

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, Н.Д. Семенова, М.В. Миняйчева,
Я.А. Сторожакова, О.В. Лиманкин, А.В. Нарышкин, М.С. Шейфер,
Л.А. Арбузова, И.Н. Буянцева, А.А. Железнякова, Ю.Г. Моргунова,
О.Б. Мязина, А.В. Палин**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России,
СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница
№1 им. П.П.Кащенко»,
ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»,
ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница»*

Нарушения социального функционирования – один из основных факторов снижения качества жизни у пациентов с шизофренией. Эти нарушения проявляются практически в каждой области жизни больных – в их занятости, межличностных отношениях, социализации и независимом проживании [17]. Именно нарушения социального функционирования ведут к инвалидизации и являются одним из факторов, поддерживающих инвалидность среди больных шизофренией на достаточно высоком уровне [18]. В последние годы исследователи особо выделяют дефицит нейрокогнитивных, социально-когнитивных и мотивационных факторов в плане их влияния на социальное функционирование. Производятся попытки через нарушения различных доменов социальных когний проследить патогенетический механизм развития симптомов шизофрении [30].

Сдвиг акцента на внебольничное звено при оказании психиатрической помощи, активное развитие новых форм помощи ведет к поиску соответствующих современным тенденциям программ реабилитации больных шизофренией, базирующихся на принципах сберегающе-превентивной реабилитации [2]. И.Я.Гурович описывает реабилитацию как «восстановление или формирование утраченных в условиях, нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности» [1]. Закономерно, точки приложения реабилитационных воздействий сосредотачиваются вокруг нейрокогний, мотивации и социальных когнитивных функций.

В литературе растет количество публикаций, предлагающих разного рода тренинговые программы, нацеленные на социально-когнитивные, нейрокогнитивные и мотивационные нарушения [19, 23, 31, 32]. Одни авторы предлагают направленные методики, в ходе которых работа ведется

«прицельно» с одним из доменов социальных когний, например, тренинги распознавания эмоций (FAR) W.Wolwer, (TAR) G.Sachs [38, 39]. С другой стороны, D.L.Roberts и W.P.Horan предлагают методики, направленные на работу сразу с несколькими социально-когнитивными доменами [20, 36].

Мета-анализ, проведенный M.M.Kurtz и Ch.L.Richardson, показал значительное влияние социально-когнитивных тренингов на социальную функцию [26]. Большой эффект наблюдался у пациентов с большей длительностью заболевания и с преимущественным влиянием тренингов на домены распознавания эмоций и внутреннюю модель сознания другого. У молодых пациентов лучше проявлялся эффект генерализации. При этом существенных различий между методологией тех или иных тренингов выявлено не было [26].

P.H.Lysaker и G.Dimmaggio предложили новую концепцию понимания социальных когний: способность больного к восприятию собственных и чужих чувств, способность к рефлексии собственного и чужого сознания были объединены и названы метакогницией. В сознании человека формируются именно синтетические образы и представления себя и других. В отличие от традиционных подходов, оценивающих общую правильность суждений, метакогниции рассматриваются и изучаются именно в контексте взаимовлияния и взаимодействия их компонентов [27]. Данный подход серьезно усложняет оценку социально-когнитивных функций, но, с другой стороны, имеет теоретическое преимущество, поскольку искусственное деление социальных когний на домены влечет ряд ограничений в понимании комплекса их взаимодействия. Авторы предлагают ряд отправных точек для создания программ, направленных на работу с метакогницией. Одним из результатов такой работы является то, что жизнь

пациента наполняется значениями и смыслами, что, в свою очередь, способствует активизации совладающих механизмов и их надлежащей интеграции. Целью метакогнитивной терапии должно стать формирование у пациента своих собственных представлений о себе, других, окружающем мире и психическом расстройстве.

Описанный выше подход идет в одном ряду с исследованиями мотивации у больных шизофренией [10], в рамках которых мотивации отводится роль ключевого посредника между нейрокогнитивными и социально-когнитивными функциями [34], что во многом определяет социальное функционирование пациентов. Данные взаимодействия должны находить отражение в терапевтических подходах [14].

С учетом вышеизложенного, в отделе внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России была разработана программа вмешательства, включающая мотивацию к реабилитации и тренинг социально-когнитивных функций. Программа была успешно апробирована в условиях медико-реабилитационного отделения клиники МНИИП.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексного мотивационного и социально-когнитивного вмешательства в условиях повседневной клинической практики.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница», санаторного отделения СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко», медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ».

По два специалиста из каждого учреждения (психиатр, психолог) в ходе специального семинара на базе медико-реабилитационного отделения МНИИП участвовали в обучающих теоретических и практических занятиях по методикам проведения тренинга мотивации и метакогнитивного тренинга, а также методикам оценки психопатологической симптоматики, когнитивных и социально-когнитивных функций.

В исследование включались пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в стабилизированном состоянии, находящиеся на стационарном или полустационарном лечении. Допускалось наличие негрубой подострой или резидуальной симптоматики, не определяющей поведение пациентов, дающей возможность пациентам участвовать в групповой терапии.

Все пациенты были включены в комплекс последовательных мотивационных и социально-когнитивных

вмешательств. На первом этапе с пациентами проводилась групповая психосоциальная работа в рамках модуля мотивации к реабилитации (Н.Д.Семенова, И.Я.Гурович). Модуль включает в себя 6–8 занятий, которые проводились 2 раза в неделю и длились 60 минут. В формате группы с пациентами осуществлялось мотивирование, складывающееся из побудительных воздействий на пациента (внешних или интериоризированных), а также мотивационных взаимодействий разного рода (эмоциональное заражение и увлечение, мотивационный диалог и др.). При этом активно использовалась специально созданная среда, мотивирующая пациента, когда он сам становится источником активности для себя и своего окружения [8].

По завершении тренинга мотивации пациенты включались в одну из групповых форм тренировки социальных когнитивных функций – метакогнитивный тренинг.

Метакогнитивный тренинг [6, 32] представляет собой модуль, состоящий из 8 занятий, в ходе которых повышается осведомленность пациентов о социальных и базовых когнитивных нарушениях. Пациенты побуждаются к их критическому осмыслению, в результате чего дополняется и изменяется их привычный стиль поведения. Авторы методики основываются на положении, высказанном J.Klosterkötter, заключающемся в том, что психоз или очередное обострение не является неожиданным или сиюминутным событием. Ему предшествует постепенное нарушение социальных когнитивных функций, в ходе чего меняется правильное восприятие окружающей среды. Таким образом, повышая метакогнитивную компетентность, можно предотвратить или снизить риск повторных обострений [24]. Каждое занятие посвящено одному из доменов социальных когнитивных функций или «отрицательным когнитивным схемам». В ходе занятий приводятся яркие примеры когнитивных искажений, после чего пациенты опираются на высказывания и поиску похожих ситуаций из собственного опыта. Также подчеркиваются и непродуктивные стратегии совладания (избегание, подавление мыслей) и предлагаются более рациональные способы поведения.

В группу включалось 6–8 пациентов. В каждом из участвующих учреждений было проведено от 1 до 3 циклов комплексного вмешательства.

Методы обследования

1. Клинико-психопатологический – критерии психических расстройств в соответствии с МКБ-10, шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении PANSS [21], шкала депрессии при шизофрении CDSS [9], опросник оценки выраженности симптомов шизофрении PSYRATS [16].

2. Клинико-социальный – шкала личностного и социального функционирования PSP [33], специально разработанная карта пациента с паспортной частью и основными социальными характеристиками.

3. Нейропсихологический – краткая батарея нейрокогнитивных тестов BACS [7,22].

4. Исследование социальных когнитивных функций: - методика понимания намека (Hinting task, НТ, R.Corcoran, 1995) состоит из десяти кратких историй, направленных на оценку функционирования ВМСД (внутренняя модель сознания другого – «Theory of mind»). От пациента требуется вынести социальное суждение о намерениях главного героя: после чтения каждой истории пациента спрашивают, что главный герой/героиня имеет в виду. По существу, рассказы обеспечивают социальный контекст, в котором пациенты должны мысленно представить себя, чтобы правильно определить намерения и ответить на вопрос [12];

- опросник противоречивых агрессивных намерений (Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire – AIHQ, D.R.Combs и соавт., 2007) [11]. Опросник состоит из 15 кратких историй/виньеток, в которых изложены ситуации трех видов – негативно двусмысленные, преднамеренные и случайные. Данная методика измеряет атрибутивную предубежденность по следующим параметрам: враждебные намерения (hostility bias – НВ), преднамеренность/умышленность (blame score – BS), агрессивные намерения (aggression in the situations – АВ). Каждый пациент получает 5 оценок по данному тесту;

- тест «Лица Экмана» (The Ekman 60 Faces Test/ Ekman-60, P.Ekman, W.Friesen, 1976) [13] – методика, направленная на оценку способности к распознаванию эмоций. Пациентам поочередно демонстрируется 60 фотографий актеров, лица которых выражают ту или иную эмоцию, по 10 на каждую из 6 эмоций (удивление, печаль, счастье, страх, презрение, гнев).

- шкала социальной перцепции (Social Perception Scale – SPS, J.C.Ruiz, S.García, I.Fuentes, M.García-Merita, 2005) направлена на выявление способности испытуемого ориентироваться в социальном контексте, опираясь на статические изображения различных социальных ситуаций, 2 из которых нейтральны и две – эмоционально окрашены. Оценивается способность правильно и более полно идентифицировать зрительные стимулы, которые могут помочь разобраться в ситуации, начиная от местоположения, заканчивая позами и мимикой действующих лиц [37].

- шкала апатии (Apathy evaluation scale – AES, Marin R.S., 1990) включает в себя оценку поведенческих, когнитивных и эмоциональных аспектов, то есть – целенаправленное поведение (отсутствие или снижение усилий, инициативы), снижение интересов, эмоциональное безразличие. Опросник состоит из 18 утверждений, которые необходимо оценить по шкале от 1 до 4 (1 – совсем не верно; 2 – скорее не верно; 3 – скорее верно; 4 – определенно верно) на основании самочувствия пациента и его поведения за последние 4 недели. Существует три версии шкалы AES: самоопросник для пациента (AES-S), опросник для родственника (информанта) пациента (AES-I) и

опросник, предназначенный для заполнения врачом или другим специалистом (AES-C) в виде частично структурированного интервью. Время заполнения бланка 10–20 минут. Для оценки результатов необходимо произвести перекодировку по ответам и суммировать их. Пороговые баллы AES располагаются от 18 до 72. При оценке здоровых взрослых людей характерно – AES-C: 26 (± 6); AES-I: 26 (± 7,5); AES-S: 28 (± 6)[28, 29].

5. Статистический анализ производился при помощи критерия Уилкоксона для зависимых переменных в непараметрических выборках в программе Statistica 10.0.

Результаты

Всего было обследовано 65 пациентов, мужчин – 28 человек (43,1%), женщин – 37 человек (56,9%). Средний возраст составил 37,6±11,1 лет.

В табл. 1 приведено распределение пациентов по диагностическим категориям в соответствии с критериями МКБ-10.

Таблица 1

Формы и типы течения шизофрении

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (n=64)	Количество пациентов абс. (%)
Шизофрения:	
- параноидная	44 (68,8)
- недифференцированная	6 (9,4)
- резидуальная	1 (1,6)
- простая	1 (1,6)
- кататоническая	6 (9,4)
Малопрогрессирующая шизофрения	3 (4,7)
Острое полиморфное психотическое расстройство	1 (1,6)
Шизоаффективное расстройство	2 (3,1)
Типы течения шизофрении:	
- эпизодический	20 (45,5)
- непрерывный	24 (54,5)

Возраст начала заболевания – 24,8±8,4 года, длительность заболевания на момент обследования составила 12,5±9,5 лет. В целом группа характеризовалась достаточно выраженным течением болезни с частыми госпитализациями, у нескольких пациентов общее количество госпитализаций приближалось к 40 (среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар за время болезни составило 6,3±6,9), при этом основная часть пациентов преимущественно получала помощь именно в стационарных условиях (среднее количество помещений в дневной стационар составило 0,9±1,7).

На момент включения в исследование медиана по шкале продуктивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) составила 77 баллов, а медиана по шкале общего клинического впечатления CGI-S – 4. Данные 10 пациентов с суммарным баллом выше 85 в дальнейшем анализе не учитывались

из-за возможного влияния на выполнение когнитивных тестов.

Структуру обострений преимущественно составляла аффективно-бредовая (26 чел., 40%), полиморфная (18 чел., 28%) и бредовая симптоматика (14 чел., 22%). Показатели шкалы депрессии при шизофрении Калгари (CDSS) в целом не выявили существенного уровня депрессивных расстройств, которые могли бы влиять на показатели когнитивного функционирования ($4,4 \pm 3,7$), однако в общей выборке было 8 пациентов со значениями шкалы CDSS 10 баллов и более. Показатели когнитивных функций данных пациентов при дальнейших расчетах не учитывались.

На момент обследования 56 пациентов получали психофармакотерапию. Из них 53 человека (94%) принимали антипсихотики. Средняя доза в хлорпромазиновом эквиваленте составила $471 \pm 368,5$ мг/сут. Также пациенты принимали антидепрессанты (20 чел., 36%), нормотимики (10 чел., 18%), транквилизаторы (4 чел., 7%) и корректоры (21 чел., 38%). Максимальная доза корректора составляла 7 мг/сут биперидена или 8 мг/сут тригексифенидила.

Социальный статус, в целом, характерен для пациентов стационара данных диагностических категорий. Более половины пациентов (37 чел., 57%) имели высшее или незаконченное высшее образование. Еще 15 пациентов (23%) получили среднее специальное образование. 13 больных (20%) имели среднее или неполное среднее образование. При этом 35 человек (54%) имели 2 или 3 группу инвалидности по психическому заболеванию, только 6 человек (9%) продолжали учиться или работать, 24 человека (37%) не имели постоянной занятости при отсутствии группы инвалидности.

Только 5 пациентов (8%) из всей выборки имели собственные семьи, остальные больные были холосты (44 чел., 68%), разведены (12 чел., 19%) или вдовы (3 чел., 5%). У подавляющего большинства пациентов (50 чел., 77%) наблюдались узкие социальные сети, общение было ограничено семьей и единичными знакомыми.

Значение медианы по шкале PSP составило 56 баллов. Таким образом, обследованные пациенты, при

достаточно высоком уровне образования, демонстрировали существенные трудности социальной адаптации с утратой коммуникативных навыков, нарастание аутизации, большинство больных было не только юридически, но и фактически нетрудоспособно. Интересно отметить, что 43 пациента (66%) декларировали желание трудоустроиться, 33 человека (51%) заявили о желании выздороветь, 28 человек (43%) хотели бы разнообразить свою жизнь и повысить уровень активности. Создать собственную семью хотел бы 21 пациент (60%).

Из 65 обследованных пациентов 11 человек не были включены в групповую работу по причине выраженности психопатологических расстройств (PANSS > 85 баллов), еще 10 пациентов имели выраженные депрессивные расстройства (CDSS > 10 баллов) и не включались в группу обследования по этой причине до стабилизации состояния.

Всего полный курс тренингов полностью прошло 37 пациентов. Семь пациентов были вынуждены досрочно прекратить участие в исследовании (три пациента устроились на работу, один пациент участвовал в судебном разбирательстве, один сменил место жительства, один пациент не смог продолжать участие по соматическому состоянию, одна пациентка отказалась от участия без объяснения причин). Таким образом, показатель выбывания составил 15,9%, что вполне согласуется с тяжестью выборки больных.

При помощи критерия Уилкоксона для непараметрических выборок была проанализирована эффективность вмешательства у пациентов, полностью прошедших комплексное вмешательство.

В табл. 2 приведена динамика показателей психопатологической симптоматики и социального функционирования.

Таблица демонстрирует статистически значимые изменения по всем подшкалам шкалы PANSS, а также изменения значений шкалы PSP. При этом на уровне тенденции отмечается снижение дозировок психотропных препаратов в хлорпромазиновом эквиваленте, не достигающее, однако, статистической значимости ($p=0,062$).

Таблица 2

Динамика показателей психопатологической симптоматики и социального функционирования

Показатели	До вмешательства	После вмешательства	T	Z	p
Хлорпромазиновый эквивалент, мг/сут	443 ± 364	356 ± 328	32,0	1,86	0,062
P сумма	$141 \pm 3,8$	$11,1 \pm 4,1$	31,5	4,02	0,002
N сумма	$20,3 \pm 3,9$	$15,7 \pm 5,3$	14,0	4,67	0,001
G сумма	$38,3 \pm 4,9$	$29,8 \pm 6,6$	32,5	4,22	0,001
PANSS сумма	$72,7 \pm 8,5$	$57,1 \pm 13,7$	30,5	4,36	0,001
PSP	$55,4 \pm 9,8$	$68,5 \pm 10$	13,5	4,41	0,001

Примечания: P сумма – сумма баллов по подшкале продуктивных симптомов PANSS, N сумма – сумма баллов по подшкале негативных симптомов PANSS, G сумма – сумма баллов по подшкале общих психопатологических симптомов PANSS, PANSS сумма – сумма баллов по шкале PANSS.

Результаты статистического анализа шкалы BACS

Показатель	До вмешательства		После вмешательства		p
	Z-Score	CO	Z-Score	CO	
BACS сумма	-1,89139	1,910789	-1,16143	1,61377	0,001
Слухоречевая память	-0,56667	1,597958	-0,32429	1,645619	0,427
Последовательность чисел	-1,04778	1,467583	-0,83257	1,251468	0,331
Моторные навыки	-1,34556	1,675675	-1,12086	1,510439	0,1301
Речевая беглость	-1,00083	1,034149	-0,66143	1,014806	0,042
Шифровка	-1,85861	1,942007	-1,82286	1,514554	0,443
«Башня Лондона»	-0,52333	1,639019	0,586285714	1,73122209	0,001

Примечания: Z-Score – стандартизированный по норме балл, CO – стандартное отклонение.

Анализ показателей шкалы PSYRATS, отражающей выраженность продуктивной симптоматики и субъективную тяжесть этой симптоматики для пациента, показал, что статистически значимые изменения коснулись только части шкалы, описывающей нарушения мышления ($p > 0,05$). При этом изменений относительно выраженности, содержания и влияния на жизнь пациента галлюцинаторных переживаний зарегистрировано не было.

Показатели краткой методики оценки когнитивных функций при шизофрении (BACS) рассчитывались в соответствии со стандартизованными нормативными данными [7], при статистическом анализе использовались z-оценки, отражающие отклонение от нормы в ту или иную сторону.

Результаты статистического анализа шкалы BACS приведены в табл. 3.

Как видно из таблицы, суммарный стандартизированный балл шкалы BACS повысился за счет двух доменов: вербальная беглость и пространственное восприятие, тем не менее, оставаясь в зоне тяжелых нарушений по A.Reichenberg и P.D.Harvey [35].

Что касается социальных когний, то при попарном сравнении данных обследования до вмешательства и сразу после метакогнитивного тренинга, была выявлена следующая динамика. Пациенты, прошедшие комплексное вмешательство, стали лучше распознавать эмоции в мимике других людей. Общий балл по тесту Экмана увеличился практически на 4 единицы ($44,6 \pm 6,8$ и $48,3 \pm 6,3$ соответственно, $p = 0,001$). Причем, изменения произошли преимущественно за счет улучшения распознавания отрицательных эмоций (табл. 4).

Также наблюдались изменения в домене внутренней модели сознания другого, измеренного при помощи теста Hinting task: общий балл до начала вмешательства составлял $17,7 \pm 1,7$, после комплексного вмешательства – $19,2 \pm 1,13$ ($p > 0,001$).

Данные по домену социальной перцепции приведены в табл. 5.

Атрибутивный стиль пациентов практически не подвергся существенным переменам. Стоит отметить только статистически значимые изменения в пункте «враждебные намерения в преднамеренных ситуациях» ($9,0 \pm 2,7$ vs. $7,3 \pm 2,0$, $p = 0,001$).

Статистически значимые изменения произошли с показателями шкалы апатии и специально разработанной карты, отражающими эффективность тренинга мотивации. Шкала апатии предьявлялась до и сразу после мотивационного тренинга. Карта мотивации заполнялась до комплексного вмешательства и по завершении всех процедур. Результаты приведены в табл. 6. Следует отметить, что изменения коснулись, как части шкалы, оцениваемой специалистом,

Таблица 4

Динамика показателей теста Экмана

Показатель	До вмешательства	После вмешательства	p
Удивление	$8,7 \pm 1,4$	$8,8 \pm 1,4$	0,955
Печаль	$8,2 \pm 1,6$	$8,5 \pm 1,4$	0,661
Счастье	$9,4 \pm 1,3$	$9,8 \pm 0,6$	0,272
Страх	$5,4 \pm 2,3$	$6,9 \pm 2,0$	0,001
Презрение	$7,0 \pm 2,0$	$7,7 \pm 1,6$	0,073
Гнев	$5,7 \pm 2,1$	$6,7 \pm 1,8$	0,014
Сумма баллов	$44,6 \pm 6,8$	$48,3 \pm 6,3$	0,001

Таблица 5

Динамика показателей социальной перцепции по шкале SPS

Показатель	До вмешательства		После вмешательства		p
	Балл	CO	Балл	CO	
Стимулы	22,7	10,2	26,0	10,0	0,011
Интерпретация	67,6	11,1	70,2	11,8	0,281
Титул	32,9	12,8	27,4	9,6	0,027

Примечания: CO – стандартное отклонение.

так и самоопросника. При этом уровень апатии, оцениваемый специалистом, оказался выше самооценки, как до тренинга мотивации, так и после него. Было зафиксировано снижение уровня апатии в динамике, достигающей статистической значимости при $p=0,001$ (AES-C) и $p=0,036$ (AES-S).

На декларативном уровне изменились высказывания пациентов относительно целей на ближайшее время. Пациенты чаще заявляли о том, что хотели бы изменить жизнь к лучшему, выздороветь, разнообразить социальную активность.

Учитывая выраженную динамику продуктивных и негативных симптомов шизофрении, определенных

при помощи шкалы PANSS, а также тенденции к изменению лекарственной нагрузки, дополнительно был проведен корреляционный анализ с целью выявить возможные зависимости наблюдаемой динамики социально-когнитивных функций, уровня мотивации и характера запроса.

В ходе статистического анализа методом Спирмена были прокоррелированы факторы, характеризующие данную выборку, с показателями, отражающими социальные когниции, нейрокогниции, психопатологическую симптоматику, текущую терапию до и после вмешательства. Табл. 7 наглядно демонстрирует отсутствие значимых корреляционных связей

Таблица 6

Динамика по методикам, косвенно оценивающим мотивационную функцию

Показатель	До мотивационного тренинга		После мотивационного тренинга		p
	Балл	СО	Балл	СО	
AES-C (заполняется клиницистом)	45,3	7,0	39,0	7,8	0,001
AES-S (самоопросник)	34,1	9,6	32,1	7,5	0,036
Показатель	До мотивационного тренинга		После метакогнитивного тренинга		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Мотивация к трудоустройству	25	68	30	81	0,182
Мотивация к выздоровлению	21	57	30	81	0,016
Мотивация к социальной активности	14	38	24	65	0,018
Мотивация к созданию семьи	14	38	13	35	0,767
Уровень притязаний завышенный	17	46	6	16	0,007
Уровень притязаний заниженный	10	27	12	32	0,179
Уровень притязаний адекватный	9	24	19	51	0,011
Притязания отсутствуют	1	3	0	0	-

Примечания: СО – стандартное отклонение.

Таблица 7

Корреляционный анализ (после метакогнитивного тренинга)

	УПЗв	УПЗн	УПА	ХпЭкв	Р сумма	N сумма	G сумма	PANSS сумма	ТА	АА
ХпЭкв	-0,14	0,49*	-0,27	1,00	0,40*	0,08	0,32	0,37*	-0,18	0,41*
Р сумма	0,20	0,37*	-0,37*	0,40*	1,00	0,40*	0,81*	0,82*	-0,12	0,18
N сумма	0,29	0,17	-0,30	0,08	0,40*	1,00	0,58*	0,69*	-0,02	0,04
G сумма	0,22	0,34*	-0,36*	0,32	0,81*	0,58*	1,00	0,96*	-0,01	0,05
PANSS сумма	0,23	0,37*	-0,39*	0,37*	0,82*	0,69*	0,96*	1,00	-0,11	0,13
PSP	-0,43*	-0,12	0,56*	-0,01	-0,20	-0,51*	-0,17	-0,27	-0,04	0,09
BACS Z-Score:	0,06	-0,34*	0,21	-0,25	-0,17	0,00	-0,13	-0,12	0,04	-0,07
Ekman-60 сумма	-0,28	0,15	0,20	0,15	0,15	-0,12	-0,03	0,00	-0,30	0,23
Общий балл НТ	-0,24	-0,10	0,40*	0,16	0,12	0,02	0,16	0,13	0,22	-0,28
AES-C	0,28	0,12	-0,36*	0,14	0,15	0,44*	0,18	0,45*	-0,26	0,07
AES-S	-0,41*	0,48*	-0,10	0,28	-0,17	-0,19	-0,35*	-0,30	-0,06	0,18

Примечания: * – отмеченные корреляции значимы при $p<0,05$, УПЗв – уровень притязаний завышенный, УПЗн – уровень притязаний заниженный, УПА – уровень притязаний адекватный, ХпЭкв – хлорпромазиновый эквивалент, ТА – традиционные антипсихотики, АА – атипичные антипсихотики, AES-C – шкала апатии (для клинициста); AES-S – шкала апатии (самоопросник), НТ – Hinting task (понимание намека); Р сумма – сумма баллов по подшкале продуктивных симптомов PANSS, N сумма – сумма баллов по подшкале негативных симптомов PANSS, G сумма – сумма баллов по подшкале общих психопатологических симптомов PANSS, PANSS сумма – сумма баллов по шкале PANSS.

между психопатологической симптоматикой, нейрокогнициями и социальными когнициями. Умеренные положительные корреляции прослеживаются между показателями шкалы апатии AES-C и субшкалой негативных симптомов и общим баллом шкалы PANSS. Влияния доз и видов антипсихотической терапии на исследуемые показатели обнаружено не было. При подобном анализе тех же переменных до комплексного вмешательства, также не было обнаружено статистически значимых корреляций между показателями социальных когниций, психопатологической симптоматикой, дозами и видами антипсихотической терапии. Разницу лишь составили значения шкалы AES-C, где корреляции прослеживались со всеми субшкалами шкалы PANSS, сила данных связей также была существенно выше ($P = 0,63$, $N = 0,46$, $G = 0,72$, общий балл – $0,73$ при $p < 0,05$).

Обсуждение

В отличие от предыдущего исследования, проведенного нами на выборке стабилизированных пациентов клиники научно-исследовательского института [5], данное исследование было максимально приближено к реальным условиям широкой клинической практики крупного психиатрического учреждения. Был реализован трансляционный принцип, когда научно-обоснованный подход был одномоментно внедрен сразу в трех медицинских учреждениях.

Обученные специалисты были вынуждены столкнуться с реалиями повседневной практики, заключающимися в сокращении длительности пребывания пациентов на койке, формализации подхода к работе с больными, феномене «вращающихся дверей». Треть обследованных пациентов (32%) по своему психическому состоянию (отсутствие ремиссии по критериям шкалы PANSS, клинически значимая депрессивная симптоматика по шкале CDSS) не могла участвовать в групповой работе, в то время как изначально эти пациенты рассматривались как возможные кандидаты для участия в программе.

Следует отметить тот факт, что средний возраст больных приближался к 40 годам, а средняя длительность заболевания составила около 12 лет. У части больных наблюдались частые и даже сверхчастые госпитализации (более 2 раз в год) [4]. Неблагоприятную картину дополняли узкие социальные сети, больший, по сравнению с популяцией, процент инвалидности, у половины пациентов наблюдались тяжелые формы расстройств (непрерывное течение параноидной шизофрении, кататоническая, простая формы). Учитывая значения шкалы PANSS как у первоначальной выборки (77 баллов), так и у включенных в исследование больных (73 балла), что соответствует неполной ремиссии, как минимум, у 70% обследованных, больные получали достаточно высокие дозы антипсихотической терапии (443 ± 364 мг/сут в хлорпромазиновом эквиваленте).

Однако недавнее мета-аналитическое исследование влияния социально-когнитивных тренингов на социальное функционирование выявило интересные факты. Так, максимальная эффективность таких тренингов наблюдалась именно в группах уже давно болеющих пациентов, находящихся в стационаре и получающих достаточные дозы антипсихотической терапии [26]. В нашем случае редукция суммарного среднего балла PANSS более чем на 10 пунктов, безусловно связана с медикаментозной терапией, однако следует обратить внимание на то, что изменения коснулись также и подшкалы негативных расстройств (на 4,6 балла при $p = 0,001$). Динамика показателей шкалы апатии, отражающей эффективность мотивационных вмешательств, коррелирующая с редукцией негативных расстройств, при отсутствии корреляции с дозами или видами антипсихотической терапии, подтверждает предположение о влиянии тренинга мотивации на эти функции.

Другим фактом, косвенно подтверждающим перемены во внутренних установках больных, является высокий процент пациентов, полностью завершивших исследование (85%). Наряду с возросшими положительными декларативными заявлениями пациентов о желании изменить жизнь к лучшему и выздороветь, наблюдается смещение установок пациентов касательно их уровня притязаний от неадекватно завышенного к адекватному уровню, отвечающему возможностям пациента.

Что касается нейрокогнитивного дефицита, то положительные перемены сложно оценить как генерализационные. Одновременно с участием пациентов в психосоциальных тренингах (комплекс тренингов занимает около 8 недель) произошли изменения в лекарственной терапии в сторону ее уменьшения, и, следовательно, снижения затормаживающего влияния на когниции, с одной стороны. С другой стороны, тяжесть психопатологических расстройств также уменьшилась, что влечет за собой улучшение когнитивных функций.

Социально-когнитивные методики зарегистрировали улучшение социальных когниций в доменах распознавания эмоций и внутренней модели сознания другого. Неоднозначные изменения в социальной перцепции и минимальное снижение уровня агрессивности согласуются с данными литературы [26]. Что касается воздействия психофармакотерапии на социальные когниции, то оно, скорее неоднозначно, так К. Kucharska-Pietura и А. Mortimer указывают на возможность положительного влияния психофармакотерапии, однако указывают на его ограниченность и отдают предпочтение специализированным тренинговым социально-когнитивным программам [25]. Корреляционный анализ результатов до вмешательства и после вмешательства не дал положительных корреляций факторов лекарственной терапии с доменами распознавания эмоций и внутренней модели сознания другого. В то же время были зарегистри-

рованы существенные улучшения показателей всех социально-когнитивных функций, на работу с которыми направлен модуль метакогнитивной терапии. Так, результаты теста Экмана, характеризующие изменения в домене распознавания эмоций, по завершении тренинга были статистически значимо лучше, чем до вмешательства. Причем, изменения произошли именно за счет лучшего узнавания негативных эмоций, обычно хуже дифференцируемых больными шизофренией. Особо следует отметить положительное влияние метакогнитивного тренинга на домен внутренней модели сознания другого. Показатели теста Hinting task после завершения комплексного вмешательства составили $19,2 \pm 1,1$ балла, что, с учетом «эффекта потолка», характерного для данного теста, приближает результаты к норме.

Заключение

Полученный опыт внедрения современных реабилитационных методик позволяет рассматривать эффективность реабилитационных форм помощи в оптимистичной перспективе. Данный пример комплексного подхода к социально-когнитивным вмешательствам не является исчерпывающим и должен быть дополнен или видоизменен в соответствии с выявляемыми мишенями реабилитационной работы и потребностями пациентов. Проведение мотивационного тренинга в качестве иницирующего элемента реабилитационной работы позволяет существенным образом повысить эффективность последующих вмешательств и улучшить реабилитационный прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
2. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9.
3. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 92–104.
4. Кирьянова Е.М., Ткачев Д.Ю. Проблема сверхчастых госпитализаций у больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальные особенности и возможные пути преодоления) // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 3. С. 56–60.
5. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. и соавт. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 5–13.
6. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 33–36.
7. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 13–19.
8. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 4. С. 31–36.
9. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale // Br. J. Psychiatry. 1993. Vol. 163, Suppl. 22. P. 39–44.
10. Barch D.M. The relationships among cognition, motivation, and emotion in schizophrenia: how much and how little we know // Schizophr. Bull. 2005. Vol. 31, N 4. P. 875–881.
11. Combs D.R., Penn D.L., Wicher M., Waldheter E. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social cognitive biases in paranoia // Cogn. Neuropsychiatry. 2007. Vol. 12. P. 128–143.
12. Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating «theory of mind» in people with schizophrenia // Schizophr. Res. 1995. Vol. 17. P. 5–13.
13. Ekman P., Friesen W. Pictures of facial affect. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1976.
14. Gard D.E., Fisher M., Coleman G., Genevsky A., Vinogradov S. Motivation and its Relationship to Neurocognition, Social Cognition, and Functional Outcome in Schizophrenia // Schizophr. Res. 2009. Vol. 115, N 1. P. 74–81.
15. Gil D., Fernandez-Modamio M., Bengochea R., Arrieta M. Adaptation of the Hinting task theory of the mind test to Spanish // Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. 2012. Vol. 5, N 2. P. 79–88.
16. Haddock G., McCarron J., Tarrier N., Faragher E.B. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) // Psychol. Med. 1999. Vol. 29. P. 879–889.
17. Harvey P.D., Green M.F., Keefe R.S.E., Velligan D. Cognitive function in schizophrenia: its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness // J. Clin. Psychiatry. 2004. Vol. 65. P. 361–372.
18. Hegarty J.D., Baldessarini R.J., Tohen M., Waterneaux C., Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151. P. 1409–1416.
19. 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.
20. Horan W.P., Kern R.S., Shokat-Fadai K., Sergi M.J., Wynn J.K., Green M.F. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients // Schizophr. Res. 2009. Vol. 107. P. 47–54.
21. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. 1987. Vol. 13. P. 261–275.
22. Keefe R.S., Poe M., Walker T.M. et al. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview based assessment and its relationship to cognition, real world functioning, and functional capacity // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 426–432.
23. 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.
24. Klosterkötter J. The meaning of basic symptoms for the development of schizophrenic psychosis // Neurol. Psychiatr. Brain Res. 1992. Vol. 1. P. 30–41.
25. Kucharska-Pietura K., Mortimer A. Can Antipsychotics Improve Social Cognition in Patients with Schizophrenia? // CNS Drugs. 2013. Vol. 27. P. 335–343.
26. Kurtz M.M., Richardson Ch.L. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research // Schizophr. Bull. 2012. Vol. 38, N 5. P. 1092–1104.
27. Lysaker P.H., Dimaggio G. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments // Schizophr. Bull. 2014. Vol. 40, N 3. P. 487–491.
28. Marin R.S., Biedrzycki R.C., Firinciogullari S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale // Psychiatry Res. 1991. Vol. 38. P. 143–162.
29. Marin R.S. Differential diagnosis and classification of apathy // Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147. P. 22–30.
30. Marwick K., Hall J. Social cognition in schizophrenia: a review of face processing // Br. Med. Bull. 2008. Vol. 88, N 1. P. 43–58.
31. Mazza M., Lucc G., Pacitti F. et al. Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations? // Neuropsychol. Rehab. 2010. Vol. 20, N 5. P. 675–703.
32. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Hamburg, Germany: VanHam Campus Verlag, 2005.
33. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 101, N 4. P. 323–329.
34. Nakagami E., Xie B., Hoe M., Brekke J.S. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing

- mediator and moderator effects // Schizophr. Res. 2008. Vol. 105, N 13. P. 95–104.
35. Reichenberg A., Harvey P.D. Neuropsychological impairments in schizophrenia: Integration of performance-based and brain imaging findings // Psychol. Bull. 2007. Vol. 133. P. 833–858.
36. 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.
37. Ruiz J.C., García S., Fuentes I., García-Merita M. EPS: a scale for the assessment of social perception in schizophrenia. VII International Symposium on Schizophrenia. Bern, March, 17–18, 2005.
38. Sachs G., Winklbaur B., Jagsch R. et al. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia – impact on functional outcome // Schizophr. Res. 2012. Vol. 138. P. 262–267.
39. Wölwer W., Frommann N., Halfmann S., Piaszek A., Streit M., Gaebel W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: efficacy and specificity of a new training program // Schizophr. Res. 2005. Vol. 80. P. 295–303.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, Н.Д. Семенова, М.В. Миняйчева, Я.А. Сторожакова, О.В. Лиманкин, А.В. Нарышкин, М.С. Шейфер, Л.А. Арбузова, И.Н. Буянцева, А.А. Железнякова, Ю.Г. Моргунова, О.Б. Мязина, А.В. Палин

Нарушения мотивации и социально-когнитивный дефицит и их влияние на социальное функционирование занимают одно из центральных мест среди исследований шизофрении. Разрабатываются как новые методики оценки данных функций, так и терапевтические вмешательства, направленные на работу с ними. Статья посвящена новым подходам к психосоциальной и когнитивной терапии и реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Авто-

рами предлагается модель комплексного вмешательства, включающего тренинг мотивации и метакогнитивный тренинг. В статье приводятся результаты апробации комплексного метода в условиях отделений реабилитационной направленности различных психиатрических учреждений.

Ключевые слова: шизофрения, тренинг мотивации, метакогнитивный тренинг, социальные когниции, медико-реабилитационное отделение.

COMPLEX APPROACH TO SOCIAL COGNITIVE INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

O.O. Papsuev, L.G. Movina, N.D. Semenova, M.V. Minyaycheva, Ya.A. Storozhakova, O.V. Limankin, A.V. Naryshkin, M.S. Sheifer, L.A. Arbuzova, I.N. Buyantseva, A.A. Zheleznyakova, Yu.G. Morgunova, O.B. Myazina, A.V. Palin

Lack of motivation, social cognitive biases and their influence on social functioning have been in the middle of schizophrenia research lately. New methods of assessment and therapeutic approaches have been developing. This article describes new approaches to psychosocial and cognitive therapy and rehabilitation of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. Authors suggest a model of complex intervention (training

of motivation followed by metacognitive training). The article describes results of a complex intervention, implemented in rehabilitation units of different psychiatric facilities.

Key words: schizophrenia, training of motivation, metacognitive training, social cognitions, rehabilitation department.

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: oleg.papsuev@gmail.com

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Семенова Наталья Дмитриевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Миняйчева Мария Владимировна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Сторожакова Янина Абрамовна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Лиманкин Олег Васильевич – кандидат медицинских наук, главный врач СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко»

Нарышкин Андрей Владимирович – главный врач ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»

Шейфер Михаил Соломонович – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница»

Арбузова Лидия Андреевна – медицинский психолог медико-реабилитационного отделения ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»

Буянцева Ирина Николаевна – медицинский психолог медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница»

Железнякова Анна Александровна – медицинский психолог СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко»

Моргунова Юлия Геннадьевна – врач-психиатр, заведующая реабилитационным отделением СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кащенко»

Мязина Ольга Борисовна – врач-психиатр, заведующая медико-реабилитационным отделением ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница»

Палин Александр Васильевич – врач-психотерапевт медико-реабилитационного отделения ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»