

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

И. Я. Гурович, Н. Д. Семенова

Московский НИИ психиатрии Росздрава

В течение последних десятилетий в психиатрии утвердилось понимание того, что, несмотря на бурное развитие биологических теорий психических заболеваний и основанных на этих теориях высокоэффективных методов психофармакотерапии, лечение и реабилитация психически больных требуют применения психосоциальных и психотерапевтических методов. В противовес старым (главным образом, психоаналитическим) подходам, современные психосоциальные подходы рассматриваются не как альтернатива биологическим, а как параллельные, взаимодополняющие элементы терапевтического процесса. Значение всех этих методов особенно возрастает в связи с необходимостью адаптации больного и включения его в жизнь общества (1, 3).

Взаимосвязь психофармакологических и психологических аспектов терапии шизофрении обусловлена, по крайней мере, двумя моментами. С одной стороны, необходимость длительного приема медикаментов требует высокого уровня сотрудничества больного с врачом, принятия выработанной врачом терапевтической линии (комплаенс). С другой стороны, только на основе медикаментозного лечения, когда острая психотическая симптоматика преодолена, возникают вопросы социально-психологического порядка, связанные с необходимостью реабилитации и ресоциализации больного.

Среди многочисленных психосоциальных подходов к решению этих задач важное место в последнее время занимают методы когнитивной терапии и реабилитации. Развитие когнитивных методов в реабилитации шизофрении связано с растущим пониманием важности познавательных механизмов в пато- и саногенезе заболевания. Многие современные теории шизофрении рассматривают расстройство когнитивных функций как проявление центральных с патогенетической точки зрения патологических процессов (6, 34, 64). Важным фактором в развитии этих подходов явилось создание новых, высокоэффективных антипсихотических медикаментозных средств, которые, если и не оказывают прямого положительного действия на психические

функции (этот вопрос активно обсуждается), то, во всяком случае, обладают значительно менее выраженным отрицательным действием на эти функции по сравнению с медикаментами предыдущих поколений.

Общим знаменателем рассматриваемых подходов является, как ясно из самого понятия «когнитивный», центральная роль, уделяемая познавательным процессам, знаниям и информации в самом широком смысле слова. Пожалуй, наиболее общим фундаментальным понятием, объединяющим все разнообразные когнитивно-поведенческие подходы, является понятие «обучения» (24). Во всех случаях больные, их родственники, или и те, и другие, обучаются по-иному вести себя в тех или иных ситуациях. На этой широкой основе развивается множество различных методологий, программ и конкретных методик, строгая классификация которых на сегодняшний день вряд ли возможна. Кто обучается, чему обучается, как обучается, и что является критерием обучения?

С дидактической точки зрения можно условно выделить два полюса этого широкого когнитивного спектра: классический когнитивный тренинг (КТ), также часто обозначаемый как когнитивная реабилитация, и психообразование (ПО). В первом случае акцент ставится на работе с пациентом (в большинстве случаев, индивидуальной), с конкретной психической функцией или процессом. В качестве критерия используется нормализация данной целевой функции. Во втором случае работа направлена на адаптивную перестройку поведения пациента в социальной среде и ориентируется на более сложные критерии успешности, такие как социальное функционирование в целом, устойчивость ремиссий, число госпитализаций. Таким образом, множество методов, используемых в современной психосоциальной работе с шизофренией, можно уложить между этими полюсами, рассматривая их как различные степени перехода от первого («узконаправленного») ко второму («широкоформатному») подходу, либо как разные формы сочетания того и другого.

Классический когнитивный тренинг (КТ) при шизофрении определяется как психологическая работа, направленная на коррекцию нарушенной или восстановление утраченной познавательной функции, и адресующаяся к специфическим процессам, таким как внимание, память или мышление. КТ может включать классические методики «карандаша и бумаги» и компьютеризированные задачи, индивидуальные и групповые упражнения, а также задачи на развитие мотивационных компонентов познавательной деятельности. Между тем, классический КТ, по определению, например, S.Silverstein (70, 71), не предполагает развитие способностей пациента к компенсации и адаптации в специфических условиях среды. Методы КТ могут вносить вклад в нормализацию поведения больного в его типичной среде, но не улучшают познавательные процессы за пределами этих специфических условий.

Первая работа такого рода была опубликована D.Meichenbaum и R.Cameron (56) и включала всего 10 пациентов, разделенных на две равных, хорошо контролируемых группы. В экспериментальной группе проводился тренинг навыков регуляции внимания, восприятия и мышления. Тренинг способствовал улучшению соответствующих функций, измеренных после трехнедельного катамнестического периода. Последующие работы в области классического КТ включали несколько больших групп, насчитывающие от 10 до 40 больных. Первая попытка мета-аналитического обзора этих работ (64) привела к скромному выводу об отсутствии убедительных данных, касающихся эффективности метода. Более полный анализ эффективности, приведший к более оптимистической суммарной оценке, был дан в последующих статьях (71, 80). Отмечается, что подлинный эффект целенаправленного когнитивного вмешательства трудно отличить от положительных результатов хорошей организации современного психиатрического отделения (для стационарных больных) или улучшения домашней среды (для амбулаторных больных). Поскольку в одно и то же время изучаются и улучшаются различные стороны социально-психологического окружения пациента с шизофренией, строгий экспериментальный контроль всех неспецифических факторов здесь вряд ли возможен. Тем не менее, авторы нашли около двух десятков работ, в которых с помощью тщательной рандомизации было проконтролировано много факторов. Эти работы свидетельствуют о наличии статистически значимого улучшения когнитивных функций под влиянием направленного воздействия, хотя величина эффекта весьма невелика. К числу когнитивных функций, улучшение которых достоверно показано в приведенных работах, относятся: кратковременная память (11), управляющие (контролирующие, целеобразующие) функции лобных долей (45), принятие решений (55), гибкость когнитивного стиля (60), абстрактное мышление (выражающееся, в частности, в понимании переносного смысла пословиц и поговорок) (57), внимание (4, 70) и другие.

S.Silverstein и S.Wilkniss (71) приходят к выводу о том, что эффективность реабилитационных мероприятий должна повышаться, если учитывать, помимо когнитивных функций, также эмоции, мотивы и самооценку больного. В этой связи справедливо ссылаются на Крепелина, который почти 90 лет назад указывал, что нарушение внимания при шизофрении суть не что иное как нарушение мотивации (43). Другим моментом, часто не учитываемым в классическом КТ, является самосознание больного, то есть, не только нарушение познавательных функций, но и жизненный опыт человека, страдающего от этих нарушений. Этот вывод, по существу, означает признание ограниченности классического узконаправленного КТ. Эта ограниченность отражена также и в некоторой сдержанности рекомендаций, даваемых S.Silverstein и S.Wilkniss (71), среди которых – применение методов оперантного обучения, подкрепления, в том числе денежного, использование внутренних подкрепляющих свойств когнитивной стимуляции. На сегодняшний день существуют лишь отдельные разрозненные указания на потенциальную полезность этих техник при реабилитации больных шизофренией (30, 70) – убедительных же экспериментальных доказательств их клинической эффективности пока недостаточно.

Точно так же нет твердой уверенности в том, что нормализация целевой когнитивной функции – даже если таковая действительно происходит – влечет за собой улучшение клинического состояния и качества жизни больного. По мнению E.Twamley и соавт. (81), к концу 2002 года было опубликовано 17 высококачественных рандомизированных исследований по КТ. Из них только в семи случаях изучались, помимо целевой функции, изменения в общем состоянии больных, и только в трех случаях получены значимые результаты. Более внимательное рассмотрение именно этих трех случаев показывает, что в одной из работ (74) экспериментальная и контрольная группы достоверно различаются только по одной клинической шкале из десяти приведенных, что может быть случайно; в другой (54) – значимые различия получены только по шкале общего состояния, но не по ее составляющим; и только D.Velligan и соавт. (82) сообщают о существенном прогрессе в плане уменьшения клинических симптомов и числа рецидивов, об улучшении общего поведения больных. Вместе с тем, эта работа существенно отличается от остальных исследований по тематике КТ – ее лишь с большой натяжкой можно отнести к рассматриваемой категории. Здесь тренировке подвергались, скорее, социальные, нежели когнитивные функции, занятия проводились на дому в течение необычно долгого для КТ срока (9 месяцев), тематика гибко адаптировалась к состоянию пациента в зависимости от уровня его апатичности, реактивности и функционирования лобных функций. В пилотном исследовании (8 пациентов в экспериментальной группе и 9

пациентов в контрольной), опубликованном уже после обзора E.Twamley и соавт. (81), 20 занятий КТ привели к статистически достоверному улучшению состояния пациентов, которое оценивалось по стандартным шкалам общей оценки поведения (Global Assessment Scale), общего клинического впечатления (Global Clinical Impression), психосоциального функционирования, а также к уменьшению выраженности бредовой симптоматики (79). Авторы подчеркивают, что данный результат нельзя расценивать как основание для разработки лечебных программ, но лишь как открытие возможностей для дальнейших исследований в этом направлении.

В продолжение сказанного следует обратить внимание на работы в русле изучения социальной когниции (16). В противоположность исследованию отдельных когнитивных функций здесь отмечается переход к изучению (в социальном функционировании) целостных когнитивных блоков (имеются в виду социальные роли, сценарии и др.) с выявлением в них определенных нарушений. Терапевтический подход в этих случаях также характеризуется интегративным, комплексным вмешательством (16, 37, 39) с целью изменить когнитивную среду через изменение атрибутивного поведения, личностных действий, проблемно-ориентированных решений.

Психообразование. Перейдем теперь к рассмотрению другого подхода, помещенного нами на другой конец спектра когнитивных подходов – психообразования (ПО). ПО в широком смысле определяется как обучение психически больных и их родственников всему, что может быть полезным с точки зрения терапии и реабилитации (2). Целью ПО является вовлечение пациента в процесс активного изменения собственного поведения. Эта цель конкретизируется в виде профилактики рецидивов, повышения комплаенса или в достижении максимально возможной степени независимости пациента от психиатрических служб.

Интерес к проблеме ПО при психических заболеваниях был стимулирован принятием в 1975 году Американской Больничной Ассоциацией (American Hospital Association) Декларации о Правах Пациента, в которой говорится, что каждый пациент, включая лиц с психическими заболеваниями, имеет право на точную и полную информацию касательно его заболевания. ПО может рассматриваться как реализация этого фундаментального права в процессе лечения и реабилитации.

Сам термин «образование» (просвещение) показывает, что независимо от конкретной формы психосоциального вмешательства в центре его стоит определенная система знаний, формируемых у пациента и (или) его ближайшего окружения. ПО – это постепенно идущий процесс, когда целевая группа получает знания в ходе обучения. Образование же всегда шире, чем просто передача знания, ибо включает не только познавательные в узком смысле слова, но эмоциональные и поведенческие составляющие. Взаимодействие этих составляющих,

главным образом, и определяет многообразие подходов в рамках ПО.

В экспериментальных терминах независимыми переменными в соответствующих исследованиях являются форма и длительность ПО. При этом к основным формам ПО относятся индивидуальная, семейная (работа проводится с семьей больного) и групповая (включающая семьи нескольких больных: многосемейные группы). Индивидуальная форма ПО используется достаточно редко; в отдельных работах, сравнивающих индивидуальную и групповую формы ПО, не найдено существенных преимуществ первой модальности, которые оправдывали бы ее высокие затраты (73). Хотя авторы обзорных работ и стремятся различать исследования ПО для пациентов, с одной стороны, и для их семей, с другой, большинство программ использует сочетание того и другого. Что касается параметра длительности, то выделяют краткосрочную (не более 10 сеансов) и «стандартную» (более 10 сеансов) формы ПО.

В противоположность классической когнитивной реабилитации, где первичной зависимой переменной является прогресс в определенной целевой функции (например, внимания), ПО в качестве зависимых переменных, то есть мер, отражающих улучшение состояния больного шизофренией, рассматривает клинически релевантные параметры, к числу которых относят следующие: количество рецидивов и госпитализаций, длительность госпитализаций, число обращений за помощью в систему здравоохранения, комплаенс, выраженность позитивных и негативных симптомов заболевания, способность к контролю этих симптомов, развитие социальных навыков.

Первое исследование эффективности семейной формы ПО, как считается, было опубликовано M.Goldstein и соавт. (27). Авторы обследовали 104 больных в острой фазе заболевания. Курс занятий с родственниками больных состоял всего из шести сеансов. Контрольная группа получала стандартную медикаментозную терапию без каких бы то ни было психосоциальных включений. В течение полугода после занятий по программе ПО у пациентов было зарегистрировано значительно меньше ($p < 0,05$) рецидивов по сравнению с пациентами группы контроля.

J.Falloon и соавт. (22) провели значительно более интенсивный курс терапии, включавший почти ежедневные сеансы в течение 3 месяцев, а также дополнительные, более редкие сеансы в ходе последующих 6 месяцев. Эта работа стала своего рода стандартом, на который ориентировались последующие интервенционные исследования (68, 72, 84). В 1995 году L.Dixon и A.Lehman (18) выделили 467 работ по семейной терапии больных шизофренией, большинство из которых относятся к сфере ПО. Программы ПО чрезвычайно многообразны, они варьируют от шести дней (31) до двух лет (36). Разброс в плане содержания программ так же широк, как и их длительность и интенсивность. Это и прямое обучение, и формирование навыков обще-

ния, и выработка копинг-стратегий против стресса, тренинг решения проблем, обучение целенаправленному поведению (включая способность к самостоятельной постановке цели), дискуссии и выработка положительного отношения к лечению.

В подавляющем большинстве работ по ПО сравнение производится с контрольной группой, в которой осуществляется стандартная медикаментозная терапия шизофрении («*treatment as usual*»). Наиболее полный обзор таких работ провели E.Pekkala и L.Merinder (62). После тщательного отбора работ, удовлетворяющих самым высоким критериям (строго рандомизированные выборки; исключение больных с иными формами психических заболеваний, а также с коморбидностью; данные нормально распределены или могут быть нормированы с помощью соответствующего преобразования; качественный катамнез с потерей не более 50% больных) – авторы нашли десять исследовательских групп, отвечающих вышеприведенным стандартам (7, 9, 15, 25, 28, 29, 31, 33, 50, 58, 65–67, 75, 76). Анализ показал, что ПО в сравнении со стандартной медикаментозной терапией, значительно повышает комплаенс, уменьшает число рецидивов (в среднем на 40%, то есть почти в два раза, при 9–18 месяцах катамнеза) и госпитализаций (в среднем на 15%). Есть также свидетельства того, что под влиянием ПО уменьшается выраженность негативных симптомов шизофрении (21, 51). С другой стороны, в группах ПО обнаружен более высокий процент потери больных в катамнезе (*dropout*) по сравнению с контрольными группами, и это может свидетельствовать о том, что часть больных и (или) их родственников не принимают предлагаемых ПО программ.

Одной из ключевых целей семейной формы ПО является снижение эмоциональной экспрессивности у родственников больных. Было показано, что риск рецидива заболевания после успешного лечения первого эпизода шизофрении положительно связан с уровнем эмоциональной экспрессивности семьи пациента (41). У значительной части семей участие в программе ПО привело к снижению уровня эмоциональной экспрессивности (9, 58), и это снижение явилось важным опосредующим фактором снижения частоты рецидивов и госпитализаций (38), хотя D.Linszen и соавт. (48) не сумели найти конкретных факторов действия ПО на эмоциональную экспрессивность.

Как уже было сказано, большинство опубликованных работ в качестве контроля использует стандартную медикаментозную терапию. G.Hogarty и соавт. (35) были, вероятно, первыми, кто сравнил ПО с другими методами психосоциальных вмешательств. Их целевой группой были пациенты из семей с высокой эмоциональной экспрессивностью. Пациентов поделили на 4 группы для амбулаторного лечения: I – *treatment as usual*, II – семейная терапия, III – обучение социальным навыкам и IV – комбинация семейной терапии и социального обучения. Частота рецидивов в течение первого года после завершения программы была 41% в I группе

(что приблизительно соответствует средним международным данным), около 19–20% во II и III группах, в IV группе рецидивов не было.

W.McFarlane и соавт. (52) провели контролируемое сопоставление следующих трех методов: групповой семейной психотерапии с несколькими семьями, включающей ПО (I группа); такой же формы вмешательства, но без ПО (II группа); семейной терапии, включающей ПО, с отдельными семьями больных шизофренией (III группа). Два первых метода охватывали большие группы (как правило, пять семей), которыми руководили два профессионала; занятия с отдельными семьями проводил один профессионал. Общее время лечения и общие ресурсы терапии были примерно одинаковы. Желая оценить эффект ПО «в чистом виде», авторы тщательно следили за тем, чтобы на занятиях II группы отсутствовали какие бы то ни было элементы ПО; так, например, было даже запрещено употреблять слова «шизофрения» и «медикаменты». Всего было обследовано 16 пациентов в I группе, 7 во II группе и 18 в III группе. Группы были тщательно выровнены по возрасту (в среднем 29 лет), длительности заболевания (в среднем 6,4 года), количеству предшествовавших госпитализаций (в среднем 3,9), длительности ремиссий (в среднем 14 мес.), а также по шкале семейного статуса и семейных отношений. Группы, однако, различались по полу пациентов: в I группе было три женщины, в III группе – девять (то есть 50%), а II группа состояла только из мужчин. Следует отметить также непривычно долгий катамнестический период – 4 года. За это время среди пациентов III группы отмечено 78% рецидивов, в I и II группах рецидивы наблюдались соответственно в 50% и 57% случаев, что соответствует весьма низкому уровню – 12,5% и 14% в год. Таким образом, эффективность обоих вмешательств для множественных семей была приблизительно одинаковой и превышала эффективность терапии семей отдельных больных.

Ряд работ был посвящен проверке гипотезы, выдвинутой P.McGorry (53), о том, что эффективность ПО тем выше, чем раньше по ходу заболевания данное вмешательство подключается. В ранних исследованиях не учитывалось то обстоятельство, что у ряда больных опоздание с началом психосоциальной интервенции совпадает с задержкой медикаментозной терапии. Лишь сравнительно недавно влияние этих двух факторов было разведено в работе L.de Naan и соавт. (17). Так, было показано, что позднее (запоздалое) начало психосоциальных мероприятий ухудшает последующую негативную симптоматику пациентов независимо от времени начала фармакотерапии (которое, в свою очередь, оказывает еще более сильное влияние). В соответствии с предположением P.McGorry (53) все эти исследования искали линейную взаимосвязь между переменными. Группа G.Buchkremer (15), однако, сравнила выборки больных-хроников, начавших ПО до пятого года заболевания (I группа), на-

чавших ПО между пятым и восьмым годами (II группа) и начавших позднее (III группа) (23). Статистически значимая эффективность ПО по сравнению с контрольной группой была обнаружена лишь в группе пациентов, начавших заниматься по программе ПО между пятым и восьмым годами заболевания. Авторы утверждают, что различия между пациентами разных выборок не могут объясняться биологическими причинами, и, следовательно, наблюдаемый результат должен интерпретироваться исключительно в психологическом ключе. В частности R.Feldmann и соавт. (23) считают, что пациенты первой, «ранней» группы, могли отрицать наличие заболевания и не иметь достаточной мотивации к психосоциальной терапии. С другой стороны, психологический опыт болезни у пациентов с долгой историей заболевания может способствовать развитию и закреплению «выученной беспомощности» и ригидных, догматичных представлений о болезни, с трудом поддающихся коррекции.

Психообразование, как указывалось, с самого начала рассчитано и эффективно в отношении изменения поведения больного, что находит отражение в широком спектре клинко-социальных и клинических показателей. Вместе с тем, нельзя не отметить значения определенной специфичности воздействий в рамках этого подхода, на что указывают многие авторы (13, 14). Для улучшения результатов важно, чтобы вмешательства были нацелены на определенные области социального функционирования: эффективность сказывается в наибольшей степени в изменениях тех показателей, на которых был сделан акцент в период обучения и которым было посвящено большее количество часов психосоциального лечения.

Комбинированные вмешательства. В текущей литературе отмечается противоречие между большим числом реабилитационных программ, комбинирующих разные когнитивные и поведенческие техники (12, 25, 42, 46, 47, 49), и недостаточным количеством высококачественных контролируемых исследований, на основании которых можно делать уверенные выводы о действенности таких программ. Не удивительно, поэтому, что если классическому КТ и ПО регулярно посвящаются обзоры, в том числе мета-аналитические исследования, то в области комбинированных вмешательств, несмотря на активную работу профессионалов, таких аналитических публикаций нет.

M.Herz и соавт. (33) сочетали ПО (в форме крупноформатных семинаров с последующими семейными группами) с активным мониторингом продромальных симптомов обострения, интенсивной психосоциальной терапией в случае появления таких продромальных состояний, а также поддерживающую терапию с обучением социальным навыкам. В отличие от большинства работ, в контрольной группе, помимо стандартной медикаментозной терапии, проводилась систематическая индивидуальная психологическая поддержка. Комбинированная

программа, проводившаяся в течение 6 месяцев, привела к двукратному снижению числа рецидивов (с 34% до 17%) и госпитализаций (с 39% до 22%). Кроме того, в экспериментальной группе удалось снизить дозу медикаментов с 665 мг аминазин-эквивалента в день до 425 мг, тогда как в контрольной группе доза оставалась неизменной; при этом снижение дозы в экспериментальной группе не привело к ухудшению симптоматики у пациентов.

C.North и соавт. (59) сообщили о работе по программе ПО с группами общей численностью 56 человек. ПО сопровождалось эмоциональной поддержкой, однако, без элементов формальной психотерапии. Основной проблемой пациентов была выраженность негативных симптомов, продуктивные почти не отмечались. Двухлетний катамнестический период показал, что количество дней госпитализации уменьшилось с 84 в год до прохождения курса до 76 в год после его окончания.

Когнитивно-поведенческая терапия, включающая такие компоненты как вовлечение больных в совместную работу, нормализация их самооценки, развитие навыков совладания со стрессом, работа, способствующая пониманию пациентами своих психотических переживаний, развитие навыков самоконтроля мышления, умение работать с собственным настроением и с негативным образом Я, повсеместно используется в качестве профилактики рецидивов психотической депрессии. Большинство исследователей эффекта такого рода когнитивно-поведенческой терапии при шизофрении использовали этот метод в индивидуальном формате. В ряде работ показано снижение выраженности психотической симптоматики (44, 62, 77, 78), а также уменьшение числа рецидивов и регоспитализаций (32) под влиянием интенсивной индивидуальной терапии. V.Drury и соавт. (19, 20) сообщают об успешном применении такого рода вмешательств при остром психозе; негативная симптоматика и время выхода из острого состояния уменьшались при сочетании медикаментозной и когнитивно-поведенческой терапии по сравнению с условиями контрольной группы (treatment as usual).

Следует подчеркнуть, однако, что столь интенсивная индивидуальная терапия очень дорога и малодоступна даже в странах с хорошо развитой психосоциальной и психотерапевтической сетью, таких, например, как США и ФРГ (10). Цитированные авторы предприняли поэтому попытку применить те же методы в групповом формате, существенно снизив тем самым величину затрат на пациента. Пациенты в периоде обострения были рандомизированно распределены в группы либо ПО, либо когнитивно-поведенческой терапии, проводимой соответственно вышеописанным принципам. Каждая группа включала восемь больных, занятия проводились в течение 8 недель. В течение катамнестического периода длительностью в 6 месяцев после выписки в группе когнитивно-поведенческой терапии зарегистрировано меньше госпитализаций и более низкий уровень как позитивных, так и негативных симптомов заболевания по сравнению с группой ПО. Весь-

ма нетипично, однако, что программа ПО проводилась с группами пациентов, не включавшими ни членов их семей, ни других контактных лиц, чем, по-видимому, и объясняется низкая эффективность ПО в данном конкретном исследовании.

A.Zygmunt и соавт. (86) сравнили влияние различных психосоциальных программ на такую клинически важную переменную как выполнение больным предписанного ему медикаментозного режима. Авторы пришли к выводу, что ПО в чистом виде недостаточно эффективно. Успех достигается только в тех случаях, когда ПО сопровождается поведенческой терапией, различными тренингами (тренинг принятия решений, развитие навыков преодоления кризисных ситуаций, тренинг социальных навыков, тренинг социальной компетентности) или интенсивной семейной терапией.

Обширное исследование, выполненное недавно в Дании, охватило 547 пациентов-хроников, участвовавших в «интегративной» психосоциальной программе в течение двух лет в двух городах страны (40, 80). Программа состояла из групповой формы ПО, тренинга социальных навыков и навыков решения проблем с помощью ролевых игр, включала принципы психодрамы и когнитивной терапии. Важно заметить, что авторы сознательно избегали обычной в научных исследованиях тенденции к стандартизации, гибко приспособив содержание программы к запросам отдельных больных (40). В контрольной группе, помимо медикаментозной терапии, проводился стандартизованный тренинг социальной компетентности. Результаты двухлетнего катамнеза показали существенные различия между экспериментальной и контрольной группой по таким показателям как позитивные симптомы, общий уровень когнитивного и аффективного функционирования больных, и, в особенности, негативные симптомы (эмоциональное уплощение, алогия, апатия, ангедония и расстройства внимания). Такого рода данные представляются убедительными, однако, следует учесть огромную (приблизительно в 2,5 раза) разницу во времени работы профессионалов с пациентами экспериментальной и контрольной группы. Именно поэтому остается неясным, в какой мере неспецифические факторы «простого» общения с больным могут играть роль.

Психосоциальный процесс может зависеть от этнической, культурной и языковой среды, в которую погружены профессионал и пациент. В этой связи стоит отметить, что практически все вышеописанные результаты были получены в городских популяциях США, Великобритании, Германии и стран северной Европы. S.Bae и соавт. (8), работая в южной Калифорнии, сравнили результаты работы по программе ПО в течение года в среде белых больных шизофренией (108 чел.), чернокожих (81 чел.) и мексиканцев (37 чел.). Все обнаруженные тенденции прослеживались одинаково во всех трех группах, за исключением одного момента: темп улучшения социальных навыков в ходе терапии у чернокожих был медленнее, чем у белых. В дру-

гом исследовании, проведенном также в южной Калифорнии, интенсивная групповая семейная терапия, включающая ПО и КТ, сравнивалась с группами поддержки, чем достигались равные затраты времени на пациента в обеих группах. В группы входили пациенты мексиканского происхождения старше среднего возраста (в среднем 49 лет) с длительной (в среднем 18 лет) историей заболевания (61). Спустя 18 месяцев после психосоциальных вмешательств по типу ПО и КТ наблюдалось более строгое поддержание больными медикаментозного режима и меньшая выраженность у них психотических симптомов, чем у больных групп поддержки. Различий в плане общей оценки поведения, качества жизни и социальных навыков выявлено не было. L.Zheng и A.David (85) сравнили две строго идентичные группы больных психиатрической клиники Пекина, родственники одной из которых проходили 3-месячный курс ПО. Спустя девять месяцев после выписки в экспериментальной группе обнаружен более высокий уровень знаний о болезни и меньшая выраженность позитивных симптомов, нежели в контрольной группе, хотя процент рецидивов в обеих группах был практически одинаков.

Негативный результат, не укладывающийся в общую, вполне оптимистическую картину, был получен в исследовании франкоязычной популяции Швейцарии (83). Интенсивное психосоциальное вмешательство, включающее как ПО, так и индивидуальную и групповую когнитивную терапию, не принесло положительных результатов ни в отношении числа и длительности повторных госпитализаций, ни в отношении частоты суицидальных попыток. В отличие от большинства других исследований, пациенты проходили лечение не в специализированных университетских клиниках, а в стандартных (для Юго-Запада Швейцарии) поликлинических условиях.

Заключение

Когнитивные психосоциальные вмешательства оказывают в целом положительный эффект при шизофрении. В частности, классический когнитивный тренинг помогает восстановлению соответствующих познавательных функций (внимания, рабочей памяти, мыслительных процессов), хотя еще не совсем ясно в какой мере это улучшение, регистрируемое на функциональном уровне, может способствовать клиническому улучшению. С другой стороны, психообразование действительно способствует клиническому улучшению больных, что выражается в снижении числа рецидивов и госпитализаций, а также в повышении уровня социального функционирования, социальной реабилитации.

Чем сложнее метод психосоциального обучения, чем дальше отстоит он от «чистого» тренинга или от «чисто» просветительской работы, чем больше терапевтических компонентов он включает, тем больше количество переменных, требующих контроля в экспериментальном исследовании, и тем труднее, следовательно, доказать его действенность. Это

отражает известное из литературы противоречие между внешней и внутренней валидностью клинического эксперимента – повышение внешней валидности (клинической релевантности) экспериментальных данных выше какого-то определенного уровня достигается только за счет снижения внутренней валидности (строгости контроля), и наоборот.

В тех же случаях, когда удастся объективно проверить результаты такого рода интегративных и менее стандартизированных (другими словами, более гибко приспособляемых к конкретному больному) реабилитационных программ, эти результаты часто оказываются лучше, чем у простых и легко поддающихся оценке методов. Работы W.McFarlane и соавт. (52), T.Patterson и соавт. (61), A.Thorup и соавт. (80), M.Herz и соавт. (33), D.Velligan и соавт. (82) и другие показывают, что комбинирование разнообразных методических

средств может быть более успешным, чем приложение определенной методики в ее чистом виде.

Как было показано, методы психосоциальной терапии и реабилитации, первоначально стоящие как бы на разных полюсах (направленные узко на улучшение отдельных когнитивных функций, с одной стороны, и «широкоформатное» воздействие при психообразовании, с другой) в исследованиях и практических подходах обнаруживают тенденцию к конвергенции, проявляющуюся, например, в обращении к целостным когнитивным блокам, в одних случаях, а в других, наоборот – в выделении наиболее значимых конкретных целей психообразовательных методик, а также в методических подходах, использующих комбинированные вмешательства. Можно представить, что такое обогащение методического арсенала приведет к расширению возможностей психосоциальных вмешательств при шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2004. – 491 с.
2. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.
3. Семенова Н.Д. Исследования в области групповых психосоциальных подходов к лечению шизофрении: современное состояние и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 3. – С. 96–100.
4. Addington J., Addington D. Visual attention and symptoms in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 1998. – Vol. 34. – P. 95–99.
5. Albers M. Die Langzeitbehandlung der chronischen Schizophrenien // *Der Nervenarzt.* – 1998. – Vol. 69. – P. 737–751.
6. Andreasen N.C. Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology // *Science.* – 1997. – Vol. 275. – P. 1586–1593.
7. Atkinson J.M., Coia D.A., Gilmour W.H., Harper J.P. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 168. – P. 199–204.
8. Bae S.-W., Brekke J.S., Bola J.R. Ethnicity and treatment outcome variation in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2004. – Vol. 192. – P. 623–628.
9. Bauml J., Kissling W., Pitschel-Walz G. Psychedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance // *Nervenheilkunde.* – 1996. – Vol. 15. – P. 145–150.
10. Bechdolf A., Knost B., Kuntermann C. et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – Vol. 110. – P. 21–28.
11. Bell M.D., Bryson G., Wexler B.E. Cognitive remediation of working memory deficits: Durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenics // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2003. – Vol. 198. – P. 101–109.
12. Berhe T., Puschner B., Kilian R., Becker T. «Home treatment» für psychische Erkrankungen // *Der Nervenarzt.* – 2005. – Vol. 76. – P. 822–831.
13. Brekke J., Long J., Nesbitt N., Sobel E. The impact of service characteristics on functional outcomes from community support programs for persons with schizophrenia: A growth curve analysis // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1997. – Vol. 65. – P. 464–475.
14. Brekke J., Long J. Community-based psychosocial rehabilitation and prospective changes in functional, clinical and subjective experience variables in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26, N 3. – P. 667–680.
15. Buchkremer G., Klingberg S., Holle R. et al. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: Results of a two-year follow-up // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 96. – P. 483–491.
16. Corrigan P., Penn D. (Eds.). Social cognition and schizophrenia. – Washington, 2001. – 351 p.
17. de Haan L., Linszen D.H., Lenior M.E. et al. Duration of untreated psychosis and outcome of schizophrenia: Delay in intensive psychosocial treatment versus delay in treatment with antipsychotic medication // *Schizophr. Bull.* – 2003. – Vol. 29. – P. 341–348.
18. Dixon L.B., Lehman A.F. Family interventions for schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1995. – Vol. 21. – P. 631–643.
19. 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.
20. Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. II. Impact on recovery time // *Br. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 169. – P. 602–607.
21. Dyck D.G., Short R.A., Hendryx M.S. et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups // *Psychiatr. Serv.* – 2000. – Vol. 51. – P. 513–519.
22. Falloon I.R.H., Boyd J.L., McGill C.W. Family care of schizophrenia. – New York: Guilford Press, 1984.
23. Feldmann R., Hornung W.P., Prein B. et al. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2002. – 252 p.
24. Fiszdon J.M., McClough J.F., Silverstein S.M. et al. Learning potential as a predictor of readiness for psychosocial rehabilitation in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* – 2006. – Vol. 143. – P. 159–166.
25. Glick I.D., Clarkin J.F., Haas G.L. et al. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: VI. Mediating variables and outcome // *Family Processes.* – 1991. – Vol. 30. – P. 85–99.
26. Gold C., Heddal T.O., Dahle T., Wigram T. Music therapy for schizophrenia-like illnesses // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005. – 2.
27. Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.R. et al. Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1978. – Vol. 35. – P. 1169–1177.
28. Goulet J., Lalonde P., Lavoie G., Jodoin F. Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez de jeunes psychotiques // *Revue Canadienne de Psychiatrie.* – 1993. – Vol. 38. – P. 571–573.
29. Grace J., Bellus S.B., Raulin M.L. et al. Long-term impact of clozapine and psychosocial treatment on psychiatric symptoms and cognitive functioning // *Psychiatr. Serv.* – 1996. – Vol. 47. – P. 41–45.
30. Gruzelier J. Self-regulation of electrocortical activity in schizophrenia and schizotypy: A review // *Clin. Electroencephalography.* – 2000. – Vol. 31. – P. 23–29.
31. Haas G.L., Glick I.D., Clarkin J.F. et al. Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16. – P. 277–292.
32. Haddock G., Tarrier N., Spaulding W. et al. Individual cognitive-behavioral therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review // *Clin. Psychol. Review.* – 1998. – Vol. 18. – P. 821–838.
33. Herz M.I., Lambert J.S., Mintz J. et al. A program for relapse prevention in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 57. – P. 277–283.
34. Hofer A., Baumgartner S., Bodner T. et al. Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition // *Eur. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 20. – P. 395–402.
35. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study in relapse and expressed emotion // *Arch. Gen.*

- Psychiatry. – 1985. – Vol. 43. – P. 633–642.
36. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1991. – Vol. 48. – P. 340–347.
37. Hogarty G., Flesher S. A developmental theory for cognitive enhancement therapy of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 677–692.
38. Hogarty G.E., McEvoy J.P., Munez M. et al. Dose of fluphenazine, familial expressed emotion, and outcome in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 45. – P. 797–805.
39. Jackson H., McGorry P., Edwards J. Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis: theory, praxis, outcomes and challenges // *Social cognition and schizophrenia*. – 2001. – P. 249–254.
40. Jeppesen P., Petersen L., Thorup A. et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial // *Br. J. Psychiatry*. – 2005. – Suppl. 48. – P. 85–90.
41. Kavanagh D.J. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 160. – P. 601–620.
42. Kilian R., Lindenbach I., Angermeyer M.C. «(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht» Die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen // *Psychiatrische Praxis*. – 2001. – Vol. 28. – P. 168–173.
43. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. – Huntington, NY: R.E. Krieger, 1919/1971.
44. Kuipers E., Fowler D., Garety P. London-east Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III: Follow-up and economic evaluation at 18 months // *Br. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 173. – P. 61–68.
45. Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E. Approaches to cognitive rehabilitation of neuropsychological deficits in schizophrenia: A review and meta-analysis // *Neuropsychology Review*. – 2001. – Vol. 11. – P. 197–210.
46. Leff J., Berkowitz R., Shavit N. et al. A trial for family therapy versus a relatives' group for schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. – 1989. – Vol. 154. – P. 58–66.
47. Leff J., Berkowitz R., Shavit N. et al. A trial for family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: Two-year follow-up // *Br. J. Psychiatry*. – 1990. – Vol. 157. – P. 571–577.
48. Linszen D., Dingemans P., van der Does J.W. et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders // *Psychol. Med.* – 1996. – Vol. 26. – P. 333–342.
49. Lobban F., Barrowclough C., Jones S. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia // *Psychol. Med.* – 2004. – Vol. 34. – P. 1165–1176.
50. Macpherson R., Jerrom B., Hughes A. A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 168. – P. 709–717.
51. McFarlane W.R., Link B., Dushay R. et al. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia // *Family Processes*. – 1995. – Vol. 34. – P. 127–144.
52. McFarlane W.R., Luckens E., Dushay R. et al. Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1995. – Vol. 52. – P. 679–687.
53. McGorry P.D. Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process // *Psychiatry*. – 1995. – Vol. 58. – P. 313–328.
54. Medalia A., Aluma N., Tryon W., Merriam A.E. Effectiveness of attention training in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1998. – Vol. 24. – P. 147–152.
55. Medalia A., Revheim N., Casey M. The remediation of problem-solving skills in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2001. – Vol. 27. – P. 259–267.
56. Meichenbaum D., Cameron R. Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional control // *Behavior Therapy*. – 1973. – Vol. 4.
57. Menditto A.A., Beck N.C., Stuve P. et al. Effectiveness of clozapine and a social learning program for severely disabled psychiatric inpatients // *Psychiatr. Serv.* – 1996.
58. Merinder L.B., Viuff A.G., Laugesen H. et al. Patient and relative education in community psychiatry: A randomized controlled trial regarding its effectiveness // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 1999. – Vol. 34. – P. 287–294.
59. North C.S., Pollio D.E., Sachar B. et al. The family as caregiver: A group psychoeducation model for schizophrenia // *Am. J. Orthopsychiatry*. – 1998. – Vol. 68. – P. 39–46.
60. Olbrich R., Mussgay L. Reduction of schizophrenic deficits by cognitive training: An evaluative study // *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.* – 1990. – Vol. 239. – P. 366–369.
61. Patterson T.L., Bucardo J., McKibbin C.L. et al. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older latinos with chronic psychosis // *Schizophr. Bull.* – 2005. – Vol. 31. – P. 922–930.
62. Pekkala E., Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2004. – 4.
63. Phillips W.A., Silverstein S.M. Convergence of biological and psychological perspectives on cognitive coordination in schizophrenia // *Behav. Brain Sci.* – 2003. – Vol. 26. – P. 65–82.
64. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. Psychological treatment in schizophrenia // *Psychol. Med.* – 2002. – Vol. 32. – P. 783–791.
65. Pitschel-Walz G., Boerner R., Mayer C. et al. Effects of psychoeducational groups for schizophrenic patients and their relatives on knowledge, compliance and relapse // *Pharmacopsychiatry*. – 1995. – Vol. 28. – P. 204.
66. Razali M.S., Yahua H. Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in a developing country // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1995. – Vol. 91.
67. Razali M.S., Yahua H. Health education and drug counseling in schizophrenia // *Int. Med. J.* – 1995. – Vol. 4. – P. 187–189.
68. Schooler N.R., Keith S.J., Severe J.B. et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 54. – P. 453–463.
69. 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.
70. Silverstein S.M., Menditto A.A., Stuve P. Shaping attention span: An operant conditioning procedure to improve neurocognition and functioning in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2001. – Vol. 27. – P. 247–257.
71. Silverstein S.M., Wilkniss S.M. At issue: The future of cognitive rehabilitation of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2004. – Vol. 30. – P. 679–692.
72. Smith J., Birchwood M.J. Specific and non-specific effects of educational intervention with families living with schizophrenic relatives // *Br. J. Psychiatry*. – 1987. – Vol. 150. – P. 645–652.
73. Solomon P., Draine J., Mannion E. et al. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy // *Schizophr. Bull.* – 1996. – Vol. 22. – P. 41–50.
74. Spaulding W., Reed D., Sullivan M. et al. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 657–676.
75. Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C. et al. The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse // *Br. J. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 153. – P. 532–542.
76. Tarrier N., Beckett R., Harwood S. et al. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome // *Br. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 162. – P. 524–532.
77. Tarrier N., Kinney C., McCarthy E. et al. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 917–922.
78. Tarrier N., Yusupoff L., Kinney C. et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia // *Br. Med. J.* – 1998. – Vol. 317. – P. 303–307.
79. Temple S., Hu B.C. Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: A case-controlled clinical trial // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 74. – P. 195–199.
80. Thorup A., Petersen L., Jeppesen P. et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis – results from the Danish OPUS trial // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 79. – P. 95–105.
81. Twamley E.W., Jeste D.V., Bellack A.S. A review of cognitive training in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2003. – Vol. 29. – P. 359–382.
82. Velligan D.I., Bow-Thomas C.C., Hutzinger C. et al. Randomized control trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157.
83. Zanello A., Merlo M. Le programme de rehabilitation cognitive et comportementale IPT (Integrated Psychological Treatment) dans un contexte psychiatrique ambulatorio // *Sante Mentale au Quebec*. – 2004. – Vol. 29. – P. 175–200.
84. Zastovny T.R., Lehn A.F., Cole R.E., Kane C. Family management of schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment // *Psychiatric Quarterly*. – 1992.
85. Zheng L., David A. Family education for people with schizophrenia in Beijing, China // *Br. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187. – P. 339–345.
86. Zygmunt A., Olsson M., Boyer C.A., Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – P. 1653–1664.