

УДК 616.895.8–085(048.8)

КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. В. Рычкова

*Белгородский Государственный Университет, кафедра общей
и клинической психологии, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

На протяжении всей истории психотерапевтического лечения психотических расстройств, весьма непродолжительной, но активно развивающейся области интервенций, можно выделить три этапа (46).

Первый связан с психодинамическим подходом, он начался во втором десятилетии XX века и продолжался до конца 50-х или даже позже (36). Несмотря на ряд интересных моделей, открытий в области психодинамики и закономерностей развития, что само по себе ценно, не удалось доказать, что психодинамическая терапия в случае шизофрении дает стойкий положительный эффект (59). Более того, ряд исследователей отмечает ухудшение состояния больных после нее (60, 67). Тенденция поиска интервенций, пригодных для больных шизофренией и отвечающих формату уже современного психоанализа, сохраняется, чему свидетельством является изданная в нашей стране известная монография Х.Спотница (1), посвященная психотерапии шизофрении. Однако аналитическая терапия при данном серьезном расстройстве скорее находится в стороне от главного направления работ по тематике психотерапевтических интервенций при шизофрении. Несколько принципиально важных моментов, тем не менее, мы запишем в заслуги аналитической терапии. Особенно важными среди них являются идея о роли терапевтических отношений и принцип коррективного эмоционального опыта. Важность этих принципов обусловлена тем, что их можно (и необходимо) использовать и в других, более структурированных, технологичных и «прозрачных» по целям проводимых интервенций и достигаемых результатов, видах психотерапии.

Второй этап связан с бихевиоральным подходом, начался он позже, с 60-х годов, причем быстро внедрился в реальную терапевтическую практику, стал общепризнанным и, кроме того, существенно повлиял на организацию среды психиатрического стационара. Несколько специализированных проектов, направленных на анализ результатов немедикаментозных влияний на состояние больных шизофренией, было осуществлено в США еще в 60–70-е годы,

что уже позволило убедиться в значимости факторов среды и научения. В рамках бихевиоральной терапии первоначально использовались подходы с опорой на методологию эмпирического случая. По сути они состояли из приемов, основанных на моделях классического или оперантного обусловливания, и фокусировались на обучении больных способам самоконтроля, социальным навыкам, управлении нежелательным поведением и т.п. Наибольшее распространение в названный период нашли техники так называемого «контроля последствий», основанные на модели оперантного обучения. В первую очередь это знаменитая «жетонная система», а также методы лечения, ориентированные на решение актуальных проблем («reality oriented»). Позже появились приемы психообразовательного воздействия на пациента, затем и на членов его семьи, проверенные в рандомизированных исследованиях, и оба названных подхода показали себя как эффективные, привлекательные как для больных, так и для персонала, дающие пролонгированный эффект (57, 81), они прочно вошли в арсенал врачебной практики. На данный момент собственно поведенческий подход сохраняет свое значение, но его практически невозможно найти в чистом виде, и, к сожалению, он используется не всеми практиками мира (56). Этот подход не оспаривал биологической парадигмы генеза расстройств, но только дополнял лечение.

Что касается собственно третьего этапа, начавшегося в 80-е годы и продолжающегося по настоящее время, то он приоритетно связан с когнитивной терапией (46, 47). Начавшись как метод лечения в первую очередь расстройств аффективного спектра, данное направление достаточно быстро завоевало себе место терапии выбора для этой клинической группы, а затем постепенно стало расширяться, используя базовые или модифицированные техники и для пациентов других групп. На сегодняшний день невозможно себе представить без использования приемов выявления автоматических мыслей и иррациональных убеждений, модификации

дисфункциональных представлений и оптимизации процесса переработки информации психотерапию таких клинических групп, как больные с депрессией, тревожными и связанными со стрессами расстройствами, патологией личности, зависимостями, при семейных проблемах и многое другое. Практиков подкупает краткосрочный (как правило) формат психотерапии, ясность и четкость процедур, очевидность направленности интервенций, отсутствие «магического» ореола вокруг процедур, четкая опора на реальность. Исследователей прельщает возможность разработки и апробации новых, основанных на когнитивных схемах, моделей психопатологических расстройств, поскольку данную работу нельзя пока считать законченной. Безусловно, сторонники данного типа терапии не могли пройти мимо такого актуального и имеющего чрезвычайно высокую социальную цену расстройства как шизофрения. Интерес к этому предмету отмечен уже у основателя когнитивной терапии – А.Бека, но на сегодняшний день масштабы исследований безусловно много шире. Далее мы рассмотрим этот аспект подробнее.

Типология когнитивно-бихевиоральной терапии

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия психозов, появившись сравнительно недавно, уже стала неоднородной, состоит из нескольких основных направлений. Мы полагаем возможным разделить ее на три основные группы. Данное деление, конечно, условно и небесспорно, но выполняет здесь задачу более точного описания с подчеркиванием различий. Объединяющим моментом является особое внимание данных подходов к процессам переработки информации и связанное с ними поведение, социальное функционирование больных шизофренией, достижение оптимального состояния этих обширных областей есть основная мишень.

Первое направление может быть определено как когнитивная коррекция (9, 31–34, 99, 100), которая стремится содействовать преодолению нарушений процессов обработки информации. Развившаяся на основе концепции нейрокогнитивного дефицита, когнитивная коррекция часто включается в планы реабилитационных программ, сочетается с другими видами воздействия, значимость этого направления интервенций в работе с больными шизофренией стала общепризнанной.

Второе направление – использование техник когнитивной терапии для воздействия на галлюцинации и бредовые убеждения (10, 15, 24, 53, 68, 91–95). Данное направление практически не освещалось в отечественной литературе и при его обозначении, возможно, вызывает сильное удивление. Однако оно зарекомендовало себя как практически пригодное и приемлемое и продолжает развиваться.

К третьему направлению, которое возможно было бы разделить и более подробно, мы отнесли те варианты терапии, где речь идет об использовании ког-

нитивных и бихевиоральных техник в помощь адаптации и восстановлению от психоза (19, 20, 38–42, 87). Здесь разработаны интервенции, использующие модели нарушений социального познания у больных шизофренией, более широкие проекты со множеством целей, но преимущественно также направленные на восстановление социального функционирования и превенцию рецидивов, в том числе изменяя отношение к болезни и проводимому лечению. Данное направление в последние годы сфокусировалось на работе с недавно заболевшими шизофренией лицами, и предложенные алгоритмы и технологии терапии уже успели доказать свой профилактический потенциал. Сюда мы относим техники, ориентированные на оптимизацию социального познания, комплаенс-терапию (51, 65), когнитивно-ориентированную терапию ранних психозов (46, 47).

Такое положение дел с пестротой картины терапевтических интервенций, предлагаемых как формы когнитивно-ориентированной терапии, находит отражение в западных обзорах, где также указывается, что дескриптор «когнитивно-бихевиоральная терапия» является «довольно неопределенным ярлыком», которым обозначают весьма разные виды интервенций: от нескольких сессий психообразовательной программы, предпринятых для поддержки группы пациентов с начавшимся заболеванием, до работы в индивидуальном формате, проводимой на протяжении 20–50 сессий и достигающей как ослабления активной психосимптоматики, так и заметно более радикального изменения всей структуры базовых когнитивных схем пациента (95). Авторы названной проблемной статьи прямо указывают на необходимость разработки единого стандарта лечения больных шизофренией с использованием когнитивной терапии как важнейшую перспективную задачу.

Нейрокогнитивный дефицит как основа интервенций при шизофрении

Начиная с 70-х годов, одной из важных вех в понимании природы шизофрении стало открытие явления нейрокогнитивного дефицита. Интерес к данному предмету был вызван как ранее сделанными в рамках экспериментальной психопатологии наблюдениями, так и развитием инструментальных методов исследования. Идея связать по крайней мере часть из симптомов шизофрении с поражением тех или иных областей головного мозга привела к существенному возрастанию числа эмпирических исследований, что и породило возникновение самого термина «нейрокогнитивный дефицит».

В работах зарубежных исследователей, использовавших нейропсихологические методы в клинике эндогенной патологии, показано, что больные шизофренией сталкиваются с многочисленными трудностями при выполнении большинства специализированных проб. Исследователи сообщали о нарушениях моторных и перцептивных процессов, пространственных функций, вербальной и невер-

бальной памяти, о дефиците контроля над деятельностью с затруднениями в ее произвольной регуляции, о трудностях концентрации и распределении внимания, других дефицитах (55). Особо описывались нарушения памяти, причем у больных находили низкие результаты буквально по всему диапазону существующих методов исследования памяти, отмечалось, что нарушения памяти более отчетливы, чем иные интеллектуальные затруднения. Эти данные позволили преодолеть разрыв между шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга, во-первых, а также иначе взглянуть на этиологические факторы шизофрении.

Длительное время обсуждался вопрос о возможности рассмотрения неврологических и нейропсихологических симптомов в качестве «маркеров» шизофрении. По данным ряда авторов, лица с высоким риском развития шизофрении показывают результаты, аналогичные обнаруженным у самих больных (17). Очень важными оказались свидетельства тому, что сходные по профилю неврологические нарушения, менее выраженные, обнаруживают ближайшие родственники больных шизофренией, не страдающие психотическими расстройствами (17, 34). Сейчас уже общепризнанным является мнение о том, что мягкие неврологические симптомы являются генетическим маркером риска развития шизофрении (17, 70), хотя одновременно есть данные и об аналогичных нарушениях у больных с аффективными расстройствами.

Если вернуться на десяток лет ранее, то такой ясности генеза и структуры нарушений еще не было, однако уже тогда появился концепт «генерализованного дефицита» у больных шизофренией, за которым могли стоять разнообразные нейрокогнитивные расстройства (52). Высокая частота и выраженность наблюдаемых при этом когнитивных нарушений дали основание для выделения их в качестве «третьей ключевой группы симптомов» шизофрении, наряду с позитивными и негативными расстройствами (55). Совокупность этих данных, в конечном итоге, позволила отнести шизофрению к заболеваниям «нейрокогнитивного» спектра (32, 33).

Поиск мозговых субстратных нарушений, ответственных за когнитивный дефицит, захватил многих исследователей. Мы не будем подробно останавливаться на описании их работ, поскольку это выходит за рамки темы, и отсылаем читателя к соответствующей литературе, но в качестве итогового момента обозначим тот факт, что среди наиболее эмпирически подтвержденных гипотез обрела свое место гипотеза о гипофронтальности у больных шизофренией, то есть дефицитов в лобных отделах мозга. Несмотря на обилие разнородных данных, полученных в частных исследованиях, на различие в профилях дефицитов, описанных для клинических групп больных (что нередко вызывалось различной методологией и методами изучения), можно ска-

зать, что именно идея гипофронтальности при шизофрении приобрела статус «нейропсихиатрической парадигмы». В соответствии с ней стали трактоваться многие факты описанных ранее нарушений внимания, присущих больным шизофренией, расстройства памяти, особенно вербальной, оперативной, а также целого ряда когнитивных функций (проблемно-разрешающего поведения, планирования и инициирования деятельности, оперирования информацией и так далее). Указанные нарушения подтверждают гипотезу гипофронтальности, особенно если учесть, что в зарубежных исследованиях параметр «внимания» означает более широкий класс явлений, относящихся к организации деятельности, поведению в целом.

Исследования больных шизофренией, разделенных по подгруппам на основании преобладания в картине заболевания негативных или продуктивных симптомов, показало, что больные с негативной симптоматикой хуже справляются с тестами, направленными на изучение функций префронтальных отделов, по сравнению с пациентами с продуктивными проявлениями. Наличие большего количества персевераций у пациентов с негативными симптомами стало подтверждением гипотезы о большей дисфункции лобных долей мозга при «негативной» шизофрении (17, 32), вслед за этим негативные проявления приписали именно дефициту функций префронтальных отделов.

Многочисленные исследования показали как существенное влияние клинической картины на нейрокогнитивный дефицит, особенно фактора активной симптоматики, так и изменения профиля нарушений после выхода из психоза. Сложность картины нарушений, много большая, нежели при органических поражениях головного мозга, была связана с тем, что шизофрения есть динамический процесс, длящийся от уязвимости, продромального периода, проходящий через обострения, подострые периоды и редукцию симптоматики. Это осложняет отношения между когнитивными подсистемами, а нарушения познания отражают многие факторы – от структурных аномалий мозга до его функциональных состояний. В острой стадии больше звучат специфические нейрофизиологические процессы, компенсируемые личностными влияниями. В подострой стадии сочетаются эти факторы, постепенно переходя от вторых к первым. Причем оказалось, что наиболее стойкие дефициты при шизофрении – те, которые возникают до ее начала и сохраняются в исходной стадии. Проявления повышенной уязвимости, наблюдаемые еще в детстве, обнаруживают связь с пренатальными или перинатальными поражениями генетического, вирусного, механического или аутоксического происхождения. Стабильность связи между шизофренией и когнитивными нарушениями дает возможность предположить, что нарушения познавательной сферы могут выступать в качестве предикторов болезни, то есть предшествовать манифестации заболевания.

Таким образом, открытие как множественных когнитивных дефицитов, так и ранних, до начала заболеваний, нарушений в когнитивной сфере привело к тому, что для практиков стало ясным значение фактора искаженного или неполного научения, и, соответственно, необходимости переучивания с целью доформирования необходимых навыков. Недостаточность первичных когнитивных процессов препятствует правильному функционированию познавательной системы, причем в этой системе все взаимосвязано и верхние «этажи» способностей влияют на нижние так же, как и наоборот. Точно так же связаны и влияют друг на друга разные формы познания социальных и несоциальных объектов. В одном из известных исследований, в частности, было выявлено наличие значимых корреляционных связей между базовым нейрокогнитивным дефицитом и трудностями в восприятии эмоций. Последнее включало процедуры распознавания эмоций по фотографии, идентификацию их по интонациям голоса и на основе кратковременных видеозаписей моментов межличностного взаимодействия. Наиболее связанным с указанными способностями параметром стал результат выполнения задач на визуальное предвидение. Удалось установить менее значимую связь трудностей восприятия эмоций с визуальной концентрацией, а также с нарушениями непосредственной и рабочей памяти. Это подтверждает значимость такого параметра как визуальное сканирование (предварительный просмотр) при выполнении задачи распознавания эмоций (48). Также находят подтверждение данные о связи между нейрокогнитивными нарушениями и расстройствами мышления у больных шизофренией (88). В последнем исследовании группа больных была разделена на основании выделения двух типов нарушений мышления: конкретного и вычурного, своеобразного. Результатом обоих видов нарушений мышления стали трудности усвоения вербального материала, речевой памяти, механического смыслового запоминания, концентрации внимания и знание социальных схем, то есть нарушения, требующие именно нейропсихологической коррекции.

Поскольку были установлены корреляции между нейрокогнитивным дефицитом и практически всеми иными нарушениями, встал вопрос о том, не является ли этот дефицит основным клиническим признаком шизофрении (55). Применительно к нашей теме наличие такой связи подтверждает правомерность выбора нейропсихологической недостаточности в качестве мишени интервенции, при этом положительных изменений можно было бы ожидать и в других, связанных с данной, сферах (32, 34).

**Подходы, основанные на модели
нейрокогнитивного дефицита (Engagement
Therapy, Integrated Psychological Therapy,
Schematic cognitive therapy и другие модели)**

Подходом к терапии, наиболее последовательно учитывающим идеи концепции нейрокогнитивного

дефицита, является «neurocognitive enhancement therapy», «neuropsychologically oriented therapy» или «cognitive enhancement therapy» (CET), так называемая «когнитивная улучшающая терапия» (8, 39–42, 63, 100). Она последовательно развивается на протяжении более чем двадцати лет и направлена на выявление и коррекцию активного фактора, через установление тех процессов, которые повреждаются, их «исправление, нормализацию». Подход вышел из экспериментальной психопатологии (64, 84) и клинической нейропсихологии (27, 29, 30), большое влияние оказала на него также нейропсихологическая реабилитация больных, страдающих органическим поражением головного мозга.

В технологии данного подхода первоначально из области базовых когнитивных способностей выделяются те, которые наибольшим образом страдают при шизофрении. Затем идентифицированные когнитивные способности тренируются в сериях упражнений, причем обычно используется групповой формат работы, частые и регулярные встречи с больными (до 5 занятий в неделю), нередко в сочетании с процедурами трудотерапии, подобранными таким образом, чтобы тоже тренировать нарушенные способности. Данный подход уделяет внимание больше когнитивным процессам как таковым, нежели содержанию мышления и деятельности, хотя последние также учитываются. Данный подход особенно популярен в широких программах реабилитации больных шизофренией, обычно как часть психосоциального вмешательства (42). На сегодняшний день отмечено некоторое расширение задач CET, обусловленное возрастающей популярностью описания нарушений способностей больных шизофренией к осуществлению задач социального познания. В этой связи в условиях, когда нарушения социального познания иногда трактуются как базовые, «сущностные» для болезни, могут изменяться мишени терапевтических интервенций. Поэтому исследователи переходят от упражнений для тренировки внимания и памяти к процедурам, направленным на осуществление социальной активности. Это могут быть тренировки навыков ведения диалога, взаимодействия на основе релевантных интерактивных обучающих программ, групповых упражнений, адресованных нарушениям, препятствиям и социальным барьерам, обусловленным дефектными вариантами когнитивного стиля, обнаруживаемого у больных. Различие заключается в том, что вместо собственно когнитивного дефицита в основу положены нарушения именно социального познания, соответственно и оценка эффективности интервенций проводится на основе данного параметра.

Проведены тщательные исследования эффективности данного вида терапии (38), в которых оценивалась ее роль в восстановлении как собственно когнитивных способностей, так и иных, например, способности к социальному познанию. Данные, учитывающие длительный катамнез, под-

твердили теоретическую гипотезу о том, что описываемый вид терапии действительно является комплексным, многомерным, помогает больным лучше справляться с порождаемыми заболеванием проблемами, развивая совладающие стратегии, изменяя когнитивный стиль. В числе выделенных факторов, ответственных за улучшение – особенности собственно когнитивного стиля, социального познания и организации собственного взаимодействия в социуме. Прямой связи с симптоматикой и ее динамикой выявлено не было.

По мере того, как изменялся формат СЕТ под влиянием теории социального познания, акцент предлагаемых программ интервенций все более сдвигался с тренировки параметров, дефицитарных в рамках нейрокогнитивных нарушений, на тренировку способностей, отвечающих за социальное познание. На сегодняшний день предлагают менее линейный вариант СЕТ, который исходит из того, что главной проблемой при шизофрении является постижение «сути» социальных ситуаций, при этом «сущностные» социальные когниции не есть результат большого числа нарушенных молекулярных когнитивных процессов, но – искажений более глобального концептуального понимания. Целостная картина восприятия социальной ситуации (или социального объекта) возникает из небольшого числа элементов информации, но если они связаны с определенными схемами (например, социальные роли или сценарии), которые хранятся в памяти. Это требует также дальнейшей модификации ориентированной на тренинг навыков терапии СЕТ, введения в нее методик, воздействующих более прямо на когнитивные схемы, что дает перспективу развития.

Подчеркнем также, что контролируемые исследования показали эффективность СЕТ в повышении социальной компетентности (42, 85). В современных исследованиях эффективности СЕТ (22) используются такие параметры, как эмоциональный интеллект, измеряемый с помощью оригинальных методических приемов (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test). Эффекты СЕТ, касающиеся повышения уровня показателя эмоционального интеллекта, оказались очень существенными и сохраняющимися на протяжении как минимум года после ее завершения. Особенно они касались способности больных понимать собственные эмоции и управлять ими, понимать эмоциональные состояния других людей. В качестве мнения авторов исследования присутствует пожелание важности раннего, сразу после начала заболевания, проведения СЕТ, для достижения большего эффекта и предотвращения стабильных нарушений у больных.

Еще одним вариантом, происходящим из идей нейрокогнитивного дефицита, стала интегративная психологическая терапия – «integrated psychological therapies» (IPT) (12, 84, 85), также возникшая чуть более двух десятилетий назад. Ее сходство с СЕТ обусловлено стремлением выделить специфические

нарушения когнитивных способностей, типичные для шизофрении, с целью последующего их развития и упражнения. Используется сходный групповой формат и направленность больше на собственно когнитивные способности и способы переработки информации.

ИРТ развивалась также на основе экспериментальной психопатологии, но с самого начала отчетливо присутствовал ее фокус – нарушения именно социального познания и социального функционирования больных шизофренией. Поэтому фактически ИРТ включает несколько программ специализированных тренингов, ориентированных на восстановление способности пациентов функционировать как полноценные субъекты социального взаимодействия. В числе наиболее распространенных подпрограммы, фокусирующиеся на социальной перцепции, когнитивной дифференциации, в том числе на материале социальных стимулов, вербальной коммуникации. Все эти подпрограммы ИРТ проводятся как структурированная групповая активность, весьма интенсивная, которая предъявляет высокие требования как к познавательным способностям, так и к уровню включенности и активности пациента. Каждая подпрограмма включает большое число специальных действий, которые повторяются пациентами, и эти действия градуированы по сложности и могут непосредственно оцениваться. Врач вводит каждую процедуру, руководит участниками и оценивает их ответы.

Наблюдения показывают, что в ИРТ терапевтические эффекты достигаются не сразу, процесс терапии прогрессирует постепенно, градуально, от простых задач на различение, опознание до конвенциональных социальных правил и проблемно-разрешающего межличностного тренинга. Разработчики ИРТ рекомендуют ее проведение отдельно для лиц с разным уровнем когнитивного функционирования. Различаются не процедуры, но скорость изменений. Подбор групп требует, чтобы была процедура оценки пациентов. Для управления динамикой группы врач следует правилам интеракции: дружественная, но деловая атмосфера, обратная связь не в форме оценки, но групповой дискуссии, эмпатическое отражение эмоций, если они возникают, разъяснение вербализаций пациентов, ободрение участников. Причудливое поведение комментируется кратко со стороны его эмоционального значения, или игнорируется, вызывающее – прерывается, либо может использоваться мера в виде удаления пациента.

Первые исследования ИРТ (85) показали существенное улучшение для пациентов в сравнении с больными, не получавшими терапию, по данным оценки навыков решения межличностных проблем. Очень интересным оказалось то, что после курса ИРТ отмечались эффекты преодоления нейрокогнитивного дефицита, причем сопоставимые с наблюдаемыми при лечении нейролептиками нового и старого поколения. Кроме того, постфактум прове-

денные исследования, в том числе мета-анализы, показали, что влияние ИРТ на социальную компетентность не связано единственно с усовершенствованием нейрокогнитивного функционирования. Скорее другие процессы, возможно именно социальные по характеру, не измеряемые при лабораторных исследованиях, являются медиаторами улучшения социальной компетентности (77). Исследования показали значимую роль улучшения кратковременной памяти, не связанной с социальными конструктами. В ряде исследований также были найдены связи кратковременной памяти и социальных навыков или социальной компетентности (3, 33, 85). Возможно это так из-за ключевой роли памяти в самых разных задачах, тем более, что нарушения памяти — основной источник помех для больных шизофренией, что препятствует социальной компетентности и процессу социального познания. Подтверждена гипотеза о влиянии ИРТ на социальное функционирование в сочетании с другими аспектами лечения (100), в числе таковых существенными стали субъективные эффекты, связанные с чувством самоуважения и самоэффективности пациентов. Использование научения вело к улучшению показателей по целому ряду нейрокогнитивных процессов, относящихся к уровню исполнительского функционирования (25, 28, 44, 45), который включает анализ проблемы, планирование сложного поведенческого ответа, работу, запоминание, оценку ответа и манипуляции понятиями, а также ведет к ощущению своей состоятельности и компетентности.

Нейрокогнитивные воздействия должны быть обеспечены в разных форматах — отвечая ресурсам, клиенту, обстановке. Литература описывает диадический, близкий к психотерапии формат (16, 76, 84). В этом подходе упражнения построены в непосредственной манере, отражают результаты тестирования, для оценки используются лабораторные задачи, что позволяет оценить достигнутый эффект. Здесь сразу обнаруживаются недостатки и в соответствии с ними подбираются процедуры. Опирающиеся на многие подходы квазиэкспериментальные проекты, способные обнаружить отдельные дефекты и эффекты от лечения, подходят для этой цели.

Итак, можно отметить, что результаты СЕТ и ИРТ вполне сопоставимы друг с другом и это не случайно, поскольку модели ИРТ и СЕТ используют тактику создания социального контекста для когнитивных техник. Индивидуальные виды нейропсихологического воздействия предполагают включение определенных упражнений в широкий контекст реабилитации и психотерапии. Упражнения сопровождаются обоснованием лечения, формулировкой целей, связи упражнений с реальными навыками, опираются на реальные проблемы. Указывается два фокуса работы — собственно нейрокогнитивный дефицит и конкретные социальные навыки. Помимо диадической работы, нейрокогнитивные упражнения могут быть соединены с тера-

пией занятостью и другими формами реабилитационной активности. ИРТ и СЕТ подходят и для индивидуального, и для группового формата.

Необходимо отметить, что мы остановились на двух направлениях психотерапии, основанных на преодолении нейрокогнитивного дефицита и нарушений социального познания. Предлагались и другие модели, например «schematic cognitive therapy» — схематическая познавательная терапия (40, 41, 53), или «cognitive-behavioural group therapy» (CBGT) — групповая когнитивно-бихевиоральная терапия (96). Последняя ориентирована на пациентов, находящихся на стационарном лечении. Спецификой данного подхода стало то, что обычно психотерапию не использовали для больных стационара, то есть находящихся в острой фазе болезни. Если больных в стационаре и подвергали воздействию какой-либо групповой терапии, то ранее это была аналитически ориентированная работа. Здесь же происходит именно такая интервенция, начинающаяся еще до выхода из психоза.

Рассмотрим предлагаемый в указанном исследовании проект подробнее. Основной метод состоял из серии интервенций в виде сеансов длительностью 1–1,5 часа в группе из 7–14 пациентов, занятия проводились двумя ведущими: терапевтом, обычно лечащим врачом, и ко-терапевтом. Сеттинг предполагал частые встречи, ежедневно, в первой половине дня, каждая сессия касалась одной темы, среди которых как обязательные, так и дополнительные, второстепенные. Среди обязательных такие: «Что произошло перед обострением болезни?», «Модель уязвимости к стрессу», «Лекарства, используемые при лечении», «Ранние признаки ухудшения состояния», «Цели после выписки». Среди дополнительных тем, обусловленных психологическими проблемами участников терапии, такие: «Алкоголь», «Галлюцинации», «Тревога и страх», «Бред и психотическое мышление», «Расстройства настроения», «Личностные расстройства из кластера А — гнев», «Личностные расстройства из кластера В — вторичная выгода», «Суицидальные идеи», «Принудительное лечение».

Структура сессии: введение, где формулируются цели, представление новых членов группы, обзор домашнего задания, резюме предыдущей сессии, тема дня, резюме настоящей сессии, сделанное руководителем, и домашнее задание. Перед каждым занятием ко-терапевт напоминает больным правила группы, главные из которых касаются того, как и что они могут говорить, им напоминают, что они могут покинуть группу, в том случае, если они не могут выполнять правила, и вернуться, если будут их уважать.

Главные приемы, используемые в данном формате: сократические вопросы, поощрение эффективной коммуникации и диалога между пациентами как людьми с похожими проблемами (вместо общения с профессионалами, дающими советы), помощь пациентам в установлении связи между их мысля-

ми, эмоциями и поведением, моделирование и разыгрывание ролей, «нормальное» объяснение симптомов и попадания в больницу, положительное подкрепление и конструктивная обратная связь, структурированное решение проблем, но с использованием гибких стратегий, коммуникативные навыки (позитивные чувства, позитивные замечания, негативные чувства и активное выслушивание).

В качестве индикаторов эффективности воздействия использовались следующие: частота агрессивного и возбужденного поведения в палате, частота и пропорция использования принудительных лечебных мероприятий, атмосфера в палате, удовлетворенность пациентов и их родственников, удовлетворенность персонала. Данные об эффективности получены, но требуют дальнейших исследований, поскольку ранее результаты такой терапии в стационаре не выглядели многообещающими. Ключевыми факторами успеха, по мнению авторов проекта, стали ориентация на модель стресс-уязвимости как основной в понимании заболевания, стратегия сократического опроса вместо подачи информации «сверху вниз» с поддержкой чувства взаимности и «нормальным» объяснением симптомов и госпитализации, психообразовательные методы и приближение к проблеме для ее решения с использованием гибкого подхода. Данный формат работы много ближе к собственно психообразовательному, хотя и содержит задания для преодоления когнитивных дефицитов и работы с дефектами схем социального познания.

Еще одной моделью, которую необходимо упомянуть, является «cognitive remediation» – когнитивное перепосредничество, которая заявляется как вид интенсивной терапии, ориентированной на помощь больным шизофренией в их совладании с повседневными нагрузками. Основной его целью является преодоление когнитивных дефицитов, таких как трудности припоминания, недостаточная концентрация или переключаемость внимания. Также могут иметь место проблемы планирования действий или принятия решений, исправления ошибок или большие трудности при осуществлении повседневных дел.

В рамках данного вида терапии осуществляются частые (по 4 сессии в неделю) встречи с пациентом на протяжении длительного периода (не менее 3 месяцев). В ходе этих встреч пациенты выполняют простые упражнения, содействующие позитивным изменениям в трех основных зонах:

- познавательная гибкость (cognitive flexibility) – способность переключаться с одной задачи на другую, тренируемая, например, с помощью различных корректурных проб;

- рабочая или оперативная память – удерживание одной задачи при выполнении другой, что может быть достигнуто путем запоминания набора символов и затем выстраивания их в определенной последовательности;

- планомерное выполнение повседневных дел, чему содействует выполнение задач на предвидение изменения стимула по предварительно усвоенным правилам.

Данный вид терапии никак не воздействует на галлюцинаторные феномены или бредовые убеждения, но иногда такое воздействие происходит за счет косвенного влияния на активную психосимптоматику. Более очевидным результатом является воздействие данного вида терапии на самооценку больных шизофренией через повышение их чувства собственной компетентности.

Как видно из описания, в чем-то данный вид терапии отчетливо перекликается с давно известными приемами трудотерапии, рекомендуемыми для больных шизофренией (особенно длительно находящихся в стационаре) на протяжении десятилетий. Различие же, на наш взгляд, состоит в том, что трудотерапия, ее эффекты и ожидания от нее – результат голого эмпиризма, тогда как за когнитивным перепосредничеством стоит ясная, очевидная, верифицированная модель.

Тем не менее, некоторые исследователи, даже сторонники данного вида терапии, продолжают считать ее проблемной зоной неясность теоретических оснований, сохраняющийся эмпиризм (98), а также, отметим с нашей стороны, весьма условное ее отличие от уже описанных ранее видов терапии, ориентированных на преодоление когнитивных дефицитов. Однако на сегодняшний день в рамках данного направления имеются интересные модификации, связанные с использованием компьютерных технологий. Так, в рамках одного из проектов (54), данные о котором опубликованы в текущем году, больным предлагались упражнения для тренировки концентрации внимания, запоминания, использования речи и проблемно-ориентированного поведения на основе компьютерных программ. Авторам проекта удалось добиться существенных изменений ряда параметров нейрокогнитивных функций, причем отнюдь не обязательно связанных с работой на компьютере, но общего характера, влияющих на состояние когнитивных процессов. Хотя здесь также не вполне ясна теоретическая модель, данный вид интервенций требует своего дальнейшего исследования, он, по нашему мнению, обладает мощным потенциалом дальнейшего развития.

Когнитивная терапия психотических симптомов

Наиболее близким к традиционному формату когнитивной психотерапии являются интервенции другого рода, сосредоточенные на воздействии на клиническую симптоматику больных шизофренией. Положил начало данному виду интервенций более 50 лет назад непосредственный родоначальник когнитивной психотерапии Аарон Бек. Он описал случай лечения пациента с параноидным бредом, к которому были применены приемы предложенной А.Беком терапии (5, цит. по 94). В данном клиническом случае в ходе терапии детально исследо-

вались события и обстоятельства жизни данного пациента, сопутствующие возникновению параноидной симптоматики. Пациента просили идентифицировать его «преследователей», описывать их манеру одеваться, выражение лица, поведение и манеры. Постепенно пациент стал более уверенно исследовать поведение предполагаемых преследователей, а затем вычеркивать некоторых из них из составленного им самим списка. Таким образом, в конце концов он вычеркнул всех лиц из составленного списка, находя их не соответствующими портрету его предполагаемых преследователей (сотрудников государственной фискальной службы) и давая иное объяснение их поведению. Важно отметить, что эффект данного терапевтического вмешательства удержался и в дальнейшем. Что же касается техники, то здесь не было никаких попыток разубеждения клиента, прямого воздействия на параноидный бред, однако путем использования техники исследования симптома и проверки реальностью эффект был достигнут.

Впоследствии, по мере возрастания доказанной результативности когнитивной психотерапии применительно к пациентам других клинических групп (в первую очередь при депрессии, конечно), стали появляться описания интервенций, проведенных в отношении больных шизофренией, первоначально чаще в Великобритании. На сегодняшний день данная практика широко распространена и в других странах.

Когнитивная психотерапия применительно к шизофрении безусловно отличается от таковой в отношении пациентов с депрессией или тревожными расстройствами (53). Методы изменены вследствие как особенностей заболевания (например, наличие когнитивных дисфункций), так и из-за вторичных эффектов (стигматизации, социальных потерь). Но некоторые ключевые моменты сохраняют свое значение. Среди них такие, как развитие терапевтических отношений, достижение альтернативного объяснения проявлений шизофренического расстройства, снижение влияния продуктивных и негативных симптомов, повышение приверженности к лечению через использование иных моделей болезни.

Формат когнитивной терапии шизофрении предполагается краткий, но не менее 10 запланированных сессий, причем всегда в сочетании с сопутствующим медикаментозным лечением. Важно подчеркнуть, что никто из авторитетных исследователей не склонен рассматривать когнитивную терапию при шизофрении как альтернативу медикаментозному лечению, но только как некоторое существенное его дополнение. Остановимся на указанных выше ключевых моментах подхода. Что касается терапевтического альянса, то общеизвестно, что он должен сопутствовать любой психотерапии и когнитивная не является исключением. Основой его становится эмпатия, уважение к пациенту, безусловное принятие. Одной из основных терапевтических

стратегий является исследование связей между убеждениями пациента, его верованиями, в том числе заблуждениями, и его реальным поведением, с опорой на «проверку реальностью». Важно помнить, что работа предполагает сотрудничество без внешнего руководства и разубеждения. Здесь нет вызова убеждениям пациента, но внимание уделяется субъективному опыту, анализу его (врач, ориентированный на биомедицинскую модель, скорее будет расценивать эти переживания больного как симптом и игнорировать их).

Следующий пункт – достижение альтернативных объяснений симптома. Необходимо добиться такого варианта объяснения субъективных переживаний, которое устраивало бы и больного, и терапевта. Опыт показывает, что наиболее приемлемой является модель стресс-уязвимости, когда анализ реальных стрессоров показывает их связь с психическим состоянием пациента. При этом важно оценивать формулировки для того, чтобы гарантированно избежать возникновения у него чувства вины в отношении своего заболевания. Иногда такие альтернативные объяснения пациент может обсуждать, но не принимать, однако впоследствии это может произойти (78).

Снижение влияния продуктивных симптомов – одна из важнейших целей, а применительно к бредовым убеждениям это оборачивается необходимостью использования техники «peripheral questioning» – периферического опроса (92). В этом случае терапевт опрашивает пациента в отношении его убеждений о том, как именно он пришел к таким выводам, что дает возможность тестирования реальностью и применения иных объяснений событий. Могут использоваться домашние задания в виде процедур поиска подтверждений как собственным убеждениям пациента, так и иным, альтернативным объяснениям.

Для случаев систематического бреда используются приемы «inference chaining» – формирования цепочки выводов (91). Здесь осуществляется процесс поиска личного значения убеждения («Что это (бредовое убеждение) значит для Вас?» и «Почему это важно для Вас?» – ключевые вопросы). Неоспоримо, что некоторые из болезненных убеждений выполняют определенную психологическую функцию (поддержания самомнения, оправдания своего неуспеха или избегания и др.). Через цепочку выводов удастся подойти к выявлению релевантного убеждения опыта пациента, позволяя анализировать этот опыт, обсуждать его, снизив уровень дистресса, возникающего вследствие болезненных убеждений.

Приемы когнитивной терапии могут быть применены и к галлюцинациям, хотя, по мнению исследователей, здесь повлиять на интенсивность самих симптомов труднее. Исследуются детали болезненных переживаний и им сопутствующих обстоятельств (как именно звучат голоса, слышат ли их другие люди, если нет, то почему, и др.), а затем

предлагается информация о том, что «голоса» возможны и у нормальных людей, но в особых обстоятельствах. Терапевт не сосредотачивается на признании голосов свидетельством болезненного состояния, но использует ссылки на физиологические механизмы (напряжение, лишение сна). Исходя из этого, медикаментозное лечение предлагается как способ изменения психофизиологического состояния в благоприятную сторону. Возможен также анализ содержания голосов, например, с точки зрения их точности. Возможно ведение дневника с фиксацией моментов появления голосов в течение дня, обнаружения ситуаций, где они чаще возникают, эмоциональных реакций пациента на них и, соответственно, реактивного поведения (избегания, агрессии, др.). Постепенно это учит пациента «взаимодействовать» с его галлюцинациями, конструктивно к ним относиться и, тем самым, снижает пагубное влияние голосов на повседневное поведение пациента (3).

В одном из проведенных исследований целесообразности использования когнитивной терапии при галлюцинаторных проявлениях (Cognitive therapy for command hallucinations – CTCH) была показана ее эффективность даже для императивных галлюцинаций (90). В качестве мишеней для интервенций были использованы такие дисфункциональные убеждения, как: голос имеет абсолютную власть и контроль над поведением больного, больной обязан ему подчиниться, тенденция к идентификации (персонализации) голоса и его особое значение для личности больного (например, голос как наказание за грехи, как признание и т.д.). Методами сократического диалога и эмпирической проверки реальностью данные убеждения были опровергнуты, что позволило изменить когнитивные схемы в отношении голосов и избавить пациента от необходимости им следовать, что есть прямое свидетельство уменьшения вреда симптоматики. В этом случае поведение пациентов претерпело значительные позитивные изменения, а вопрос о том, стало ли собственно галлюцинаторных переживаний меньше, является вторичным.

Важным моментом является повышение приверженности пациента лечению (комплаенса – см. ниже), поэтому ряд интервенций ориентирован на данную цель. Важно подчеркнуть, что опасения исследователей в отношении того, что когнитивная психотерапия за счет внедрения альтернативных моделей объяснения симптомов будет препятствовать согласию к лечению, не подтвердились (74). Более того, возможен особый способ аргументации в пользу лечения, где антипсихотические препараты подаются как способствующие переносимости стресса, преодолению уже вызванных им последствий, при этом вопрос собственно диагноза остается в стороне. Необходимо отметить, что приверженные когнитивной терапии авторы склонны избегать прямого называния диагноза (как это принято, например, в программах психообразования),

ссылаясь на то, что его признание пациентом усиливает его депрессивные и суицидальные мысли (14, 69). Отметим также, что такое скорее негативное отношение когнитивно ориентированной терапии к диагнозу «шизофрения» практически ведет к ее несовместимости с другими видами воздействия, предполагающими обязательное использование этого ярлыка (в первую очередь с психообразовательными интервенциями). Наиболее совместима когнитивная терапия с техниками, ориентированными на преодоление нейрокогнитивного дефицита, конечно при соблюдении дозированных нагрузок, поскольку оба вида терапии часто требуют весьма высокой активности и выполнения домашних заданий.

Необходимо подчеркнуть, что когнитивная терапия возможна не для всех пациентов с психозами, поскольку в некоторых случаях мышление может быть слишком сильно дезорганизовано, либо параноидные установки столь сильны, что препятствуют любому контакту. Однако для большинства пациентов она вполне подходит, тем более что в отличие от аналитически ориентированной терапии, хорошо структурирована и не способствует чрезмерной регрессии пациентов. Кроме того, на сегодняшний день разрабатываются дополнительные модели терапии для пациентов с коморбидными расстройствами – зависимостями, депрессией, для лиц группы риска заболевания шизофренией, причем уже имеющиеся данные вселяют оптимизм.

Несколько работ были посвящены оценке описанной модели когнитивной терапии (80). Использовались техники как для работы с галлюцинаторными переживаниями, так и с бредовыми убеждениями, также проводились интервенции, направленные на снижение депрессивной окраски настроения, тревоги. Было доказано, что терапия давала как краткосрочный положительный эффект на этапе обострения заболевания, так и отсроченный, после контрольного обследования через 9 месяцев. Кроме того, пациентов отличала высокая приверженность проводившемуся медикаментозному лечению, а достаточно краткосрочный формат терапии (24 часа в среднем на одного пациента) предполагает хороший экономический эффект. Основным терапевтическим механизмом, действующим в этом формате, считается расширение диапазона навыков пациентов по управлению своим состоянием, включая болезненные симптомы, также совместим с ним эффект преодоления сопутствующей депрессии и тревоги.

Социальное познание и sociocognitive techniques. Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis (COPE)

Еще одно направление когнитивно-ориентированной терапии создавалось на основе иного взгляда на нарушения функций, а именно путем выделения в качестве базового для шизофрении дефекта рас-

стройств социального познания или так называемых «социальных когний» (17). Многими исследователями ранее проводилось изучение нарушений социального познания, собственно эти нарушения отмечались уже в крепелиновскую эпоху клиницистами. Однако общепринятым концепт «социальная когния» стал не столь давно, только на протяжении последних 10 лет это понятие прочно заняло свое место в ряду общепринятых при описании расстройств шизофренического спектра.

На сегодняшний день исследователей интересуют многие связанные с этим проблемы. Так, нет единой концепции нарушений социального познания, много внимания уделяется описанию его специфики (в отличие от познания несоциальных объектов), и, конечно, мнения разделяются в отношении генеза данного типа расстройств. Диапазон мнений чрезвычайно широк, они варьируют от поиска единой объяснительной модели для нарушений познания вообще (включая социальное и несоциальное) с опорой на нейропсихологические представления до указаний на специфику социальных когний и их связь с расстройствами аффективной сферы, некоторые авторы активно разрабатывают депривационные объяснительные модели. Поскольку тема данной статьи не предполагает подробного освещения всех аспектов теоретических и практических разработок в области социального познания больных шизофренией, мы перейдем к описанию тех терапевтических интервенций, которые можно считать базирующимися на неоднородных, но касающихся данного предмета моделях. Предварительно подчеркнем, что доказанной (и клинически очевидной) является связь нарушений социального познания с социальным поведением больных. Имеющиеся нарушения знания больных о социальных ситуациях, правилах, обычаях, присущих им социальных суждений, искажения собственного «Я», восприятия себя как социального объекта, неизбежно влияют на адаптивные возможности. Это, в свою очередь, резко повышает уровень стресса, и, оставая в стороне вопрос о первичности и каузальности расстройств, требует своего изменения.

Данное направление терапевтических интервенций стремится изменять когнитивную сферу иначе, используя верования, атрибуции, логические действия, навыки проблемно-разрешающего поведения, что и есть основные приемы (4, 37). Подход также произошел от моделей когнитивно-бихевиоральной терапии, ранее применяемой при депрессиях и других непсихотических нарушениях. К данному направлению можно отнести «*cognitively oriented skill training*» – когнитивно-ориентированное обучение навыкам (97), «*sociocognitive techniques*» – социокогнитивные техники (71) и когнитивно-бихевиоральную терапию при первичном психотическом эпизоде (66).

В числе предложенных моделей терапии наиболее последовательно использует расстройства социального познания в качестве мишеней психотера-

пии *Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis (COPE)* – когнитивно-ориентированная терапия первого эпизода психоза. Назовем главные принципы данного подхода. Во-первых, вмешательство должно происходить как можно ранее, введено даже представление о существовании критического периода для вмешательства – на протяжении 2–5 лет, в течение этого периода оптимальные интервенции могут дать значительный эффект (11). Во-вторых, больной психозом сам является инструментом его собственного восстановления, может произвести положительные изменения, лично отвечать за исход лечения и свое качество жизни. В теории «критического конструктивизма» (13) Я пациента и мобилизация Я есть интегральный компонент терапии психозов. Предложившие этот подход авторы (19, 20, 39, 72) подчеркивали важность влияния человека на себя, возможность для терапевта работать со здоровой стороной личности человека, необходимость подходить к пациенту с позиции целостной личности.

Третий принцип – в болезни находят отражение два дополнительных фактора – возрастная фаза, во время которой произошло заболевание, и собственное Я больного. Заболевание обычно начинается в период юности, когда происходит завершение формирования Я, идентичности пациента. Влияние психоза, возникающее в связи с эффектами самостигматизации, психологической травматизации или переработки психотического опыта, ведет к нарушению не только существования человека во многих сферах, но и его сущности. Качество частных Я («Я как друг», «Я как мужчина» и др.) сильно зависит от перенесенного психоза, и обычно начинают доминировать неконструктивные Я: «Я – хронически психически больной», «Я несостоятелен» или иные (70, 71). Искажаются проекции будущего, происходят множественные негативные приписывания в свой адрес. Поэтому важнейшей задачей терапии является сохранение Я пациента, увеличение чувства его самоофективности для предупреждения вторичных эффектов перенесенного психоза.

В модели COPE терапии выделяют 5 стадий: договор, оценка, адаптация, вторичная заболеваемость, завершение. В отношении стадии договора никаких принципиально новых установок авторы не дают, поскольку рабочие отношения с клиентом – абсолютно обязательная точка опоры для успеха любой терапии. Среди факторов, влияющих на терапевтические отношения, важный – понимание той объяснительной модели психоза, которая есть у пациента. Выслушивание, понимание и разделение – важные составляющие терапии на этом этапе, они способствуют установлению доверия, демонстрируют уважение по отношению к клиенту, создают терапевтическую «атмосферу». Также советуют использовать помощь клиенту в разрешении актуально существующих проблем и затруднений, очевидно не связанных с психозом, а для врача важно

быть толерантным, эмпатическим, гибким и настойчивым. Поскольку речь идет о первом эпизоде и, как правило, молодом возрасте клиента, необходимо учитывать эти возрастные особенности (уровень образования, культурные аспекты, недостаточную компетентность и т.д.), а также клинические характеристики и флюктуации собственно заболевания.

Стадия оценки часто идет параллельно стадии договора и требует от врача сбора данных о пациенте, причем касающихся целого ряда аспектов: симптомы, начало болезни, объяснительная модель психоза, существующая у клиента (как «проблема», «болезнь», «ужасные мысли»), уровень понимания, уровень функционирования клиента до, в течение и после психоза, описание клиентом его собственных возможностей (17), копинг-стратегии клиента и личностный стиль, как ранее существовавшие, так и вновь сформировавшиеся, ожидания от терапии. Данная стадия занимает обычно три сессии. Во время этапа оценки врач может пользоваться не только прямыми методами опроса, но и дневниками, автобиографическими методами, репертуарными решетками, опросными листами, написанием сочинений, а также аудио или видеозаписями.

При заболевании психозом всегда есть опасность, что человек после того, как обострение прошло, откажется от важных видов активности: работы, учебы, дружеских и близких отношений. Цели адаптации в СОРЕ-терапии определяются по трем пунктам: помочь человеку в поиске значения опыта психоза, усилить чувство обогащения личного опыта и за счет этого повысить самоуважение, защитить положительные и нейтрализовать отрицательные части Я (17, 35, 47, 62). Еще одной неотъемлемой частью работы является психообразование, причем его необходимо интегрировать в основную работу терапии, а также проводить индивидуально, с учетом особенностей клиента (62). В числе основных целей воздействия, возможных в терапии – (1) представления о психозе, (2) атрибутивный стиль, (3) навыки копинга, (4) позитивные Я-репрезентации, (5) когнитивные схемы, (6) черты темперамента и характера. Так, от идей о собственной беспомощности, невозможности продолжать продуктивно жить при болезни, необходимо перейти к представлениям о жизненных событиях, о психозе и их связи (диатез-стрессовая модель). Аtribuтивный стиль необходимо изменить от пессимистического, катастрофического, генерализованного, с переживанием ответственности (или вины) за свою болезнь на предполагающий более взвешенную оценку и демонстрацию клиенту, что он может что-то изменить в жизни и в себе. Копинг как цель требует установления типа и пригодности копинг-стратегий и копинг-ресурсов клиента, которые он использовал ранее и которые использует сейчас. Скорее всего, придется помогать клиенту в расширении их диапазона, техники включают когнитивные стратегии (переключение внимания), поведенческие (упражнения), сенсорные и физиологические (релаксация).

Четвертая цель связана с опасностью того, что клиент будет «затоплен психозом», что уменьшит его саморепрезентации, нарушит развитие его личности, то есть здесь важно не оказаться заполненным слабым или испуганным Я. Клиент сам может определить, до какой степени это уже случилось, здесь врач также может использовать психообразовательные подходы. Врач постепенно обращается к целям и мнениям клиента для обнаружения искомых эффектов, поскольку нужно обнаружить когнитивные искажения, а хорошим подспорьем в достижении эффекта будет постановка разумных целей.

Еще один пункт – вторичная заболеваемость, причем как в форме обострения психотического состояния, так и в виде появления иных симптомов: аффективной природы, невротических, зависимостей и личностных расстройств. Эти нарушения могут быть результатом усиления ранее существовавших расстройств Оси 1 или Оси 2, а могут быть и вторичными, что трудно различить. Концептуальная модель в данном случае любое вторично развившееся расстройство трактует как результат неудачной адаптации личности к первичному нарушению. Необходимо быть готовым к модификации техник, направленных на вторичное, например, невротическое расстройство, на включение этих техник в основной процесс терапии с отказом от привычной линейной манеры их использования. Чаще при этом терапевт опирается на поведенческие техники (7), используя *in vivo* обнаружение автоматических мыслей и иррациональных убеждений, градуальную оценку, градуированное распределение заданий, тренинг социальных навыков, бихевиоральную репетицию, решение проблем, навыки копинга и планирование деятельности. Также полезны техники пустого стула, имажинативные процедуры, визуализации, техники направленного воображения, проекции во времени, систематическая десенсибилизация и самоинструктирование. Техники меняют также в соответствии с возрастом клиентов, поскольку молодые клиенты предпочитают групповые методы, эти клиенты не имеют навыков самонаблюдения и не завершают занятий дома, многое приходится делать на самих занятиях.

При завершении терапии возникают опасения клиента по поводу возможности справиться с проблемами самостоятельно, а также привязанности к врачу. Для их превенции необходим ясный сеттинг с заранее обозначенной длительностью терапии, а также постоянное поощрение независимой позиции пациента. Западные авторы рекомендуют также введение пациента в поддерживающие программы менеджмента клинического случая (23).

Исследования в области эффективности СОРЕ-терапии проводились неоднократно, в них использовались самые разные критерии оценки динамики. Не останавливаясь подробно, отметим, что мнение в отношении данной терапии в большинстве случаев

положительное (46, 47), что касается критических оценок, то они обозначены по нескольким пунктам. В числе проблем – частота сессий, показания к применению СОРЕ: отсутствие выраженной позитивной симптоматики, рекомендация для всех пациентов независимо от тяжести расстройств, только клиника первого эпизода или и далее. Не вполне ясны перспективы сочетания биологического и психологического лечения. Необходимо исследовать сочетание СОРЕ с поведенчески ориентированными интервенциями. Тем не менее, полученные данные вполне могут экстраполироваться на больных хроническими тяжелыми формами шизофрении в перспективе, а СОРЕ-терапия позволяет преодолеть терапевтический нигилизм в отношении шизофрении.

Комплайенс-терапия (compliance therapy)

Целый ряд понятий, широко освещавшихся в литературе, в том числе применительно к лечению психически больных, все больше влияет на повседневную лечебную практику. В числе таких понятие комплайенс (compliance – согласие, податливость, уступчивость) – степень или мера, в которой больные выполняют медицинские назначения, сделанные им врачом, осознанное сотрудничество между врачом и пациентом, больным и членами его семьи. COMPLAINTS обеспечивает заинтересованность пациента в процессе лечения, его результате, это инструмент, способствующий терапевтической эффективности.

Многочисленные западные исследования данной проблемы, пик которых приходился на 90-е годы, доказали, что для целого ряда клинических групп проблема согласия на лечение является очень актуальной, а иногда и судьбоносной. Это верно в отношении пациентов, страдающих диабетом, астмой, гипертонической болезнью, СПИДом, раковыми заболеваниями, поскольку в этих случаях часто наблюдается фактическое уклонение от назначенного лечения с отказом от терапии вообще или ее заменой на иные, инициированные не врачом мероприятия. В течение двух десятков лет во многих странах мира были проведены сотни исследований на разных контингентах больных. Главный результат – весьма низкий процент выполнения больными всех врачебных рекомендаций, где 70–75% приема пациентами назначенных препаратов – обычное дело.

Однако особенно актуальной проблема COMPLAINTS стала для пациентов, страдающих психическими расстройствами, в том числе для больных шизофренией. Так эмпирически, с использованием сложных, подчас дорогостоящих моделей оценки выполнения пациентом врачебных рекомендаций, было установлено, что только 50% (и не более) медикаментов принимается при лечении антипсихотиками. В некоторых исследованиях показатели были еще ниже, определили 80% больных как не выполняющих врачебные рекомендации (50, 51). Высокая значимость этих данных очевидна, так как

социальная цена неадекватной терапии шизофрении высока, этим во многом объясняются неустойчивая ремиссия и новые обострения. Было установлено много факторов, влияющих на уровень COMPLAINTS пациентов, в числе которых связанные с терапией (побочные эффекты), социо-экономические, факторы условий использования, относящиеся к организации медицинской помощи, личностные факторы самого пациента, в том числе коморбидная патология (особенно наркологическая). Но среди самых значимых – отношение к лечению и понимание собственной болезни – в западных исследованиях обычно для обозначения этого аспекта используют понятие «insight into illness» (18, 49, 61). Также важным является фактор иррациональных установок в отношении к терапии и взаимоотношения между пациентом и врачом (50, 51).

Не останавливаясь подробно на детальном освещении результатов эмпирических исследований по проблеме COMPLAINTS у больных шизофренией (что выходит за рамки данной статьи), сразу отметим главное для нас – со временем исследователи отошли от пассивного описания проблем и перешли к поиску интервенций, позволяющих повысить уровень COMPLAINTS к лечению. Причем выбор формата терапии, позже названной COMPLAINTS-терапией, привел к использованию, в первую очередь, именно когнитивно-ориентированных техник.

Основой подхода стало мотивирующее интервью, широко известное в медицинской практике (65), но было увеличено число сессий и добавлена когнитивная оценка симптомов болезни, относящихся к COMPLAINTS (26).

Итоговый формат COMPLAINTS-терапии представляет собой краткосрочный вариант интервенции, проводимой в три этапа, каждый из которых предполагает 2–3 встречи, длительностью до часа и дважды в неделю (50). На первом этапе пациент дает описание истории заболевания и концептуализацию проблемы фактического отказа от лечения. При этом исследуется осознание болезни, ее концепция, существующая у пациента, а также ее влияние на его непосредственное поведение, относящееся к лечению.

На втором этапе обсуждаются более специфические вопросы, связанные с симптомами и эффектами от лечения. Исследуется двойственное (всегда) отношение пациента к проводимому лечению, и выявляются несоответствие действий, поведения пациента и той части его убеждений, которую можно назвать адаптивной. Здесь же обсуждаются побочные эффекты терапии, причем в фокусе внимания – несоответствие между убеждениями пациента и реальным поведением с выработкой адаптивных установок и, соответственно, стратегии поведения.

На третьем этапе исследуется дезадаптивная часть убеждений пациента по поводу нежелательности приема препаратов и обосновывается их навязанность, зависимость от стереотипов мышления

окужающих, эффекты в виде стигматизации и самостигматизации. Способом преодоления такого рода нежелательных установок является предлагаемое пациенту доказательство необходимости роста качества его жизни и того факта, что выбор использования медикаментозных препаратов или психотерапии и необходимая для этого степень взаимодействия с врачами есть проявление ответственности за свою судьбу и самоэффективности. Полагалось использование понятных пациенту и адекватных задачам повышения уровня комплайентности метафор типа: «защитного слоя», «страхового полиса» или иных; то есть можно говорить о некотором варианте косвенного внушения.

Как видно из данной модели терапии, она не является исчерпывающей для разрешения всех проблем пациента, страдающего шизофренией, она намного компактнее, короче и уже по задачам, нежели другие формы психотерапевтической работы с больными. Кроме того, этот вид психотерапии фокусно ориентирован и по своей сути ближе к психообразовательным программам, поскольку знакомит больного с такими понятиями как комплайенс (и нонкомплаенс), психологическая защита, виды комплайенса и нонкомплаенса, их предикторы, как личностные, так и средовые. Однако очевидно также, что по технологии комплайенс-терапия использует методики, сочетающие мотивационные интервью с активными терапевтическими установками, направленным решением проблем и образовательными и когнитивными компонентами. Важно также подчеркнуть, что, являясь фокусно-ориентированной и компактной, данная терапия легко может стать частью более обширной терапевтической программы.

Эффективность комплайенс-терапии проверена применительно к больным шизофренией в ряде исследований (50), результаты которых свидетельствуют о значительном повышении уровня согласия к медикаментозному лечению, дающего стойкий эффект, отмечено также общее улучшение социального функционирования больных, причем факторы такого улучшения не вполне понятны.

Итоги и перспективы

Таким образом, речь идет о постепенном расширении арсенала терапевтических средств, анализе их эффективности, создании моделей. При этом следует учитывать, что для полной ясности эффективности выбранного метода лечения необходимы несколько моделей. Во-первых, собственно шизофрении и психологических нарушений, при этом воз-

никающих. Во-вторых, модели интервенции с четким обозначением адекватных мишеней и определением технических средств. Кроме того, важно, как именно происходят позитивные изменения в процессе терапии, за счет каких факторов и влияний. Очевидно, что на данном этапе исследователи не готовы однозначно определить все эти пункты, что, собственно, и есть интересная перспектива данного направления.

Если как минимум некоторая часть эффекта любой интервенции обусловлена собственно фактом проведения терапии (роль «терапевтических отношений»), то по мере разработки этиопатогенетических гипотез шизофрении стали формулироваться (и находить свое эмпирическое подтверждение) более частные дефициты, возникающие у больных шизофренией.

Варианты когнитивно-ориентированных интервенций безусловно не случайны, но отражают существующие представления о базовом дефиците, который определяет и социальные дисфункции – нарушения социального познания, поведенческие нарушения или трудности при взаимодействии со средой. Были выделены (86) 4 типа факторов, значимых именно для больных шизофренией. Первый обозначен как «основное нейропсихологическое нарушение» («baseline neuropsychological impairment») и понимается как врожденный или приобретенный, проявляющийся в нарушениях функционирования в целом любых когнитивных процессов. Из выделения данного фактора, очевидно, следует интервенция, ориентированная на тренировку и доразвитие этого дефицита, хотя и трудно себе представить, что он может быть преодолен полностью. Второй фактор связан с психозом, расстройством сознания, проявляется в дезорганизации и нарушениях памяти. Эти нарушения редуцируются при выходе из психоза, но интервенции могут весьма способствовать этому процессу (21). Следующий фактор связан с организацией среды и реабилитационным процессом, предполагает длительную интервенцию, эффект которой доказан. И, наконец, фактор нарушений социального познания тесно связан именно с интервенцией в формате когнитивной терапии. Обращение интервенций к разным аспектам социального познания кажется перспективной задачей. Подчеркнем, что в силу сложности социального познания, вряд ли можно обойтись неким набором изолированных когнитивных техник, скорее всего, будущим исследователям и практикам придется работать над комплексной программой, включающей различные модели интервенций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2004. – 296 с.
2. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 1. – С. 77–112.

3. 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, Suppl. 4. – P. 373–378.
4. Alford B., Correia C. Cognitive therapy of schizophrenia: Theory and empirical status // Behavior Therapy. – 1994. – Vol. 25. – P. 17–33.

5. Bach P., Hayes S.C. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2002. – Vol. 70. – P. 1129–1139.
6. Beck A.T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt // *Psychiatry.* – 1952. – Vol. 15. – P. 305–312.
7. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F. et al. Cognitive therapy of depression. – New York: Guilford Press, 1979.
8. Bell M.D., Bryson G.J., Greig T.C. et al. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups // *J. Rehab. Res. Dev.* – 2005. – Vol. 42. – P. 829–838.
9. Bellack A.S., Gold J.M., Buchanan R.W. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects and strategies // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 257–274.
10. 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.
11. Birchwood M., McGorry P., Jackson H. Early intervention in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 170. – P. 2–5.
12. Brenner H., Hodel V., Kienzle B. et al. Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. – Toronto: Hogrefe & Huber, 1994.
13. Bruner J. Actual minds, possible words. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1986.
14. Carroll A., Fattah S., Clyde Z. et al. Correlates of insight and insight change in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 1999. – Vol. 35. – P. 247–253.
15. Chadwick P., Birchwood M., Trower P. Cognitive therapy of voices, delusions and paranoia. – Chichester: Wiley, 1996.
16. Corrigan P.W., Storzach D. The ecological validity of cognitive rehabilitation for schizophrenia // *J. Cognitive Rehab.* – 1993. – Vol. 11. – P. 14–21.
17. Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds.). Social cognition and schizophrenia. – Washington, DC: APA, 2001.
18. David A.S. Insight and psychosis // *Br. J. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 156. – P. 798–808.
19. Davidson L., Strauss J.S. Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery // *Psychiatry.* – 1995. – Vol. 58. – P. 44–55.
20. Davidson L., Strauss J.S. Sense of self in recovery from severe mental illness // *Br. J. Med. Psychol.* – 1992. – Vol. 65. – P. 2131–2145.
21. Drury V., Birchwood M., Cochrane R., MacMillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: I. Impact on psychotic symptoms // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169. – P. 593–601.
22. Eack S.M., Hogarty G.E., Greenwald D.P. et al. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course of schizophrenia: Preliminary effects // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 89. – P. 308–311.
23. Edwards J., Cocks J., Bott J. Preventive case management in first-episode psychosis // The recognition and management of early psychosis: A preventive approach / P.D.McGorry, H.J.Jackson (Eds.). – Cambridge, England: Cambridge University Press, 1999.
24. Fowler D., Garety P.A., Kuipers L. Cognitive behaviour therapy for psychosis. – Chichester: Wiley, 1995.
25. Frith C., Dolan R. The role of prefrontal cortex in higher cognitive function // *Cognitive-Brain-research.* – 1996. – Vol. 5, N 1–2. – P. 175–181.
26. Garety P.A., Kuipers L., Fowler D. et al. Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis // *Br. J. Med. Psychol.* – 1994. – Vol. 67. – P. 259–271.
27. Goldberg T.E., Weinberger D.R. Probing prefrontal function in schizophrenia with neuropsychological paradigm // *Schizophr. Bull.* – 1988. – Vol. 14. – P. 179–183.
28. Goldman-Rakic P.S. The prefrontal contribution to working memory and conscious experience // The principles of design and operation of the brain / J.C.Eccles, J.Creutzfeldt (Eds.). – New York: Springer-Verlag, 1990. – P. 390–407.
29. Goldstein G., Ruthven L. Rehabilitation of the brain-damaged patient. – New York: Plenum Press, 1983.
30. Goldstein G. The neuropsychology of schizophrenia // Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders / I.Grant, K.Adams (Eds.). – New York: Oxford University Press, 1986.
31. Green M.F. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 178–187.
32. Green M.F. Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness. – Boston: Allyn & Bacon, 1998.
33. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 321–330.
34. Green M.S., Nuechterlein K. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 309–320.
35. Greenfield D., Strauss J.S., Bowers M.B., Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis // *Schizophr. Bull.* – 1989. – Vol. 15. – P. 245–252.
36. Gunderson J.G., Frank A.F., Katz H. et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcomes of two forms of treatment // *Schizophr. Bull.* – 1984. – Vol. 10. – P. 564–598.
37. Haddock G., Morrison A.P., Hopkins R. et al. Individual cognitive-behavioural interventions in early psychosis // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 172. – P. 101–106.
38. Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. et al. 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.
39. Hogarty G.E., Kornblith S.F., Greenwald D. et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1995. – Vol. 21. – P. 379–393.
40. Hogarty G.E., Greenwald P., Ulrich R.F. et al. Three years trials of personal therapy with schizophrenics living with or independent of family, II: effects on adjustment of patients // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154. – P. 1514–1524.
41. Hogarty G.E., Kornblith S.J., Greenwald D. et al. Three year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study effects and relapse rates // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154. – P. 1504–1513.
42. Hogarty G.E., Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 693–708.
43. Hole R.W., Rush A.J., Beck A.T. A cognitive investigation of schizophrenic delusions // *Psychiatry.* – 1979. – Vol. 42. – P. 312–319.
44. Houk J. Information processing in modular circuits linking basal ganglia and cerebral cortex // Models of information processing in the basal ganglia / J.Hauk, J.Davis., D.Bieser (Eds.). – Cambridge, MA: MIT Press, 1995. – P. 3–9.
45. Ito M. Neural control as a major aspect of high-order brain function // The principles of design and operation of the brain / J.C.Eccles, J.Creutzfeldt (Eds.). – New York, NY: Springer-Verlag, 1990. – P. 281–301.
46. Jackson H., Edwards J., Hulbert C. et al. Recovery from psychosis // The recognition and management of early psychosis / P.McGorry, H.J.Jackson (Eds.). – Cambridge: Cambridge University Press, 1999. – P. 265–307.
47. Jackson H., McGorry P., Edwards J. et al. Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 172, Suppl. 33. – P. 93–100.
48. Kee K.S., Kern R.S., Green M.F. Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the link? // *Psychiatry Res.* – 1998. – Vol. 81. – P. 57–65.
49. Kelly G.R., Mamon J.A., Scott J.E. Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients // *Soc. Sci. Med.* – 1987. – Vol. 11. – P. 1205–1211.
50. Kemp R., David A. Insight and compliance // Compliance and the treatment alliance in serious mental illness / B.Blackwell (Ed.). – Newark, NJ: Gordon and Breach Publishing Group, 2004.
51. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G. et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 312. – P. 345–349.
52. Kenny J.T., Friedman L., Findling R.L. et al. Cognitive impairment in adolescents with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154, N 11. – P. 1613–1618.
53. Kingdon D.G., Turkington D. Cognitive therapy of schizophrenia: Guides to evidence-based practice. – New York: Guilford, 2005.
54. Kurtz M.M., Seltzer J.C., Shagan D.S. et al. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: What is the active ingredient? // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 89. – P. 251–260.
55. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? // *Rev. Psychiatr. Neurosci.* – 2004. – Vol. 29, N 2. – P. 102–113.
56. Lewis S., Tarrier N., Haddock G. et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes // *Br. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 181, Suppl. 43. – P. 91–97.
57. Liberman R.P., Kopelowicz A., Young A.S. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia // *Behav. Therapy.* – 1994. – Vol. 25. – P. 89–107.
58. Liberman R.P. Psychosocial treatments for schizophrenia // *Psychiatry.* – 1994. – Vol. 57. – P. 104–114.
59. Mace C., Margison F. The psychotherapy of psychosis. – London: Gaskell, 1997.
60. Malmberg L., Fenton M. Individual psychodynamic

psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. – Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – Vol. 3. – CD001360.

61. Marder S.R., Mebane A., Chien C.P. et al. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment // *Am. J. Psychiatry.* – 1983. – Vol. 140. – P. 470–472.

62. McGorry P.D. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process // *Psychiatry.* – 1995. – Vol. 58. – P. 329–344.

63. Medalia A., Aluma M., Tyron W., Merriam A. Effectiveness of attention training in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1998. – Vol. 24. – P. 147–152.

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

65. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change. – New York: Guilford Press, 1991.

66. Morrison A. Cognitive behavior therapy for psychotic symptoms in schizophrenia // *Treating complex cases: The cognitive behavioral therapy approach* / N. Tarrier, A. Wells (Eds.). – Chichester, UK: Wiley, 1998. – P. 195–216.

67. Mueser K.T., Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? // *Psychol. Med.* – 1990. – Vol. 20. – P. 253–262.

68. Norman R.M.G., Townsend L.A. Cognitive-behavioral therapy for psychosis: A status report // *Can. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 44. – P. 245–252.

69. Owens D.G., Carroll A., Fattah S. et al. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 103. – P. 362–369.

70. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. et al. Social cognition in schizophrenia // *Psychol. Bull.* – 1997. – Vol. 121. – P. 114–132.

71. Penn D., Roberts D., Munt E. et al. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – P. 357–359.

72. Perris C., McGorry P.D. (Eds.). Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. – Chichester: John Wiley, 1998.

73. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. Psychological treatments in schizophrenia. I: meta-analysis of family interventions and cognitive-behaviour therapy // *Psychol. Med.* – 2002. – Vol. 32. – P. 763–782.

74. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. Psychological treatments in schizophrenia. I: Meta-analysis of family intervention and CBT // *Psychol. Med.* – 2002. – Vol. 32. – P. 763–782.

75. Rector N., Beck A.T. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: an empirical review // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2001. – Vol. 189. – P. 278–287.

76. Reed D., Sullivan M., Penn D. et al. Assessment and treatment of cognitive impairments // *Effective psychiatric rehabilitation* / R.P. Liberman (Ed.). – San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992. – P. 7–20.

77. Roder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner H.D. Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Advance Access published online on August 17.

78. Romme M., Escher A. Hearing voices // *Schizophr. Bull.* – 1989. – Vol. 15. – P. 209–216.

79. Scott J.E., Dixon L.B. Psychological interventions for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1995. – Vol. 21. – P. 621–630.

80. Sensky T., Turkington D., Kingdon D. et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 57. – P. 165–172.

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

82. Spaulding W., Fleming S., Reed D.R. et al. Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 275–289.

83. Spaulding W., Noltin J. Psychotherapy for schizophrenia in the year 2030: Prognosis and prognostication // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Vol. 32, Suppl. 1. – P. 94–105.

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

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

86. Spaulding W., Sullivan M., Weiler M. et al. Changing cognitive functioning in rehabilitation of schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 90. – P. 116–124.

87. Strauss J.S. The person with schizophrenia. II. Approaches to the subjective and complex // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 164. – P. 103–107.

88. Subotnik K.L., Nuechterlein K.H., Green M.F. et al. Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 85. – P. 84–95.

89. Tarrier N., Yusupoff L., Kinney C. et al. Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia // *BMJ.* – 1998. – Vol. 317. – P. 303–307.

90. Trower P., Birchwood M., Meaden A. et al. Cognitive therapy for command hallucinations: randomized controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 184. – P. 312–320.

91. Turkington D., Kingdon D. Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses // *Br. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 177. – P. 101–106.

92. Turkington D., Siddle R. Cognitive therapy for the treatment of delusions. Advances in psychiatric treatment // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 174. – P. 235–242.

93. Turkington D., Kingdon D., Chadwick P. Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia: filling the therapeutic vacuum // *Br. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 183. – P. 98–99.

94. Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J. Cognitive behavior therapy for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163. – P. 365–373.

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

96. Veltro F., Falloon I., Vendittelli N. et al. Effectiveness of cognitive-behavioural group therapy for inpatients // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.* – 2006. – Vol. 2. – P. 16.

97. Wallace C.J., Boone S.E. Cognitive factors in the social skill of schizophrenic patients // *Theories of schizophrenia in psychosis* / W.D. Spaulding, J.K. Cole (Eds.). – Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1984. – P. 283–318.

98. 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, N 8. – P. 1227–1256.

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

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