении [Weissman et al., 2007].

ИПТ-терапевты работают с пациентами, чтобы решить основную межличностную проблему, с помощью чего облегчаются страдания и совершенствуется система социальной поддержки [Bleiberg, Markowitz, 2008]. Акцент понимании дефицитов СП смещен к набору поведенческих навыков и стратегий, однако в целом направленность на развитие вариативных, гибких способов восприятия и поведения в межличностных отношениях, ориентацию на решение конкретных межличностных проблем согласуется с идеями преодоления глобального и эгоцентрического когнитивного стиля в СП.

Коррекция дефицитов СП в MemFlex

В качестве примера терапевтической программы, направленной на преодоление отдельных элементов преоператорного эгоцентрического мышле-

ния, можно привести одну из самых современных разработок — *MemFlex* — тренинг повышения специфичности автобиографической памяти [Hitchcock et al., 2016]. Тренинг включает несколько сессий, на которых обсуждаются различные аспекты автобиографической памяти:

- 1) различение глобальных и конкретных воспоминаний и их роль в способности к разрешению текущих жизненных проблем;
- 2) различение позитивных и негативных воспоминаний и навыки поиска позитивных;
- 3) навыки укрепления и насыщения позитивных воспоминаний конкретными ситуативными деталями, такими, как телесные ощущения, подробное описание чувств и внутреннего опыта, деталей окружающей ситуации (присутствия других людей или других деталей события).

Цели тренинга включают развитие трех ключевых навыков обращения с автобиографическими воспоминаниями: баланс (Balancing), исследовательскую позицию (Elaboration), гибкость (Flexibility). Первые исследования эффективности тренинга Memflex в группе больных депрессиями показали значимое снижение выраженности ряда дисфункциональных когнитивных черт (когнитивного избегания, руминаций), а также выраженности симптомов депрессии у участников [Hitchcock et al., 2016].

Программы самопомощи, включающие упражнения для развития СП

В заключение обзора следует упомянуть еще одно направление, по которому идет развитие методов психологической помощи пациентам — это разработка специальных руководств для пациентов по самопомощи и развитию навыков эмоциональной саморегуляции и СП. Практически все упомянутые выше подходы имеют по несколько десятков специальных изданий (а также программы для компьютеров и смартфонов, см. подробнее главу 3 настоящего пособия), в которых в доступной для пациентов форме излагаются общие принципы подхода и специальные упражнения, направленные на развитие тех или иных навыков [например, Cavanagh et al., 2014].

В научной литературе широко обсуждаются возможности и ограничения использования этих руководств. К достоинствам использования курсов самопомощи традиционно относят их экономическую и организационную доступность для широкого круга пациентов. В ряде исследований подтверждена эффективность психологической помощи, оказываемой без участия конкретного специалиста (психиатра, психотерапевта) [Coull, Morris, 2011].

Отмечается, однако, что эти методы подходят, главным образом, категории высокомотивированных пациентов, в остальных случаях высок процент

больных (в среднем, около 60 %), досрочно оставляющих лечение. Кроме этого, эффект от заочной самостоятельной работы по развитию отдельных навыков СП ограничивается актуальной социальной изоляцией пациента [Botella et al., 2009]. При этом популярность и частота использования руководств по самопомощи зависят не от доказательств эффективности подхода, а во многом — от простоты предлагаемых упражнений, а также простоты и доступности текста (литературного языка) [Newman et al., 2011].

Выводы

1. Коррекция нарушений СП является одной из центральных мишеней в терапии хронических расстройств аффективного спектра. Это направление работы включает, с одной стороны, развитие навыков эмоциональной саморегуляции и снижение, таким образом, выраженности симптомов аффективной патологии. С другой стороны, коррекция нарушений СП у пациентов способствует устранению источника эмоциональных нарушений в виде хронической неудовлетворенности в сфере общения. Концепция СП позволяет интегрировать ведущие психологические подходы к изучению расстройств аффективного спектра — межличностный и когнитивный.
2. Нарушения СП у больных хроническими расстройствами аффективного спектра описаны в рамках разных подходов к изучению СП, однако все они в целом соотносятся с комплексом черт преоператорного глобального эгоцентрического мышления, описанного впервые в работах Ж. Пиаже. Клинические наблюдения и исследования свидетельствуют, что значительная часть когнитивных дисфункций, входящих в комплекс преоператорных черт (глобализация, эгоцентризм, категоричность суждений, фокализм и др.) проявляется у данной категории больных именно в сфере СП. Нарушения СП выступают не только фактором риска возникновения, но и хронификации расстройств аффективного спектра, и поэтому являются одной из центральных мишеней психологической работы.
3. Проявления глобального эгоцентрического мышления выступают мишенями многих ведущих терапевтических подходов к лечению расстройств аффективного спектра. Несмотря на то что нарушения СП описываются в разной терминологии, а направленность техник варьирует от развития метакогнитивных функций до тренинга конкретных поведенческих навыков, цель психологической работы состоит в стимулировании социальной децентрации, «интерсубъективности», развитии СП на основе зрелого реалистического мышления.

Библиография

Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. 248 с.

Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.

Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004. 232 с.

Гаврилова Т.П. Экспериментальное изучение эмпатии у детей младшего и среднего школьного возраста // Вопросы психологии. 1974. № 5. С. 107–114.

Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2010. 430 с.

Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Пер. с англ. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2008. 592 с.

МакКаллоу Дж. Лечение хронической депрессии // Пер. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой. СПб: Речь, 2003. 368 с.

Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления // Психиатрия и психофармакология. 2002. № 4. С. 132–136.

Никитина И.В. Социальная тревожность и социальное познание (обзор зарубежных исследований) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 65–79.

Пашукова Т. И. Эгоцентризм в подростковом и юношеском возрасте: причины и возможности коррекции. Учебное пособие для студентов, школьных психологов и учителей. М.: Институт практической психологии, 1998.

Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. СПб.: Союз, 1997. 256 с.

Протопопов В.П., Рушкевич Е.А. Исследование расстройств абстрактного мышления у психически больных и их физиологическая характеристика (нарушение функций и взаимодействия обеих сигнальных систем человека в патологии). Киев: Госмедиздат УССР, 1967. 19 с.

Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014а. № 4. С. 80–97.

Пуговкина О.Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная терапия, основанная на осознанности, в лечении хронической депрессии Современная терапия психических расстройств. 2014б. № 2. С. 26–31.

Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при депрессиях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015а. № 1. С. 20–22.

Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015б. № 6(35) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>.

Смулевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 4. С. 128–132.

Фокина А.В. Роль личностного эгоцентризма в структуре подростковой девиантности : дисс ... канд. Психол. наук : М.: МГУ, 2008.

Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. 2016. № 2. С. 16–21.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения (на примере больных с расстройствами аффективного спектра) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. № 2. С. 15–24.

Циркин С.Ю. Депрессия и парциальная недостаточность интеллектуальной деятельности. В сб.: Аффективные и шизоаффективные психозы. М., 1999.

Юдеева Т.Ю., Царенко Д.М., Довженко Т.В. Нарушения социального познания и социальной адаптации у пациентов с биполярным аффективным расстройством // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 44–64.

Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. et al. Mindfulness: A proposed operational definition // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004. Vol. 11. P. 230–241.

Bleiberg K.L., Markowitz J.C. Interpersonal psychotherapy for depression // D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). New York, 2008.

Botella C., Garcia-Palacios A., Banos R.M., Quero S. Cybertherapy: Advantages, limitations, and ethical issues // *Psychology*. 2009. Vol. 7. P. 77–100.

Boyd R.L. et al. Cognitive egocentrism differentiates warm and cold people // *Journal of Research in Personality*. 2013. Vol. 47. P. 90–96.

Brown K.W., Ryan R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84. P. 822–848.

Cavanagh K., Strauss C., Forder L., Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions // *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34. P. 118–129.

Chambers J.R., Suls J. The role of egocentrism and focalism in the emotion intensity bias // *Journal of Experimental Social Psychology*. 2007. Vol. 43.

Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis // *Psychiatry Research*. 2001. Vol. 187. P. 441–453.

Coelho H.F., Canter P.H., Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007. Vol. 75. P. 1000–1005.

Cohen R., Weingarther H., Smallberg S., et al. Effort and cognition in depression // Arch. Gen. Psychiat. 1982. Vol. 39. P. 593 — 597.

Coull G., Morris P.G. The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: A systematic review // Psychological Medicine. 2011. Vol. 41. P. 2239–2252.

Crane C., Barnhofer T., Williams J.M.G. Reflection, brooding and suicidality: A preliminary study of different types of rumination in individuals with a history of major depression // British Journal of Clinical Psychology. 2007. Vol. 46. P. 497–504.

Degl'Innocenti A.A. Source memory and executive functioning in normal aging and depression. Goteborg: Goteborg univ., 1998. 62 c.

Elkind D. Egocentrism in adolescence // Child Development. 1967. Vol. 38. № 4. P. 1025–1034.

Enright R., Lapsley D., Shukla D. Adolescent egocentrism in early and late adolescence // Adolescence. 1979. Vol. 14. P. 687–695.

Evans S., Ferrando S., Findler M., Stowell C., Smart C., Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder // Journal of Anxiety Disorders. 2008. Vol. 22. P. 716–721.

Fischer-Kern M., Fonagy P., Kapusta N.D., Luyten P., Boss S., Naderer A., Blüml V., Leithner K. Mentalizing in Female Inpatients With Major Depressive Disorder // Journal of Nervous & Mental Disease. 2013. Vol. 201(3). P. 202–207. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182845c0a

Gunther K.C., Cohen L.H., Butler A.C., Beck J.S. Depression and Next-day Spillover of Negative Mood and Depressive Cognitions Following Interpersonal Stress. Springer science, Inc., 2007.

Hitchcock C., Mueller V., Hammond E., Rees C., Werner-Seidler A., Dalgleish T. The effects of autobiographical memory flexibility (MemFlex) training: An uncontrolled trial in individuals in remission from depression // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2016. Vol. 52. P. 92–98.

Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.

Karlsson R., Kermot A. Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2006. Vol. 43(1). P. 65–84.

Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31. P. 1041–1056.

Kim B., Lee S.H., Kim Y.W., Choi T.K. et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder // Journal of Anxiety Disorders. 2010. Vol. 24. P. 590–595.

Klein D.N., Arnow B.A., Blalock J.A. et al. Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy as a Maintenance Treatment for Chronic Depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004. Vol. 72. № 4. P. 681–688.

Kuyken W., Brewin C.R. Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse // *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. Vol. 104.

Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford. 1993. 180 p.

Markowitz J.C. Interpersonal therapy of personality disorder. In *Textbook of personality disorder* / J.M. Oldham, A.E. Skodol (Eds.) Washington, DC: APA publishing, 2005. P. 321–338.

Markowitz J.C., Skodol A.E., Bleiberg K. Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder // *Journal of clinical psychology*. 2006. Vol. 62. P. 431–444.

McCullough J.P. Treatment for chronic depression: Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy. New York: Guilford Press, 2000.

McCullough Jr., James P. Treating Chronic Depression With Disciplined Personal Involvement: CBASP. 2006.

Mikulincer M. Mental rumination and learned helplessness: Cognitive shifts during helplessness training and their behavioral consequences // In Sarason I.; Sarason B., Pierce G. *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1996. P. 191–210.

Miranda R., Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1 year follow-up in a community sample // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45. P. 3088–3095.

Nolen-Hoeksema S. The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. Vol. 109. № 3. P. 504–511.

Newman M.G., Szkodny L.E., Llera S.J., Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 89–103.

O'Neill S.C., Cohen L.H., Tolpin L.H., Gunthert K.C. Affective reactivity to daily interpersonal stressors as a prospective predictor of depressive symptoms // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004. Vol. 23. P. 172–194.

Paul N.A., Stanton S.J., Greeson J.M., Moria J. et al. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability // *SCAN*. 2013. Vol. 8. P. 56–64.

Raes F., Dewulf D., Van Heeringen C., Williams G. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study // *Behaviour Research and Therapy*. 2009. Vol. 47. P. 623–627.

Raes F., Hermansa D., Mark J., Williams G., Demyttenaere K. et al. Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? // *Memory*. 2006. Vol. 14. P. 584–594.

Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1999. Vol. 108. P. 3–10.

Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse // Archives of General Psychiatry. 2006. Vol. 63. P. 749–755.

Segal Z.V., Williams J., Teasdale J.D. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 2002.

Silberman E., Weingartner H., Post R.M. Thinking disorder on depression // Arch Gen Psychiatry. 1983. Vol. 40. P. 775–780.

Taubner S., Kessler H., Buchheim A. et al. Mentalisierung und chronische Depression // Psychotherapeut. 2010. Vol. 55(4). P. 299-305.

Teasdale J.D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // Behaviour Research and Therapy. 1999. Vol. 37. P. 53–78.

Watkins E.R. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought // Psychological Bulletin. 2008. Vol. 134. № 2. P. 163–206.

Weber B., Jermann F., Gex-Fabry M., Nallet A., Bondolfi G., Aubry J. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial // European Psychiatry. 2010. Vol. 25. P. 334–337.

Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's Guide to Interpersonal Psychotherapy. Oxford UP, 2007.

Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press. 2009.

Wilbertz G., Brakemeier E., Zobel I., Härter M., Schramm E. Exploring preoperational features in chronic depression // Journal of Affective Disorders. 2010. Vol. 124. P. 262–269.

Раздел 3. Роль IT-технологий в компенсации дефицитов социального познания при психических расстройствах (на примере тренингов для больных с расстройствами шизофренического спектра)

3.1. IT-тренинги — новая тенденция в практике помощи больным с психическими расстройствами

Согласно мнению экспертов, нарушения социальных когниций являются одной из ключевых характеристик шизофрении [Kern, Glynn et al., 2009]. При шизофрении нарушены от трех до четырех доменов, традиционно относимых к сфере СП: точность распознавания эмоций, «теория психического», атрибутивный стиль и социальная перцепция [Рычкова, Холмогорова, 2014]. Нарушения СП могут оказывать существенное влияние не только на социальное функционирование больных, но и на тяжесть психопатологической симптоматики [Demily, Franck, 2008], и являются одной из важнейших мишеней помощи данной группе больных [Kern, Glynn, et al., 2009]. Данные об эффективности применения медикаментов для компенсации дефицитов в области социальных когниций противоречивы [Kopelowicz, Liberman, Zarate, 2006; Churchland, Winkielman, 2012]. Наиболее удовлетворительные результаты получены при компенсации дефицитов, относящихся к сфере СП, с помощью методов традиционного тренинга [Peugoux, Franck, 2016]. Примеры таких тренингов приведены в разделе 1 пособия.

Несмотря на высокую эффективность, традиционный тренинг имеет ряд ограничений, в частности, сопутствующие его организации и проведению временные, трудовые и денежные затраты, а также проблемы мотивации участников и переноса полученных знаний в реальную жизнь в силу лабораторного характера обучения [Macedo, Marques, Queirós, 2015; Peyroux, Franck, 2016]. Для частичного преодоления этих ограничений были разработаны специальные компьютеризированные формы тренингов, в том числе с применением возможностей виртуальной реальности¹. Применение IT-технологий в практике помощи психически больным позволяет обеспечить индивидуальный подход к пациентам (например, за счет возможностей получения моментальной обратной связи и адаптации компьютерной программы под нужды конкретного пациента), доступность помощи (это особо значимо для отдаленных областей и регионов со слабо развитыми службами охраны психического здоровья), повышение мотивации к работе (за счет создания игрового дизайна или погружения в виртуальную среду, близкую к реальной), а также решение задачи психообразования.

Первые описания компьютерных технологий в лечении психических расстройств относятся к 1996 г. и посвящены исследованию эффективности применения IT-технологий в терапии агорафобии [Costa, Sardihna, Nardi, 2008], уже в течение первого десятилетия было опубликовано множество научных данных о возможностях применения IT-технологий в практике помощи пациентам с другими тревожными расстройствами [Powers, Emmelkamp, 2008], СДВГ [Eichenberg, Wolters, 2012], нарушениями пищевого поведения [Aimé, Cotton, Guitard, Bouchard, 2012], а также с расстройствами аутистического спектра [Wainer, Ingersoll, 2011].

Мировым трендом является изучение возможностей применения IT-технологий для компенсации дефицитов когнитивных и социальных навыков у больных с расстройствами шизофренического спектра [Macedo, Marques, Queirós, 2015; Peyroux, Franck, 2016]. Опубликованные исследования подчеркивают перспективность применения этого ресурса, описывая в целом положительный результат в оценке эффективности тренинга когнитивных и социальных навыков [Macedo, Marques, Queirós, 2015].

Появление и развитие парадигмы социального познания — относительно новая тенденция в науках о психическом здоровье [Холмогорова, 2014]. Первоначально развитие способностей в сфере социального познания с применением IT-технологий осуществлялось в рамках тренингов когнитивных

¹ Виртуальная реальность (VR) может быть описана как технология, которая в режиме реального времени создает виртуальный мир, с которым пользователь может взаимодействовать [Macedo, Marques, Queirós, 2015].

и социальных навыков. Специализированные компьютеризированные тренинги, направленные на компенсацию дефицита социальных когнитивных, а также данные относительно их эффективности появились лишь в последнее десятилетие [Macedo, Marques, Queirós, 2015].

Существующие в настоящий момент IT-тренинги условно можно подразделить на три больших вида: компьютеризированные варианты тренингов когнитивных и социальных навыков («wide interventions»), в рамках которых в том числе осуществляется развитие социальных когнитивных; «целевые» тренинги СП, направленные на развитие какой-то одной способности, относящейся к сфере социального познания («targeted interventions») и, наконец, тренинги, направленные на развитие нескольких способностей в сфере СП («global intervention»).

3.2. Применение IT-технологий для компенсации дефицитов социального познания в рамках тренингов когнитивных и социальных навыков

Тренинговые программы первого вида сочетают в себе элементы тренинга когнитивных и социальных навыков. Они могут быть как в полностью компьютеризированном формате, так и сочетать формы традиционного и компьютерного тренинга.

Коллективом авторов из США была разработана комплексная программа тренинга когнитивных и социальных навыков с сочетанием форматов традиционного и компьютерного тренинга [Kurtz, Mueser, Thime et al., 2015]. С целью восстановления когнитивных функций применялись специальные компьютерные упражнения из программы COG REM [Marker, 2003], направленные на улучшение внимания, оперативной, вербальной и невербальной памяти пациентов, а также их исполнительных функций (демо-версия модуля COG REM размещена на сайте <http://www.markersoftware.com/USA/frames.htm>). Длительность данной части тренинга составила 23 недели или 69 занятий продолжительностью около часа. Тренинг социальных навыков проводился в традиционном формате в течение 4–6 месяцев (46 занятий по 50 минут) и был направлен на развитие коммуникативных и ассертивных навыков, в том числе способностей к конструктивному выражению собственных эмоций, пониманию эмоций других людей и смене позиции.

Исследование эффективности данной программы проводилось на 56 пациентах с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения и шизоаффективный психоз), которые случайным образом были распределены в

две группы: первая группа участников (26 человек) проходила тренинг социальных и когнитивных навыков COG REM, вторая, контрольная, группа — только тренинг социальных навыков. Когнитивные и социальные навыки пациентов оценивались специальными методами (the Wechsler Adult Intelligence Scale, California Verbal Learning test, Penn Conditional Exclusion and Performans test и ролевой игрой Social Skills Performans Assesment) до и после тренинга. Результаты исследования показали, что после прохождения тренинга группа COG REM по сравнению с контрольной группой показала лучший результат не только по показателям внимания и памяти, но и по способности к эмпатии. Авторы делают вывод, что сочетание компьютеризированного тренинга когнитивных навыков COG REM с традиционным тренингом социальных навыков улучшает рабочую память и внимание при шизофрении и позволяет предположить, что этот эффект может способствовать и повышению способности к эмпатии.

СЕТ (Cognitive Enhancement Therapy), разработанная в США, является еще одним примером тренинговой программы, совмещающей традиционный групповой и компьютерный форматы работы. СЕТ направлена на уменьшение дефицитов СП и нейрокогнитивных [Hogarty, Greenwald, Eack, 2006]. Целью СЕТ является повышение умственной работоспособности, скорости обработки информации, а также приобретение социальных навыков и навыков решения проблем. Последнее достигается за счет развития таких социальных когнитивных, как «теория психического», распознавание эмоций и социальная перцепция. Программа реабилитации состоит из двух больших блоков. Первый блок — тренинг когнитивных навыков — состоит из 60 часов компьютерных упражнений, направленных на улучшение внимания, памяти и решения задач. Второй блок посвящен развитию способностей в сфере социального познания и проходит в классическом групповом формате — в течение 45 сессий у участников в ходе выполнения упражнений, ролевых игр и специальных домашних заданий формируются навыки распознавания эмоций других людей, понимания социального контекста и ментализации.

Интересными являются результаты двухлетнего исследования, проведенного под руководством Hogarty (2011), целью которого было изучение динамики трудовой занятости больных шизофренией, прошедших курс реабилитации СЕТ. 58 больных с шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, случайным образом были распределены в группу проходивших тренинг СЕТ (31 человек) и в группу получавших поддерживающую терапию (27 человек). Оценка нейро- и социальных когнитивных проходила до и после курса реабилитации, а также ежегодно в течение двух лет. Результаты показали, что лица, проходившие тренинг СЕТ, отличались большей стабильностью

занятости и конкурентоспособностью на рынке труда, а также имели более высокие доходы и удовлетворенность своей работой по сравнению с лицами из контрольной группы. Специально проведенный статистический анализ подтвердил, что данный результат связан с улучшением способностей в сфере социального познания и уменьшением когнитивного дефицита в группе, проходивших СЕТ. Авторы делают вывод о необходимости совмещения когнитивных и социальных тренингов для успешной психосоциальной реабилитации больных [Eack, Hogarty, Greenwald et al., 2011].

В университете г. Барселона (Испания) разработана компьютеризированная программа тренинга, направленная на развитие когнитивных навыков и способностей в сфере социального познания — **NPT-МН** [Fernandez-Gonzalo, Turon, Jadar et al., 2015]. Тренинг NPT-МН состоит из двух модулей: когнитивный модуль («NeuroPersonalTrainer») направлен на развитие внимания, памяти и исполнительных функций (рис. 3.1); второй модуль («the Social Cognition module») направлен на развитие таких способностей в сфере социального познания, как распознавание эмоций, «теория психического» и атрибутивный стиль. Каждый модуль содержит примерно около 40 задач, организованных по уровню сложности. Модуль, посвященный развитию социальных когниций, содержит также учебник, доступно рассказывающий о специфике социального познания, его задачах, социальных навыках и стратегиях поведения в различных социальных ситуациях. Выбор задач и уровня сложности на каждом сеансе работы с программой выбирается специалистом в области психического здоровья на основе составленного заранее когнитивного профиля участника. Продолжительность тренинга составляет около 4–5 месяцев (2 занятия в неделю). Каждая сессия включает в себя около получаса тренинга когнитивных навыков и получаса — социальных когниций.

Исследование эффективности программы NPT-МН проводилось на выборке больных шизофренией и шизоаффективным расстройством (53 чел) — 28 пациентов проходили тренинг NPT-МН и 25 вошли в контрольную группу проходивших обучение работе в одной из программ MS Office. На момент исследования все испытуемые находились в стадии ремиссии. Когнитивные навыки и способности в сфере социального познания оценивались до и после проведения тренинга. Для оценки когнитивных навыков использовалась целая «батарея» хорошо зарекомендовавших себя тестов, в том числе тесты Векслера (WAIS-III, WMS-III). Для оценки социальных когниций применялись тест на распознавание эмоций Пола Экмана (Ekman and Friesen, 1976), тест ложных убеждений — false belief/deception stories (Baron-Cohen et al., 1985), тест «определение психического состояния по выражению глаз», или сокращенно тест «Глаза» (Baron-Cohen et al., 1985) и опросник Internal,

personal and situational attributions questionnaire» (IPSAQ) (Kinderman and Bentall, 1995). Результаты показали, что после прохождения тренинга группы значимо различались по показателям внимания, памяти и распознавания эмоций (тест Экмана), по другим показателям различий между группами не было. Авторы делают вывод, что программа NPT-МН может быть полезным инструментом для развития когнитивных навыков и повышения точности распознавания эмоций.

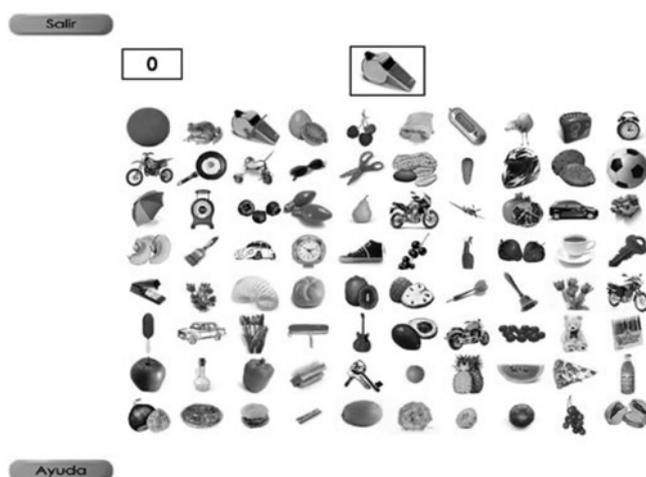


Рис. 3.1. Пример упражнения на развитие внимания из модуля «NeuroPersonalTrainer» программы NPT-МН

3.3. Применение IT-технологий в специализированных тренингах способностей в сфере социального познания

«Целевые» тренинги, направлены на развитие какой-то одной способности, относящейся к сфере СП

К данной группе тренингов можно отнести компьютеризированные тренинги, в рамках которых происходит развитие какой-то одной способности в сфере СП.

Примером такого компьютерного тренинга является программа **Mind Reading: Interactive Guide to Emotions** или сокращенно **MRIGE** (демо-версия программы размещена на сайте <http://www.jkp.com/uk/mindreading/demo/>),

целью которой является развитие способности к распознаванию психических состояний других людей. Данная программа обучает распознавать порядка 412 эмоций и неэмоциональных психических состояний, сгруппированных в 24 больших блока, ранжированных по уровню сложности. Для достижения целей обучения каждая эмоция описывается и демонстрируется несколько раз с применением различных методов — специально записанных видео-, аудиозаписей и примерами ситуаций, в которых данная эмоция может возникнуть. Программа содержит порядка 7000 уроков, направленных на развитие способности распознавать и понимать психические состояния. Интерфейс программы содержит три больших модуля: библиотеку с информацией об основных эмоциях и психических состояниях (рис. 3.2), «обучающий центр» с упражнениями на развитие социальных когний и игровой центр, предлагающий пять обучающих игр, в которых можно в игровой форме применить полученные знания [Juneк, 2007].

Программа MRIGE была изначально разработана Baron-Cohen для больных с расстройствами аутистического спектра и доказала свою эффективность по развитию способности к распознаванию эмоций для данной группы больных [Juneк, 2007; Lindenmayer, 2013]. Исследование эффективности данной программы проводилось и на выборке больных шизофренией. Так, в исследовании Lindenmayer et al., (2013) приняло участие 32 пациента с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения и шизоаффективное расстройство), проходящих в течение 12 недель тренинг MRIGE и компьютеризированный тренинг когнитивных навыков COGPACK. В качестве контрольной группы в исследовании участвовали пациенты с аналогичными диагнозами, проходящие только когнитивный тренинг COGPACK (27 человек). На момент начала тренинга группы испытуемых не различались по тяжести психопатологической симптоматики (шкала PANNS), по уровню психосоциального функционирования (Personal and Social Performance Scale) и способности к пониманию психических состояний других людей (Emotion Identification Task (FEIT), Facial Emotion Discrimination Task (FEDT), MCCB-MATRICES). Повторные замеры с использованием тех же тестов, проведенные после окончания обучения по программе, показали значительно более высокие показатели способностей к распознаванию эмоций и эмоционального интеллекта в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Авторы делают вывод, что сочетание тренингов когнитивных и социальных навыков дает больший эффект, чем изолированный тренинг когнитивных навыков у больных расстройствами шизофренического спектра.

Французская программа **ToMRemed** является компьютеризированным тренингом процессов ментализации для больных шизофренического спектра

[Bazin, 2010]. ToMRemed содержит 10 небольших видеофильмов, после просмотра которых пациентам в рамках групповой дискуссии предлагается обсудить намерения и действия персонажей. Работа с программой продолжается в течение 10 сеансов. В исследовании эффективности ToMRemed приняли участие 110 больных с шизофренией (26 женщин и 86 мужчин). Способность к ментализации оценивалась специальным тестом V-SIR [Bazin et al., 2009] до и после прохождения программы (тренинг длился в течение трех месяцев). Также с помощью шкалы PANSS у 38 испытуемых оценивалась тяжесть психопатологической симптоматики. Как показали результаты, способность испытуемых к ментализации после прохождения тренинга значительно улучшилась по сравнению с первоначальным уровнем, также было отмечено снижение тяжести психопатологической симптоматики. Специально проведенный статистический анализ показал, что достигнутые изменения не могут быть объяснены влиянием социо-демографических и клинических показателей [там же].



Рис. 3.2. Интерфейс программы Mind Reading: Interactive Guide to Emotions (MRIGE)

Тренинги, направленные на развитие нескольких способностей, относящихся к сфере СП

К данной группе тренингов можно отнести компьютеризированные тренинги, в рамках которых происходит развитие нескольких способностей в сфере СП.

Компьютерная программа **TAR (Training of Affect Recognition)**, созданная немецкими учеными Frommann, Streit и Wölwer (2003), направлена на развитие навыка распознавания эмоций и «теории психического». Работа с данной программой происходит в небольшой группе (два пациента и один терапевт) в течение 12 сессий продолжительностью от 45 минут до одного часа. Первые сессии посвящены отработке распознавания базовых эмоций по лицевой экспрессии (групповое обсуждение основных проявлений эмоций по изображениям на экране ПК), к концу курса задача усложняется, и проходящие тренинг учатся распознавать и понимать эмоции по вербальным и невербальным признакам с опорой на социальный контекст (обсуждение серии сюжетных картинок, предъявляемых на экране монитора).

В исследовании эффективности TAR участвовало 38 больных с шизофренией и шизоаффективным расстройством, 20 человек были включены в группу, проходящих тренинг TAR, 18 человек — в группу, проходящих компьютеризированный вариант когнитивного тренинга CRT, не содержащий специальных упражнений для развития СП. До и после тренинга тестировались способность испытуемых точно распознавать эмоции по лицевой экспрессии и голосу (Pictures of facial affect set (PFA), the Geneva Vocal Emotion Expression Stimulus (GVEESS)), «теория психического» (The ToM questionnaire), социальные навыки (ролевая игра), уровень социального функционирования (Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)), а также тяжесть психопатологической симптоматики (PANSS) и интеллект (Multiple Choice Vocabulary Test (MWT-B)). На момент начала исследования группы испытуемых не различались по уровню развития способностей в сфере СП, а также по уровню интеллекта и тяжести психопатологической симптоматики. Повторные измерения, проведенные сразу после окончания прохождения тренинга, показали, что TAR является эффективным инструментом для развития способности распознавать эмоции других людей, ментализации и социальной компетентности (в группе проходивших тренинг TAR были достигнуты значимые улучшения по соответствующим способностям, данный эффект не был получен в контрольной группе), однако связей между улучшением способностей в сфере СП и снижением тяжести психопатологической симптоматики получено не было [Frommann, Streit, Wölwer, 2003].

Программа **SocialVille**, созданная коллективом под руководством Mor Nahum (2014), направлена на компенсацию дефицитов социальных когнитивных у больных шизофренией. Тренинг содержит множество компьютерных упражнений, направленных на тренировку скорости обработки эмоциональной информации (распознавание эмоций по вербальным и невербальным каналам) и процессов ментализации. Интерфейс программы имеет игровой

дизайн: пациенту предлагается двигаться по карте вымышленного города из одного пункта назначения в другой (банк, магазин, кинотеатр, аэропорт и т.п.), выполняя предложенные программой упражнения. Одно занятия включает в себя выполнение шести упражнений (на каждое отводится по 10 минут). Например, для компенсации дефицитов в области «теории психического» / ментализации пациенту предлагается выполнить следующее упражнение — прослушать небольшую радиосценку, а затем ответить на вопрос, как, по его мнению, будет звучать голос персонажа в последующем аудиотрывке; для увеличения скорости обработки эмоциональной информации предлагается соотнести изображение эмоции и ее название за определенный промежуток времени (рис. 3.3). Прохождение тренинга *SocialVille* возможно как в условиях стационара, так и дома, т. к. результаты передаются лечащему врачу/специалисту в области психического здоровья в режиме реального времени.

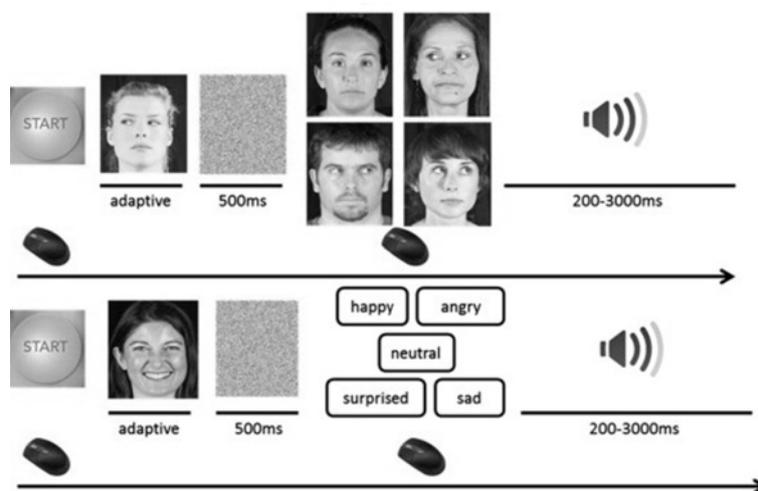


Рис. 3.3. Пример упражнения программы SocialVille на скорость обработки эмоциональной информации

Исследование эффективности применения SocialVille проходило на небольшой выборке из 34 человек: 17 больных шизофренией и 17 здоровых испытуемых. Группы не различались по половозрастным характеристикам, уровню развития интеллекта и способностей в сфере СП, измеренными соответствующими методиками. Скорость обработки эмоциональной информации тестировалась с помощью специального компьютерного теста;

способности в сфере социального познания и уровень социального функционирования измерялись с помощью комплекса широко известных методик (The performance-based Prosody Identification Test (PROID), Шкала социального функционирования, (SFS), Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) и др.). Дополнительно испытуемых просили заполнить специальные опросники, измеряющие мотивацию к работе в тренинге. Результаты исследования эффективности программы SocialVille показали, что данный IT-тренинг имеет большой потенциал для развития таких способностей в сфере СП, как распознавание эмоций по вербальным и невербальным каналам и процессы ментализации: результаты, достигнутые пациентами с шизофренией в конце обучения, были близки к результатам здоровых лиц, измеренным на момент начала обучения, дополнительно были отмечены повышение уровня социального функционирования больных и высокая мотивация к работе с программой [Mor Nahum, 2014].

Еще одна тренинговая программа с применением IT-технологий — **МСТ (Metacognitive training psychosis)** — разработана специалистами Гамбургского университета с целью психосоциальной реабилитации больных с расстройствами шизофренического спектра и другими расстройствами с проявлением психотической симптоматики [Moritz, Woodward, 2007]. Метакогнитивный тренинг МСТ содержит восемь образовательных модулей и предполагает работу в небольшой открытой группе пациентов (от 3 до 10 человек) продолжительностью от 4 до 8 недель (одно-два занятия в неделю по 45-60 минут). Метакогнитивный тренинг МСТ знакомит пациентов со специфическими для шизофрении когнитивными нарушениями восприятия социальной среды, которые могут способствовать бредообразованию и психотической декомпенсации, среди них дисфункциональные стили атрибуции, нарушения процессов ментализации и когнитивные ошибки по типу скоропалительных выводов («jumping to conclusions»). Информационные материалы МСТ содержат также программу домашних заданий и упражнения, направленные на развитие соответствующих социальных когний (рис. 3.4).

Подробное руководство по проведению тренинга, а также информационные материалы к нему размещены в открытом доступе на специализированном сайте на 33 языках, в том числе и на русском (<http://ag-neuropsychologie.de/mct-psychosis-manual-russian.html>). На сайте программы также представлены данные о вполне удовлетворительной эффективности применения тренинга МСТ.

Интересными представляются результаты исследования Moritz и Woodward (2007), проведенного на выборке больных шизофренией с целью изучения мотивационных возможностей программы МСТ. 20 пациентов

в течение 4 недель проходили метакогнитивный тренинг МСТ, и столько же — тренинг когнитивных навыков CogRem (см. краткое описание тренинга CogRem в параграфе 3.2). Группы испытуемых не различались по социо-демографическим показателям и тяжести психопатологической симптоматики (PANNS). С помощью метода наблюдения оценивалась безопасность работы с программой, также в конце каждого учебного модуля собиралась информация от участников о частоте применения получаемых на занятиях знаний в реальной жизни. Результаты показали, что, по мнению пациентов, тренинг МСТ является более интересным и перспективным с точки зрения полезности обучения и применения полученных знаний и навыков при решении межличностных проблем. Участники тренинга МСТ значимо чаще, чем участники программы CogRem, рекомендовали своим друзьям и знакомым пройти аналогичное обучение [Moritz, Woodward, 2007].



Рис. 3.4. Пример упражнения на развитие процессов ментализации программы МСТ (Metacognitive training psychosis)

В настоящее время программа МСТ успешно апробируется на базе медико-реабилитационного отделения Московского НИИ психиатрии [Попсуев, Мойвина, Миняйчева, 2014].

К компьютерным программам тренингов, направленных на развитие нескольких способностей в сфере социального познания, относится **онлайн приложение e-Motional Training** (<http://www.e-motionaltraining.com/>), направленная на развитие таких способностей в сфере СП, как распознавание эмоций, ментализация и точность социальной перцепции [Vázquez-Campo, Maroño, Lahera et al., 2016]. Обучение начинается с ознакомления с учебны-

ми материалами, описывающими особенности проявления основных эмоциональных состояний, а также с возможными когнитивными стратегиями понимания социального контекста и психического состояния других людей. Задачи на распознавание эмоций разработаны с возрастающей сложностью: от распознавания эмоций высокой интенсивности по выражению глаз и губ до понимания микровыражений. Для развития процессов ментализации и точности социальной перцепции программа содержит специальный фильм, разбитый на 33 сцены. После просмотра каждой сцены проходящему тренинг предлагается ответить на ряд вопросов (рис. 3.5). Когда ответ неверен, пациент получает специальные подсказки, которые помогают ему сменить позицию и переключить внимание на нужные детали фильма. Прохождение программы занимает 12 сеансов продолжительностью один час: первые 4 занятия посвящены развитию точности распознавания эмоций, 8 занятий — процессам ментализации и социальной перцепции. Программу можно проходить самостоятельно или под супервизией специалиста в сфере охраны психического здоровья.



Рис. 3.5. Пример упражнения ET[®] на развитие процессов ментализации

Исследование эффективности e-Motional Training (ET[®]) проводилось с участием 21 пациента с диагнозом F.20 (шизофрения), из них 12 человек случайным образом были отобраны в группу проходящих индивидуальный IT-тренинг. Испытуемые из контрольной группы (8 человек) получали традиционное лечение (сочетание трудотерапии с активными видами отдыха). Социальные когниции испытуемых измерялись соответствующими тестами: способность к распознаванию эмоций оценивалась с помощью те-

ста П. Экмана (Ekman 60 Faces Test), способность к ментализации или «теория психического» — с помощью теста «Hinting Task» и методики «Happé's Strange Stories», особенности атрибутивного стиля — с помощью опросника Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ). На момент начала исследования группы испытуемых не различались по показателям тяжести психопатологической симптоматики (PANSS) и имели сопоставимый дефицит в области социальных когниций. Повторные замеры, проведенные через месяц занятий, показали, что испытуемые, проходившие тренинг e-Motional Training, независимо от того, проходили ли они тренинг дома или в госпитале под наблюдением супервизора, значительно улучшили свои показатели по точности распознавания эмоций и способности к ментализации, также было отмечено значимое снижение тяжести психопатологической симптоматики. Данные результаты не были получены в контрольной группе. Статистически значимых различий по суммарному показателю опросника AIHQ между группами получено не было. Авторы программы делают вывод, что ET[®] является перспективным и понятным инструментом для самостоятельной тренировки большими расстройствами шизофренического спектра точности распознавания эмоций и процессов ментализации как в условиях стационара, так и в домашних условиях [Vázquez-Campo, Maroño, Lahera et al., 2016].

Программа RC2S представляет собой компьютеризированный вариант тренинга таких способностей в сфере СП, как распознавание эмоций и социальная перцепция, а также процессов ментализации [Reygoix, Franck, 2014]. Проходя программу RC2S, пациент должен помогать компьютерному персонажу Тому в различных социальных ситуациях (рис. 3.6). Прохождение тренинга RC2S занимает около 14 сессий с периодичностью один раз в неделю (по 1,5–2 часа). В течение этого времени пациент обучается новым когнитивным стратегиям анализа социального контекста и эмоциональной информации, пониманию психических состояний и мотивов поведения других людей.

Первые две сессии — подготовительные и выполняют информационно-мотивирующую функцию. Работа в RC2S начинается с оценки социальных навыков и социальных когниций пациента с помощью специального теста, встроенного в программу. Затем полученный результат обсуждается индивидуально с каждым пациентом с целью выявления влияний нарушений СП на его ежедневную жизнь, и намечаются конкретные цели обучения. Подготовительный этап завершается прохождением психообразовательного модуля, в котором раскрывается суть понятия «социальное познание» и его роль в жизни. Следующие 10 занятий посвящены тренировке способностей в сфере СП в соответствии с выделенными ранее мишенями помощи. Каждое занятие состоит из четырех частей: обсуждение контекста различных ситуа-

ций, в которых оказывается Том (терапевт и специальные подсказки, встроенные в RC2S, помогают пациенту рассмотреть ситуацию под разными углами зрения, с учетом намерений, желаний, эмоциональных состояний Тома и других персонажей); прохождение виртуальной симуляции, в которой пациенту необходимо действовать от имени Тома и выбирать из предложенных определенный вариант поведения (рис. 3.6), при этом выбор Тома определяет последующее поведение других персонажей программы (каждая симуляция длится примерно от 10 до 20 минут); просмотр записи виртуальной симуляции с обсуждением допущенных ошибок (например, если на этапе оценки социальных когнийций был выявлен дефицит точности распознавания эмоций, терапевт фокусирует внимание пациента на тоне голоса, жестах и лицевой экспрессии персонажей); выбор домашнего задания. Две заключительные сессии посвящены обобщению проделанной ранее работы, поиску и отработке способов применения полученных знаний и навыков в ежедневном социальном функционировании пациента.



Рис 3.6. Пример упражнения программы RC2S: пациенту необходимо сделать выбор, как лучше поступить в описываемой ситуации

Исследование эффективности применения RC2S проходило с участием двух испытуемых с диагнозом F 20 (шизофрения в стадии ремиссии), имеющих трудности в интерперсональных отношениях и социальном функционировании [Peugoux, Franck, 2016]. До и после прохождения тренинга оценивались тяжесть психопатологической симптоматики (PANNS), когнитивные функции (WAIS IV, Test of Attentional Performance, Matrix reasoning, Trail Making Test и др.), способности в сфере социального познания (различные методики, тестирующие точность распознавания эмоций (TREF), когнитивный и аффективный компоненты «теории психического» (EQ, the Eyes-test, the Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy), точность социальной перцепции (PerSo и GDR 3557), а также особенности атрибутивного стиля испытуемых (the Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire). Результаты исследования показали, что испытуемые значительно улучшили свои способности распознавать эмоции по вербальным и невербальным каналам, понимать психические состояния других людей и социальный контекст различных ситуаций, а также изменили свойственные им дисфункциональные стили атрибуции. Данный результат сохранился и через 9 месяцев после окончания обучения.

3.4. Возможности и ограничения IT-технологий в сфере развития социального познания

Таким образом, в компенсации дефицитов социального познания у больных с расстройствами шизофренического спектра широко применяются IT-технологии. Тренировка способностей в сфере социального познания с помощью компьютерных технологий происходит как в рамках тренингов социальных и когнитивных навыков, так и в специально созданных тренингах СП. Обучение с применением IT-технологий возможно как без личного контакта с другим человеком (по типу «человек — машина»), так и под супервизией или в сотрудничестве с психотерапевтом / другим специалистом в сфере охраны психического здоровья. Работа в IT-программах может осуществляться как в индивидуальном, так и групповом формате. В настоящее время разрабатываются групповые формы тренингов с применением технологий полного погружения в виртуальную реальность [см., например, Park, 2011]. Компьютеризированные варианты тренингов способностей в сфере социального познания имеют ряд достоинств. Так, применение IT-технологий позволяет обеспечить индивидуальный подход к пациентам за счет предоставления моментальной обратной связи, выбора оптимальной сложности задач и упражнений, учета индивидуального темпа деятельности, разбора

допущенных ошибок «здесь и сейчас» и т.п. Игровой дизайн и возможности компьютерной графики могут сделать работу в тренинговой программе более увлекательной и тем самым повысить мотивацию к работе. Возможность работать за компьютером дома делает получение помощи (в т.ч. в части психообразования) более доступным, что особо значимо для пациентов, перемещение которых ограничено, или живущих в регионах со слабо развитыми службами охраны психического здоровья.

Однако данные об эффективности применения компьютеризированных программ тренингов в настоящий момент противоречивы. Одна часть исследований подчеркивает высокую эффективность применения IT-технологий в тренингах когнитивных и социальных навыков, а также способностей в сфере социального познания [см. обзор: Macedo, Marques, Queirós, 2015], другая — свидетельствует об обратном [d'Amato et al., 2011]. Так, в исследовании эффективности тренинговой программы **RC2S** было достигнуто изменение дисфункциональных стилей атрибуции, характерных для больных шизофренией [Peugoux, Franck, 2016], но при применении программы **NPT-MH** данный результат получить не удалось [Fernandez-Gonzalo, Turon, Jadar et al., 2015]; специальные упражнения программы **e-Motional Training** [Vázquez-Campo, Maroño, Lahera et al., 2016] помогли улучшить способность больных с шизофренией точно распознавать эмоции, однако после прохождения компьютерного тренинга социальных навыков с применением технологии виртуальной реальности способность испытуемых распознавать эмоции не улучшилась [см.: Park, 2011]. Возможным объяснением полученных противоречий, нуждающимся в дальнейшей проверке², может быть не потенциальная неэффективность применения IT-технологий в тренингах соответствующих социальных когнитивных, а недостаточная настройка применяемого инструмента (речь идет о необходимости точного подбора оптимальных упражнений на тренировку соответствующего навыка с учетом ограничений применяемой технологии). Так, одним из главных ограничений применения IT-программ по типу «человек — машина» является отсутствие непосредственного, «живого» контакта пациента с психотерапевтом и другими участниками тренинга (именно это является зоной дефицита и уязвимости больных). Еще одним объяснением противоречивости данных об эффективности компьютеризированных программ тренингов может быть влияние возраста участников: в исследовании Wykes (2009) было показано, что молодой возраст является важным предиктором успеха прохож-

² В настоящий момент отмечается дефицит сравнительных исследований эффективности традиционных и компьютеризированных программ тренингов, IT-программ с индивидуальным и групповым форматом работы, программ, проведение которых возможно самостоятельно и под супервизией.

дения IT-тренинга (у пациентов с шизофренией молодого возраста эффекты компьютеризированной психологической помощи оказались значимо выше) [Wykes et al., 2009].

К ограничениям применения IT-программ помимо необходимости учета возраста участников также можно отнести высокую стоимость на этапе создания программы, необходимость технической поддержки, возможность развития побочных эффектов (синдром укачивания, нагрузка на зрение). Однако, как отмечают Macedo, Marques et al. (2015) применение IT-технологий в компенсации различных дефицитов у больных с расстройствами шизофренического спектра являются довольно перспективным направлением, часть ограничений применения подобных программ будет преодолена в ближайшее время за счет развития рынка IT-технологий, что определяет активный рост числа соответствующих разработок и публикаций.

Выводы

1. IT-технологии активно применяются при компенсации дефицитов в области социальных и нейрокогнитивных функций и в целом являются достаточно перспективным направлением разработок и исследований.
2. Данные об эффективности применения компьютеризированных программ тренингов в настоящий момент противоречивы. Одна часть исследований подчеркивает высокую эффективность применения IT-технологий в тренингах когнитивных и социальных навыков, а также способностей в сфере СП, другая свидетельствует об обратном, что делает актуальным дальнейшее изучение возможностей и ограничений IT-технологий.
3. В настоящий момент отмечается дефицит сравнительных исследований эффективности традиционных и компьютеризированных программ тренингов, IT-программ с индивидуальным и групповым форматом работы, программ, прохождение которых возможно самостоятельно, и под супервизией.
4. Применение IT-технологий в практике помощи психически больным имеет ряд преимуществ: позволяет обеспечить индивидуальный подход к участникам, делает помощь более доступной, помогает повысить мотивацию к работе. Однако при разработке соответствующих программ необходимо учитывать и их ограничения, в частности, отсутствие межличностного общения при работе в системе «человек — компьютер» и влияние возраста участников компьютеризированного тренинга на его эффективность.

Библиография

Пансуйев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 3. С. 33–36.

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспективы развития // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 30–43.

Холмогорова А.Б. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 8–29.

Aimé A., Cotton K., Guitard T., Bouchard S. Virtual reality and body dissatisfaction across the eating disorder's spectrum / In: Eichenberg C, editor. Virtual reality in psychological, medical and pedagogical applications. New York: InTech. 2012. P. 109–122.

Bazin N., Passerieux C., Hardy-Bayle M.C. ToMRemed: une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes // J. Ther Comport Cogn. 2010. № 20. P. 16–21.

Churchland P.S., Winkelman P. Modulating social behavior with oxytocin: how does it work? What does it mean? // Horm. Behav. 2012. № 61. P. 392–399. doi:10.1016/j.yhbeh.2011.12.003

Costa R.T., Sardinha A., Nardi A.E. Virtual reality exposure in the treatment of fear of flying // Aviat Space Environ Med. 2008. № 79(9). P. 899–903.

D'Amato T., Bation R., Cochet A., Jalenques I., Galland F. et al. A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia // Sch. Res. 2011. № 125(2–3). P. 284–290.

Demily C., Franck F. Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia // Expert Rev. Neurother. 2009. № 8. P. 1029–1036. doi:10.1586/14737175.8.7.1029

Eack S.M., Hogarty G.E., Greenwald D.P., Hogarty S.S., Keshavan M.S. Effects of Cognitive Enhancement Therapy on Employment Outcomes in Early Schizophrenia: Results From a Two-Year Randomized Trial // Res Soc Work Pract. 2010. № 21. P. 32–42.

Eichenberg C., Wolters C. Virtual realities in the treatment of mental disorders: A review of the current state of research / In: Eichenberg C, editor. Virtual reality in psychological, medical and pedagogical applications. New York: InTech. 2012. P. 35–64.

Fernandez-Gonzalo S., Turon M., Jodar M., Pousa E., Rambla C. H., García R., Palao D. A new computerized cognitive and social cognition training specifically designed for patients with schizophrenia/schizoaffective disorder in early stages of illness: A pilot study // Psychiatry Research. Vol. 228. № 3. P. 501–509.

Fett A.K., Viechtbauer W., Dominguez M., Penn D.L., van Os J., Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes

in schizophrenia: a meta-analysis // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011. № 35. P. 573–588. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.07.001

Frommann N., Streit M., Wölwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program // *Psychiatry Res.* 2003. № 117(3). P. 281–294.

Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R., Carter M., Greenwald D., Pogue-Geile, Zoretich R. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior // *Archives of General Psychiatry.* 2004. № 61(9). P. 866–876.

Hogarty G.E., Greenwald D.P., Eack S.M. Durability and mechanism of effects of Cognitive Enhancement Therapy // *Psychiatric Services.* 2006. № 57(12). P. 1751–1757.

Junek W. Mind Reading: The Interactive Guide to Emotions // *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2007. № 16(4). P. 182–183.

Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P., Marder S.R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2009. № 35. P. 347–361. doi:10.1093/schbul/sbn177

Kopelowicz A., Liberman P.R., Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2006. № 32. P. 12–23. doi:10.1093/schbul/sbl023

Kurtz M.M., Mueser K.T., Thime W.R., Corbera S., Wexler B.E. Social skills training and computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia // *Schizophr Res.* 2015. № 162(1–3). P. 35–41.

Lindenmayer J.-P., McGurk S.R., Khan A., Kaushik S., Thanju A., Hoffman L., Valdez G., Wance D., and Herrmann E. Improving Social Cognition in Schizophrenia: A Pilot Intervention Combining Computerized Social Cognition Training With Cognitive Remediation // *Schizophrenia Bulletin.* 2013. Vol. 39. № 3. P. 507–517. doi:10.1093/schbul/sbs120

Macedo M., Marques A., Queirós C. Virtual reality in assessment and treatment of schizophrenia: a systematic review // *J. bras. psiquiatr.* 2015. Vol. 64. № 1. P. 70–81.

Marker K. COGPACK Manual Version 5.9 / Laden-burg (Germany): Marker Software, 2003. Доступно на сайте: <http://www.markersoftware.com/USA/frames.htm> (дата обращения 07.11.2016)

Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive Training for Schizophrenia Patients (MCT): A Pilot Study on Feasibility, Treatment Adherence, and Subjective Efficacy // *German Journal of Psychiatry.* 2007. № 10. P. 67–78.

Nahum M., Fisher M., Loewy R. et al. A novel, online social cognitive training program for young adults with schizophrenia: A pilot study // *Schizophrenia research Cognition.* 2014. № 1(1). P. 11–19. doi:10.1016/j.scog.2014.01.003.

Park K.M., Ku J., Choi S.H., Jang H.J., Park J.Y., Kim S.I. et al. A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial // *Psychiatry Res.* 2011. № 189(2). P. 166–172.

Peyroux E, Franck N. Improving Social Cognition in People with Schizophrenia with RC2S: Two Single-Case Studies // *Front Psychiatry*. 2016 № 7. P. 66. doi: 10.3389/fpsy.2016.00066.

Peyroux E, Franck N. RC2S: A Cognitive Remediation Program to Improve Social Cognition in Schizophrenia and Related Disorders // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2014. № 8. P. 400–411. doi:10.3389/fnhum.2014.00400.

Powers M.B., Emmelkamp P.M.G. Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: a meta-analysis // *J. Anxiety Disord.* 2008. № 22(3). P. 561–569.

Roberts D., Penn D. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study // *Psychiatry Research*. 2009. № 166. P. 141–147.

Röder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner, H.D. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? // *Schizophrenia Bulletin*. 2006. № 32. P. 81–93. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbl021>

Rus-Calafell M., Gutiérrez-Maldonado J., Ribas-Sabaté J. A virtual reality-integrated program for improving social skills in patients with schizophrenia: a pilot study. *J. Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014. № 45(1). P. 81–89.

Vázquez-Campo M., Maroño Y., Lahera G., Mateos R., García-Caballero A. E-Motional Training*: Pilot study on a novel online training program on social cognition for patients with schizophrenia // *Schizophrenia Research: Cognition*. 2016. № 4. P. 10–17.

Wainer A., Ingersoll B. The use of innovative computer technology for teaching social communication to individuals with autism spectrum disorders // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011. Vol. 5. № 1. P. 96–107.

Wykes T., Reeder C., Landau S., Matthiasson P., Haworth E., Hutchinson C. Does age matter? Effects of cognitive rehabilitation across the age span // *Sch. Res.* 2009. Vol. 113. P. 252–258.

Wölwer W., Frommann N. Social-Cognitive Remediation in Schizophrenia: Generalization of Effects of the Training of Affect Recognition (TAR) // *Schizophr Bull.* 2011. № 37(2). P. 63–70. doi: 10.1093/schbul/sbr071.

Алла Борисовна Холмогорова
Ольга Валентиновна Рычкова
Ольга Дмитриевна Пуговкина
Мария Александровна Москачева

**Мишени и методы психологической помощи
пациентам с расстройствами шизофренического
и аффективного спектров**

Методическое пособие

*Издание не подлежит маркировке
в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 1 ФЗ № 436-ФЗ*

Корректор *Г.Г. Семенова*
Компьютерная верстка *Ю.А. Боркуновой*
Оформление серии *Ю.А. Боркуновой*

Подписано в печать 30.11.16. Формат 60×90/16.
Усл. печ. л. 6,0. Уч.-изд. л. 6,3.
Гарнитура «Миньон». Печать цифровая.
Бумага офсетная. Тираж 100 экз.

Издательский дом «Неолит»
107023, Москва, ул. Измайловский Вал, д. 30, стр. 4
тел.: (495) 963-18-55, (499) 785-02-43
<http://forum-books.ru>; e-mail: forum-knigi@mail.ru

Отдел продаж издательского дома «Неолит»:
107023, Москва, ул. Измайловский Вал, д. 30, стр. 4
тел.: (495) 963-18-55; e-mail: forum-ir@mail.ru