

УДК 616.895.8–072.8(048.8)

НЕЙРОКОГНИЦИИ И СОЦИАЛЬНЫЕ КОГНИЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ¹

В. А. Бузова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Книга V.Roder и A.Medalia посвящена исследованиям нарушений нейрокогнитивных и социальных когнитивных функций у больных шизофренией. Во вступительной части авторы поднимают вопрос восстановления пациентов, страдающих шизофренией, которое включает не только избавление от симптомов, но и помощь пациенту в интеграции и социальной адаптации в обществе, и обосновывают роль нейрокогнитивных и социальных когнитивных функций в качестве ключевых детерминант в функциональном восстановлении пациентов.

Первая глава посвящена проблеме определения и способам оценки нейрокогнитивных и социальных когнитивных функций. Во второй главе исследуется степень влияния нейрокогнитивных и социальных когнитивных функций на функциональные исходы и восстановление больных шизофренией. В третьей главе обсуждаются терапевтические подходы с особым акцентом на нейрокогнитивные функции, приведен обзор литературы, эмпирические результаты авторов главы и пример компенсирующего когнитивного тренинга. В четвертой главе изложены терапевтические подходы с особым акцентом на социальные когнитивные функции, приведен обзор литературы, эмпирические результаты авторов и пример тренинга эмоционального интеллекта у больных шизофренией. В пятой главе рассмотрены литературные данные и приведены практические результаты комбинированных терапевтических подходов: обзор нейропсихологического и образовательного подходов к ремедиации, а также интегративная психотерапия и интегративная нейрокогнитивная терапия. В шестой главе описаны возможности психофармакологических вмешательств. Седьмая, заключительная, глава посвящена роли мотивации в достижении улучшений у больных шизофренией.

Наибольший интерес для нас с практической точки зрения представляет четвертая глава, описываю-

щая терапевтические вмешательства, направленные на социальные когнитивные функции.

Подходы к лечению со специальным фокусом на социальные когнитивные функции: обзор и эмпирические результаты

W.Wölwer (Dusseldorf); D.R.Combs (Tyler, Tex.); N.Frommann (Dusseldorf); D.L.Penn (Chapel Hill, N.C.)

Нарушения социальных когнитивных функций все чаще становятся целью исследований, во-первых, в силу своей тесной связи с плохим социальным функционированием и, во-вторых, из-за продолжающегося шизофренического процесса, несмотря на применение эффективного антипсихотика и психосоциальных воздействий.

Социальные когнитивные функции при шизофрении

Социальные когнитивные функции могут быть определены как «мыслительные операции, определяющие социальное взаимодействие, которые включают возможности и способности человека распознавать побуждения и намерения других» [7, 35, 37] или «способность выстраивать представления об отношениях между самим человеком и другими, а также гибко использовать эти представления для управления социальным поведением» [3]. Последнее определение расширяет понятие социальных когнитивных функций как набора когнитивных процессов, которые используются для распознавания, понимания и правильной обработки социальной информации и взаимодействий [35].

При шизофрении рассматривают четыре ключевых домена социальных когнитивных функций [17, 33]: 1) восприятие эмоций; 2) социальная перцепция; 3) внутренняя модель сознания другого (ВМСД, Theory of Mind, ToM) и 4) атрибутивный стиль. Таблица представляет определения и репрезентативные способы оценки каждого из доменов.

Становится все более очевидным, что у пациентов, страдающих шизофренией, имеются нарушения в каждом из четырех социальных когнитивных доменов [37, 40]. Эти нарушения могут рассма-

¹ Расширенный реферат 4 главы книги Roder V., Medalia A. (Eds.). *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment*. Karger, 2010. P. 61–84.

Домены социальных когнитивных функций

	Описание	Репрезентативные способы оценки
Внутренняя модель сознания другого (ВМСД)	Способность представлять состояние ума других или делать предположения об их намерениях; включает понимание ложных убеждений, намеков, намерений, обмана, метафор, иронии и ошибок	Hinting Task Brune Cartoons Test of Awareness of Social Inference
Атрибутивный стиль	Приписывание (объяснение) причин позитивных и негативных событий	Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire
Восприятие эмоций	Восприятие социальных деталей и сцен Идентификация или различение выражения эмоций, включая отражение как позитивных (счастье или удивление), так и негативных эмоциональных состояний (злость, страх, грусть, стыд, разочарование)	Face Emotion Identification Test Bell-Lysaker Emotion Recognition Test Ekman Faces
Социальная перцепция	Восприятие социальных деталей и социального контекста	Profile of Nonverbal Sensitivity Social Perception Scale

триваться количественно как «дефицит» или качественно как «искажение». «Дефицитарная» модель, пришедшая из нейропсихологических исследований, интерпретирует нарушения социальных когнитивных функций как отсутствие или ограничение способности, в то время как модель «искажения» («смещения»), заимствованная из исследований в области социальной психологии, предполагает, что эти нарушения являются ошибками в суждениях вследствие несколько искаженного использования существующих способностей. Например, последний подход предполагает, что пациенты, страдающие шизофренией (даже с бредовыми идеями), ошибочно интерпретируют социальную информацию в силу того, что они чрезвычайно чувствительны к информации, содержащей угрозу, и объясняют негативные события жизни преимущественно причинами, лежащими вне собственной личности [5]. Наблюдается выраженная разнородность пациентов, страдающих шизофренией, и как «дефицит», так и «искажение» социальных когнитивных функций могут иметь место и приводить к неадекватному социальному функционированию.

Социальные когнитивные функции становятся все более значимой областью для осуществления вмешательств в силу того, что, во-первых, являются конструктом, отличным от нейрокогнитивных функций [54] и психотических симптомов [49], и контролируются особым «социальным когнитивным нервным кругом», включающим амигдалу, веретенообразную извилину, верхнюю височную борозду и префронтальную кору [40]. Во-вторых, нарушения социальных когнитивных функций стабильны на всем протяжении шизофренического процесса, несмотря на эффективную антипсихотическую терапию и психосоциальные вмешательства. В-третьих, что наиболее важно, социальные когнитивные функции имеют прочную связь с социальным функционированием [13]. На сегодняшний день существует множество исследований, подтверждающих,

что социальные когнитивные функции являются прямым предиктором [4, 6, 8, 31], медиатором [2, 56] или модератором [30] социального функционирования. Кроме того, некоторые исследования показывают, что социальные когнитивные функции имеют более тесную связь с функциональным исходом, чем нейрокогнитивные функции.

Особые подходы к терапевтическим воздействиям на социальные когнитивные функции

В зависимости от того, рассматривается ли обеднение социальных когнитивных функций как когнитивный «дефицит» или когнитивное «искажение», используется ремедиация, направленная на восполнение дефицита, или вмешательство, направленное на устранение «искажения». В настоящее время модель «искажения» и соответствующие стратегии коррекции не оказывают значимого влияния на развитие терапии социальных когнитивных функций. Стратегии, направленные на устранение «искажения», используются для коррекции позитивных симптомов при проведении когнитивно-поведенческой терапии [26, 39, 62], и лишь недавно стали появляться исследования данных стратегий, направленных на социальные когнитивные функции. Например, мета-когнитивный тренинг [29] нацелен на изменение когнитивного «искажения» путем освобождения от этого «искажения» и ассоциированных с ним бредовых идей с помощью демонстрации пациентам негативных следствий когнитивного «искажения» и обучения их критически оценивать и изменять свое поведение. Поскольку данный подход в настоящее время только развивается, преждевременно делать выводы о его эффективности.

Большинство лечебных программ, непосредственно направленных на нарушения социальных когнитивных функций, имплицитно или эксплицитно определяет такие нарушения как «дефицит».

Такие подходы используют вмешательства по типу когнитивной ремедиации на обработку социальной информации и могут быть как узко, так и широко направленными. Наиболее узко направленные подходы нацелены на улучшение одного из аспектов социальных когнитивных функций (например, эмоционального восприятия или ВМСД), в то время как более широко направленные могут улучшать социальные когнитивные функции сразу нескольких доменов (например, эмоционального восприятия и ВМСД) либо быть нацеленными также и на улучшение нейрокогнитивных функций или дополнительно включать тренинг навыков социального поведения [13]. Таким образом, широко направленные вмешательства могут быть определены как лечение, которое: 1) скомпоновано из набора различных интервенций, таких как когнитивная ремедиация с тренингом социальных когнитивных функций и социальных навыков и/или 2) направлено на улучшение социальных когнитивных функций различных доменов.

Узко направленные подходы к вмешательству

Обзор и эмпирические результаты. Уже первые вмешательства, нацеленные только на один из четырех доменов социальных когнитивных функций, доказали, что изменить социальные когнитивные функции путем тренинга возможно.

Одна из первых попыток ремедиации социальных когнитивных функций была нацелена на ВМСД [24, 48] и доказала, что техника вербализации помогает улучшить результаты выполнения задания на понимание намерений. Последующие вмешательства, в основном, фокусировались на распознавании эмоций, домене, который, предположительно, является одним из основополагающих для социальных когнитивных функций и коммуникаций [40]. Первые исследования вмешательств, направленных на распознавание эмоций, были проведены D.L.Penn и D.Combs [34] и показали, что денежное подкрепление и обратная связь в виде выражения эмоций на лице, но не повторная практика, могут улучшить распознавание эмоций даже после одной тренинговой сессии. К сожалению, достигнутый эффект оказался нестойким, что подтвердило исследование, проведенное через неделю после тренинговой сессии. В другом подобном рандомизированном контролируемом исследовании, включавшем 60 госпитализированных пациентов, страдающих шизофренией, D.Combs и соавт. [12] показали, что формирование внимания значительно улучшает распознавание лицевых эмоций даже вне случайного денежного подкрепления и повторной практики. Основываясь на доказанной связи между распознаванием эмоций и вниманием [например, 1], а также данных, что при слишком беглом взгляде на лицо важные его части остаются без внимания [например, 27, 51], тренинг формирования внимания обучает пациентов фокуси-

ровке на таких значимых областях лица, как глаза и рот путем демонстрации в качестве подсказки большого креста в центре лица, выражающего эмоцию. Проведенное через неделю после односеансового тренинга исследование выявило достаточно устойчивые результаты. Поскольку не было контрольной группы из здоровых лиц, клиническая значимость результатов остается неясной – достиг ли уровень улучшения после вмешательства здоровой нормы или остался нарушенным?

Другой пример односеансового тренинга, проводимого на компьютере – МЕТТ (Microexpression Training Tool) – Тренинг микроэкспрессий [46]. Микроэкспрессии – быстрые (15 миллисекунд) «вспышки» выражения эмоций на лице, которые начинаются и заканчиваются демонстрацией нейтрального выражения лица. Пациенты, прошедшие тренинг МЕТТ, показали значительные улучшения – значения после вмешательства приблизились к таковым до вмешательства у контрольной группы здоровых [46]. Этот положительный опыт был повторен и в более поздних сравнительных исследованиях МЕТТ [47]. Данное исследование показало, что улучшение в распознавании лицевых эмоций было связано, в том числе, и с акцентуацией внимания при взгляде на лицо на его значимые области. Влияние МЕТТ на распознавание эмоций оказалось более продолжительным, чем на поведенческий паттерн взгляда на лицо, который вернулся к исходному через 1 неделю.

H.Silver и соавт. [50] адаптировали программу компьютеризованного тренинга эмоций («Эмоциональный тренер»), изначально разработанную для обучения детей, страдающих аутизмом. Авторы исследовали эффект трех 15-минутных сессий с интервалом в 2–3 дня у 20 стабильных пациентов, страдающих хронической шизофренией, и обнаружили, что распознавание эмоций после вмешательства улучшилось относительно исходного уровня. Поскольку контрольной группы не было, информативность данного исследования ограничена.

Более расширенные тренинговые программы, нацеленные на распознавание эмоций, были разработаны N.Frommann и соавт. [16], а также W.Wolwer и соавт. [58]. Тренинг распознавания эмоций (ТРЭ), состоящий из 12 сессий, впервые был использован в рандомизированном контролируемом исследовании у 77 пациентов в стадии становления ремиссии [58]. Использовалось сравнение с «активной» контрольной группой, участвовавшей в Тренинге когнитивной ремедиации (ТКР), нацеленном на улучшение базовых нейрокогнитивных, и «пассивной» группой, которая получала обычное лечение без какого бы то ни было когнитивного тренинга. На выходе оценивались: распознавание лицевых эмоций, распознавание лиц и базовое когнитивное функционирование. Анализ выявил двойную диссоциацию: ТРЭ способствовал улучшению распознавания лицевых эмоций,

но не влиял на память, внимание и исполнительные функции, в то время как пациенты, проходившие ТКР или не участвовавшие ни в одном из тренингов, не показали улучшений в распознавании эмоций. Положительный эффект ТРЭ на распознавание эмоций был повторен в двух последующих исследованиях, сравнивавших ТРЭ с ТКР или с «пассивной» группой [59]. Согласно полученным данным, результаты сохранялись через 6–8 недель после завершения тренинга, а также проявлялись в улучшении вербального распознавания эмоций и, в меньшей степени, в улучшении ВМСД. Между тем, немедленного влияния на социальное взаимодействие, оцениваемого с помощью теста ролевых игр, обнаружено не было. Таким образом, улучшения в распознавании эмоций по выражению лица у пациентов, страдающих шизофренией, не могут быть достигнуты с помощью традиционных программ когнитивной ремедиации типа ТКР, а требуют применения особых функциональных тренинговых программ, нацеленных на социальные когнитивные функции.

Широко направленные подходы к вмешательству

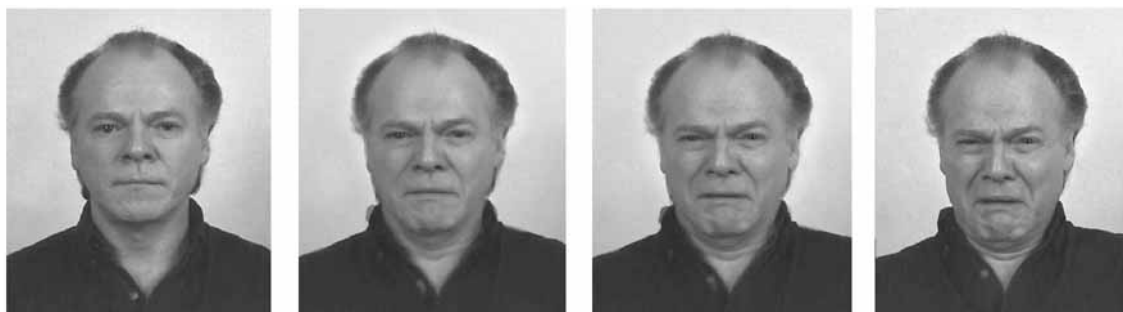
Обзор и эмпирические результаты. Одним из наиболее заметных широко направленных подходов к вмешательству является интегрированная психологическая терапия (ИПТ) [44], состоящая из 5 подпрограмм, из которых прямо направлена на улучшение социального и эмоционального восприятия только подпрограмма социального восприятия. Многие исследователи, применяющие ИПТ, не включают подпрограмму социального восприятия, предпочитая делать фокус больше на изменения базовых когнитивных функций, чем на социальные когнитивные функции. Тем не менее, есть целый ряд исследований [63], представляющих собственный набор программ когнитивной и социальной когнитивной ремедиации или модификаций метода ИПТ [19]. На контрасте с традиционной ИПТ или исследованиями когнитивной ремедиации, появились исследования вмешательств, нацеленных на социальные когнитивные функции в чистом виде. Например, Тренинг социальных когниций и взаимодействий (ТСКВ) включает тренинг эмоционального восприятия (рисунок),

социального проблемно-разрешающего поведения и генерирование точных атрибуций (приписываний) для социальных ситуаций, но не включает традиционных нейрокогнитивных упражнений, таких как тренинг памяти или внимания. Так, на концептуальном уровне, с точки зрения влияния на социальное функционирование, такие широко направленные подходы могут быть рассмотрены как влияющие через «верхушку» (социальные когнитивные или даже метакогнитивные процессы) или из «глубины» (нейрокогнитивные процессы).

Существует целый спектр широко направленных исследований. Рассмотрим те из них, методы вмешательства в которых нацелены на социальные когнитивные аспекты. Наиболее полно такие исследования отображены в обзоре W.Horan и соавт. [22].

M.Van der Gaag и соавт. [53] рандомизированно включили 42 пациента в программу когнитивной ремедиации или группу досуговых навыков. Вмешательство, нацеленное на когнитивную ремедиацию, включало 22 сессии и продолжалось 3 месяца. Программа когнитивной ремедиации состояла из четырех последовательных частей: 1) тренинг самоинструкций; 2) тренинг памяти; 3) практика индуктивных рассуждений и 4) тренинг компенсаторных стратегий. Тренинг социальных когнитивных функций и восприятия эмоций проводился в рамках фазы компенсаторных стратегий и продолжался 6 сессий (общей продолжительностью 120 минут). Во время этих сессий участники работали над распознаванием эмоциональных и социальных сцен, распознаванием лицевых эмоций, лицевой мимики и вовлекались в ролевые игры. В результате оказалось, что в группе когнитивной ремедиации по сравнению с группой досуговых навыков результаты в заданиях на типирование и определение соответствия эмоций были значительно выше.

V.Hodel и соавт. [19] разработали Тренинг управления эмоциями (ТУЭ) для улучшения эмоционального восприятия, социальной адаптации и сокращения влияния стресса на психопатологию. 22 участника были распределены в группу 12-недельного ТУЭ (11 чел.) или группу проблемно-разрешающего поведения (11 чел.). По завершению вмешательства группа ТУЭ продемонстрировала улучшение в вос-



Примеры слайдов с меняющимися эмоциями из ТСКВ (6 сессия)

Примечания: участников просят идентифицировать каждую эмоцию и оценивают, насколько уверены они в своих предположениях по шкале от 1 до 10. Выражения меняются по нарастающей от нейтрального до очень интенсивного.

приятии эмоций, социальной адаптации, оцениваемой с помощью шкалы NOSIE, и психопатологических симптомов, оцениваемых с помощью шкалы BPRS. Четыре месяца спустя достигнутые изменения в восприятии эмоций вернулись к исходному уровню, однако улучшения социальной адаптации и психопатологии сохранились. Имеются данные об эффективности ТУЭ у амбулаторных пациентов [20] и при первом эпизоде шизофрении [18]. Данные исследования подтверждают тезис о влиянии улучшения социальных когнитивных функций на социальное функционирование.

G.Hogarty и соавт. [21] рандомизировали 121 пациента, страдающего шизофренией, в группу когнитивной улучшающей терапии (КУТ) или поддерживающей терапии. Оценка производилась спустя 12 и 24 месяца. КУТ был разработан с использованием концепции реабилитации пациентов с травмами головного мозга по методике Бен-Ишай, ИПТ и исследований по развитию когнитивных навыков. Основной целью КУТ является изменение сути социальных когнитивных функций – от трудозатратного процесса к более автоматическому. Тренинг социальных когнитивных функций проводился в малых группах, еженедельно с 4 по 6 месяцев КУТ (вначале пациенты участвовали в когнитивном тренинге). В этих группах участники обсуждали социальные ситуации из реальной жизни, выполняли упражнения на улучшение социальных навыков, развивали восприятие эмоций и обсуждали то, как влияет контекст на эмоциональные реакции. Через 12 месяцев участники группы КУТ продемонстрировали улучшение когнитивных функций (нейрокогниции и сочетанный балл скорости обработки) и социальной адаптации с тенденцией к улучшению балла социальных когнитивных функций по композитной шкале из 50 пунктов, оцененной клиницистами (не вслепую). Кроме того, и через 24 месяца участники КУТ показали значительно лучшие результаты при оценке социальных когнитивных функций.

В последующем исследовании S.Eack и соавт. [14], 38 человек с первым эпизодом шизофрении были рандомизированно включены в 12-месячный КУТ или группу поддерживающей терапии. Результаты показали, что в группе КУТ баллы при оценке эмоционального интеллекта по тесту MSCEIT [28], являющемуся частью батареи тестов MATRICS, оказались выше, чем у контрольной группы. Участники КУТ улучшили свои способности распознавать, понимать эмоции и управлять ими, а также использовать эти навыки при принятии решений.

Совсем свежие исследования социальных когнитивных функций, нацеленные на улучшение эмоционального восприятия, ВМСД и атрибутивного стиля, используют Тренинг эмоционального интеллекта (ТЭИ) [55]. Программа тренинга состоит из 12 сессий, проводимых в 6-недельный период. Две 80-минутные сессии в неделю проводятся с груп-

пой из 6–8 участников. В каждой сессии задействуются 3 основных компонента (восприятие, понимание эмоций и управление ими). В первой части сессии тренируются навыки, связанные с восприятием и интерпретацией эмоциональной информации. Фокус второй части каждой тренинговой сессии – управление эмоциями, требующееся для улучшения способности пациентов к саморегуляции эмоций.

Тренинг улучшения социальных когниций (ТУСК) [9] является трехступенчатой тренинговой системой, с фокусом на тренинге социальных когнитивных способностей таких, как контекстная оценка и способность к оценке перспективы, а также на развитие стратегий проблемно-разрешающего поведения. Первые оценки результатов ТУСК показали, что 6-месячный тренинг приводил к улучшению обработки контекстной информации, но лишь немного улучшал социальную упорядоченность пациентов или восприятие эмоций [9].

Тренинг социальных когниций и взаимодействий (ТСКВ) также является примером широко направленного вмешательства на социальные когнитивные функции. ТСКВ представляет собой 20-недельное, проводимое в группах, вмешательство, которое продемонстрировало эффективность в двух небольших исследованиях с госпитализированными пациентами [10, 32] и амбулаторными пациентами [43], страдающими шизофренией. Три уже имеющихся исследования не являются рандомизированными и контролируемые, однако D.Penn и D.Combs в настоящее время проводят клиническое рандомизированное контролируемое исследование ТСКВ, финансируемое Национальным институтом психического здоровья США. ТСКВ, возможно, улучшает ВМСД у взрослых с высоко-функциональным аутизмом [52].

D.Combs и соавт. [10] сравнивали у 28 осужденных пациентов, страдающих шизофренией, использование ТСКВ (18 пациентов) и группового тренинга навыков совладания (10 пациентов). Включение не было рандомизированным. По завершению вмешательства участники группы ТСКВ продемонстрировали стойкие улучшения эмоционального восприятия, ВМСД и менее враждебную атрибуцию. Кроме того, было отмечено лучшее социальное функционирование (по самооценке) и снижение поведенческой агрессии. Неожиданно для исследователей участники группы ТСКВ показали улучшение в тесте на когнитивную гибкость (Trail Making Test), хотя в рамках тренинга не были включены упражнения на развитие данного аспекта. Участники из группы тренинга навыков совладания не показали улучшений ни в одном из упомянутых измерений. Спустя 6 месяцев было обнаружено, что в группе ТСКВ баллы снизились относительно имевшихся сразу после вмешательства, однако снижение не достигло исходного уровня [11]. D.Roberts и D.Penn [43] исследовали ТСКВ у 31 амбулаторного пациента, страдающего шизоф-

ренией, и обнаружили, что лица, завершившие программу ТСКВ (20 чел.), показали лучшие результаты при оценке эмоционального восприятия и социальных навыков чем те, кто получал обычное лечение (11 чел.). Не было отмечено изменений в ВМСД или атрибутивном стиле.

В Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе W.Hogan и соавт. [23] рандомизировали 31 пациента с шизофренией в 12-сессионное социально-когнитивное вмешательство (2 фазы, каждая из 6 сессий) или вмешательство, нацеленное на управление симптомами. Первая фаза 12-сессионной программы фокусировалась на тренинге эмоционального и социального восприятия, в рамках которого последовательно повторялись упражнения на понимание и распознавание выражения различных эмоций на лице, осуществлялась практика лицевой мимики, восприятие невербального поведения и понимание социальных норм. Вторая фаза фокусировалась на атрибуциях и ВМСД. Основной целью этих сессий были построение адекватных предположений по поводу социальных ситуаций, избегание прыжков к выводам, обучение способам проверки своих предположений и интеграция всей полученной на тренинге информации для понимания социальных взаимодействий (использование 5 вопросов: кто, что, когда, где и почему). Эта фаза также включала работу по использованию сарказма и обмана. W.Hogan и соавт. [23] в процессе создания данного 12-сессионного тренинга использовали методы и процедуры как из ТСКВ, так и из ТРЭ. Согласно полученным результатам, улучшение эмоционального восприятия, достигнутое прошедшей тренинг группой, значительно превышало таковое у группы управления симптомами. При этом баллы, полученные при выполнении заданий на атрибутивный стиль, социальную перцепцию и социальные выводы оказались невысокими. Изменения симптоматики или нейрокогнитивных функций не были связаны с улучшением восприятия эмоций. Возможно, продолжительность лечения оказалась недостаточной для достижения более интенсивных изменений комплексных социальных когнитивных способностей, поэтому в настоящее время авторы разрабатывают программу 24-сессионного вмешательства.

Предпосылки для последующих исследований

На сегодняшний день социальная когнитивная ремедиация все еще находится на ранней стадии развития, хотя первые эффективные результаты обнадеживают. Данные о том, что улучшение социальных когнитивных процессов имеет важное значение для успешного социального функционирования, получены у лиц, страдающих шизофренией с помощью различных подходов к вмешательству. Поскольку не проводилось прямого сравнения между узконаправленными и широконаправленными подходами, какая из стратегий наиболее оптимальна, пока оста-

ется не ясным. Между тем, представляется очевидным, что стандартный нейрокогнитивный тренинг скорее необходим, чем достаточен для улучшения социальных когнитивных процессов [63].

Независимо от типа вмешательства (когнитивное или социальное когнитивное), существует несколько методологических и концептуальных аспектов, которые должны быть учтены в последующих исследованиях. Первое, какова роль социальных когнитивных функций в достижении улучшения социального функционирования? Предполагается, что социальные когнитивные функции могут выступать как прямой предиктор, медиатор или модератор социального функционирования. Если мы рассматриваем социальные когнитивные функции как прямой независимый предиктор, тогда вмешательства должны быть в большей степени сфокусированы на социальных когнитивных активностях. Большинство исследований когнитивной ремедиации основаны на подходе медиатор/модератор, и эффект оценивается через улучшение качества жизни пациента путем влияния на социальные когнитивные функции. Второе, должна оцениваться эффективность вмешательства не только на социальное функционирование, но также и на те конструкты, которые не использовались и не тренировались во время исследования. Повторяемый тренинг в целом улучшает показатели измерений, выбранных в исследовании, гораздо сложнее показать улучшения в каких-то новых измерениях, которые помогают понять, что именно происходит во время вмешательства. Действительно ли мы обучаем стратегии, которая может быть использована в других ситуациях? Показываем ли мы пациенту как компенсировать имеющиеся дефициты и стать более эффективным? Третье, улучшения должны демонстрировать стабильность с течением времени. И удивительно, что так мало данных по долгосрочному эффекту когнитивных и социальных когнитивных тренингов. И, наконец, сколько сессий необходимо для достижения изменений, и как часто они должны проводиться? Широко известно, что существующие вмешательства являются весьма дорогостоящими в плане человеческих, временных и других ресурсов, что истощает как персонал, так и пациентов. Помочь ответить на данный вопрос может оценка результатов каждой фазы вмешательства.

В качестве вывода: теперь, когда мы знаем, что нарушения социальных когнитивных функций в принципе могут быть модифицированы, представляется интересным дальнейшее развитие подобных вмешательств. С целью достижения социального восстановления у пациентов, страдающих шизофренией, последующие исследования должны быть направлены на изучение влияния улучшений в социальной когнитивной сфере на социальное функционирование пациентов в реальной жизни, независимое проживание и качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Addington J., Addington D. Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder // *Schizophr. Res.* 1998. Vol. 32. P. 171–181.
2. Addington J., Saeedi H., Addington D. Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? // *Schizophr. Res.* 2006. Vol. 85. P. 142–150.
3. Adolphs R. The neurobiology of social cognition // *Curr. Opin. Neurobiol.* 2001. Vol. 11. P. 231–239.
4. Bell M.D., Tsang H.W., Greig T.C., Bryson G.J. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 738–747.
5. Blackwood N.J., Howard R.J., Bentall R.P., Murray R.M. Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 158. P. 527–539.
6. Bora E., Eryavuz A., Kayahan B. et al. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning // *Psychiatry Res.* 2006. Vol. 145. P. 95–103.
7. Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain // *Concepts Neurosci.* 1990. P. 27–61.
8. Brune M. Emotion recognition, 'theory of mind', and social behavior in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2005. Vol. 133. P. 135–147.
9. Choi K.H., Kwon J.H. Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Comm. Ment. Health. J.* 2006. Vol. 42. P. 177–187.
10. Combs D.R., Adams S.D., Penn D.L. et al. Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 91. P. 112–116.
11. Combs D.R., Penn D.L., Tiegreen J.A. et al. Stability and generalization of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia: six-month follow-up results // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 112. P. 196–197.
12. Combs D.R., Tosheva A., Penn D.L. et al. Attentional shaping as a means to improve emotion perception deficits in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 105. P. 68–77.
13. Couture S., Penn D.L., Roberts D.L. The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, Suppl. 1. P. S44–S63.
14. Eack S.M., Hogarty G.E., Greenwald D.P., Hogarty S.S., Keshavan M.S. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: preliminary effects // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 89. P. 308–311.
15. Ekman P., Friesen W.V. *Pictures of facial affect.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1976.
16. Frommann N., Streit M., Wolwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program // *Psychiatry Res.* 2003. Vol. 117. P. 281–284.
17. Green M.F., Leitman D.I. Social cognition in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 670–672.
18. Hodel B., Brenner H.D., Merlo M.C.G., Teuber J.F. Emotional management therapy in early psychosis // *Br. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 172. P. 128–133.
19. Hodel B., Kern R.S., Brenner H.D. Emotion management training (EMT) in persons with treatment resistant schizophrenia: first results // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 68. P. 107–108.
20. Hodel B., Zanello A., Welling A. et al. Ein Trainingsprogramm zur Bewältigung von maladaptiven Emotionen bei schizophrener Erkrankten // *Psychother. Psychiatr.* 1997. P. 86–89.
21. 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.
22. Horan W.P., Kern R.S., Green M.F., Penn D.L. Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence // *Am. J. Psychiatr. Rehab.* 2009. Vol. 11. P. 205–252.
23. Horan W.P., Kern R.S., Shokat-Fadai K. et al. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients // *Schizophr. Res.* 2009. Vol. 107. P. 47–54.
24. Kayser N., Sarfati Y., Besche C., Hardy-Bayle M.C. Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of 'theory of mind' impairment in schizophrenia // *Neuropsychol. Rehab.* 2006. Vol. 16. P. 83–95.
25. Kern R.S., Glynn S.M., Horan W.P., Marder S.R. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 347–361.
26. Kuipers E., Garety P., Fowler D. et al. Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, Suppl. 1. P. S24–S31.
27. Loughland C.M., Williams L.M., Gordon E. Visual scan paths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample // *Schizophr. Res.* 2002. Vol. 55. P. 159–170.
28. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0 // *Emotion.* 2003. Vol. 3. P. 97–105.
29. Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2007. Vol. 20. P. 619–625.
30. Nienow T.M., Docherty N.M., Cohen A.S., Dinzeo T.J. Attentional dysfunction, social perception, and social competence: what is the nature of the relationship? // *J. Abnorm. Psychol.* 2006. Vol. 115. P. 408–417.
31. Pan Y., Chen S., Chen W., Liu S. Affect recognition as an independent social function determinant in schizophrenia // *Compreh. Psychiatry.* 2009. Vol. 50. P. 443–452.
32. Penn D., Roberts D.L., Munt E.D. et al. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 80. P. 357–359.
33. Penn D.L., Addington J., Pinkham A. Social cognitive impairments // *Am. Psychiatr. Publ. Press.* 2006. P. 261–274.
34. Penn D.L., Combs D. Modification of affect perception deficits in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2000. Vol. 46. P. 217–229.
35. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. et al. Social cognition in schizophrenia. *Psychol. Bull.* 1997. Vol. 121. P. 114–132.
36. Penn D.L., Roberts D.L., Combs D., Sterne A. Best practices: the development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders // *Psychiatr. Serv.* 2007. Vol. 58. P. 449–451.
37. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 408–411.
38. Penn D.L., Spaulding W., Reed D., Sullivan M. The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1996. Vol. 20. P. 327–335.
39. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, Suppl. 1. P. S64–S80.
40. Pinkham A.E., Penn D.L., Perkins D.O., Lieberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 160. P. 815–824.
41. Pinkham A.E., Penn D.L. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skills in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* 2006. Vol. 143. P. 167–178.
42. Roberts D.L., Penn D.L., Combs D.L. *Social Cognition and Interaction Training Manual.* Unpublished manuscript, 2006.
43. Roberts D.L., Penn D.L. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study // *Psychiatr. Res.* 2009. Vol. 166. P. 141–147.
44. Roder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner H.D. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, Suppl. 1. P. S81–S93.
45. Roncone R., Falloon I.R., Mazza M. et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? // *Psychopathology.* 2002. Vol. 35. P. 280–288.
46. Russell T.A., Chu E., Phillips M.L. A pilot study to investigate the effectiveness of emotion recognition remediation in schizophrenia using the micro-expression training tool // *Br. J. Clin. Psychol.* 2006. Vol. 45. P. 579–583.
47. Russell T.A., Green M.J., Simpson I., Coltheart M. Remediation of facial emotion perception in schizophrenia: concomitant changes in visual attention // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 103. P. 248–256.
48. Sarfati Y., Passerieux C., Hardy-Bayle M. Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia? // *Psychopathology.* 2000. Vol. 33. P. 246–251.
49. Sergi M.J., Rassovsky Y., Widmark C. et al. Social cognition in schizophrenia: relationships with neurocognition and negative symptoms // *Schizophr. Res.* 2007. Vol. 90. P. 316–324.
50. Silver H., Goodman C., Knoll G., Isakov V. Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia: a pilot study // *Psychiatr. Res.* 2004. Vol. 128. P. 147–154.
51. Streit M., Wolwer W., Gaebel W. Facial affect recognition and visual scanning behaviour in the course of schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1997. Vol. 24. P. 311–317.
52. Turner-Brown L.M., Perry T.D., Dichter G.S. et al. Brief report: feasibility of social cognition and interaction training for adults with high-functioning autism // *J. Autism. Dev. Dis.* 2008. Vol. 38. P. 1777–1784.

53. Van der Gaag M., Kern R.S., van den Bosch R.J., Liberman R.P. A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2002. Vol. 28. P. 167–176.
54. Van Hooren S., Versmissen D., Janssen I. et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 103. P. 257–265.
55. Vauth R., Joe A., Seitz M. et al. Differentiated short- and long-term effects of a 'training of emotional intelligence' and of the 'integrated psychologic therapy program' for schizophrenic patients? // *Fortschri-Neurol. Psychiatr.* 2001. Vol. 69. P. 518–525.
56. Vauth R., Rusch N., Wirtz M., Corrigan P.W. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? // *Psychiatr. Res.* 2004. Vol. 128. P. 155–165.
57. Wilson B.A., Baddeley A., Evans J., Shiel A. Errorless learning in the rehabilitation of memory-impaired people // *Neuropsychol. Rehab.* 1994. Vol. 4. P. 307–326.
58. Wolwer W., Frommann N., Halfmann S. et al. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program // *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 80. P. 295–303.
59. Wolwer W., Frommann N. The training of affect recognition (TAR): efficacy, functional specificity, and generalization of effects // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35. P. 351.
60. Wolwer W., Streit M., Polzer U., Gaebel W. Facial affect recognition in the course of schizophrenia // *Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci.* 1996. Vol. 246. P. 165–170.
61. Wykes T., Reeder C., Corner J. et al. A randomised control trial of individual neurocognitive remediation: the effects on cognitive deficits and general functioning // *Schizophr. Res.* 1998. Vol. 29. P. 164 (abstr).
62. Wykes T., Steel C., Everitt B., Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 523–537.
63. Wykes T., van der Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – cognitive remediation therapy (CRT)? // *Clin. Psychol. Rev.* 2001. Vol. 21. P. 1227–1256.

НЕЙРОКОГНИЦИИ И СОЦИАЛЬНЫЕ КОГНИЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. А. Бурова

В расширенном реферате 4 главы книги под редакцией Volker Roder, Alice Medalia «Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment» обсуждаются терапевтические подходы, нацеленные на социальные когнитивные функции. Если обеднение социальных когнитивных функций концептуально рассматривается как когнитивный «дефицит», используется ремедиация, направленная на восполнение дефицита, если же как когнитивное «искажение» – вмешательство, направленное на устранение «ис-

кажения». Терапия может быть направлена только на один (или более) из четырех доменов социальных когнитивных функций либо как на социальные, так и на нейрокогнитивные. Обсуждается влияние этих подходов на социальное функционирование пациентов, обозначены перспективные направления последующих исследований.

Ключевые слова: социальные когнитивные функции, шизофрения, социальное функционирование.

NEUROCOGNITION AND SOCIAL COGNITION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

V. A. Bourova

An extended summary of Chapter 4 of the book 'Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment' edited by Volker Roder and Alice Medalia, conveys the discussion of therapeutic approaches aimed at improvement of social cognition. If poorer cognitive functioning is considered within framework of the cognitive 'deficit', then remediation follows aimed at filling up this deficit, while if the problems are considered in terms of cognitive 'distortion', then follows

an intervention aimed at removal of such a 'distortion'. The treatment can be aimed at one (or more) of the four domains of social cognition, or at both social and neural cognitions. The authors discuss the effect of these approaches on patients' social functioning and suggest the directions for future research.

Key words: social cognition, schizophrenia, social functioning.

Бурова Виталина Александровна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: vitaburova@mail.ru