

Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией

Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмони́на О.Д.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье рассматривается роль ранних малоадаптивных схем в формировании и поддержании симптоматики у больных шизофренией. Схемы рассматриваются как фактор дополнительного риска, снижающий адаптационный потенциал пациента и способствующий обострению или рецидивированию заболевания, в связи с чем они являются важной мишенью психотерапевтической работы с данной группой больных. В статье приведены результаты исследования ранних малоадаптивных схем у больных шизофренического спектра, проведенного на базе НИПНИ имени В.М. Бехтерева, и обсуждается взаимосвязь полученных данных с результатами исследований других авторов. Представление о схемах, типичных для данной группы больных, позволит внести вклад в разработку более качественных и действенных психотерапевтических методов реабилитации и профилактики при работе с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: биопсихосоциальная концепция; малоадаптивные схемы; уязвимость; диатез; стресс.

Biopsychosocial model of schizophrenia and early maladaptive schemas Part 2. Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia.

Kotsubinsky A.P., Erichev A.N., Klaiman V.O., Shmonina O.D.

St. Petersburg Psychoneurological Research Institute named after V.M. Bekhterev

Summary. This article studies the role of early maladaptive schemas in the formation and maintenance of symptoms in patients with schizophrenia. Schemas are supposed to be additional risk factor reducing patients' adaptive potential and contributing to the exacerbation or recurrence of the disease. Therefore schemas are an important target for psychotherapeutic work with this group of patients. Also in this article we describe the results of study of early maladaptive schemas in patients with schizophrenia spectrum, conducted on the basis of Bekhterev Institute. The findings are compared with the results of other researchers. The idea of the schemas that are typical for this group of patients will contribute to the development of more effective psychotherapeutic methods of rehabilitation and prevention for patients with schizophrenia spectrum disorders.

Key words: biopsychosocial model; early maladaptive schemas; vulnerability; diathesis; stress

Развитие представлений о «схемах», схемоориентированном подходе и, как следствие, схемотерапии как отдельного метода связано с изучением исследователями различных вопросов когнитивно-поведенческой терапии (КПП), в рамках которой Аароном Беком более 60 лет назад [15] проведено первое успешное применение психотерапии при лечении больного шизофренией с параноидным бредом. В последующем КПП была больше ориентирована на работу с больными, состояние которых определялось наличием тревоги и депрессии, однако после «периода забвения» интерес целого ряда исследователей вновь обратился к психотерапии пациентов с эндогенными психическими расстройствами. В 80-х-90-х годах были получены положительные результаты сочетанного использования КПП и фармакотерапии [21; 29; 31; 38].

К 2007 году было опубликовано более 30 различных исследований, свидетельствующих об эффективности КПП при лечении шизофрении и других психотических расстройств. Анализ 13 рандомизированных контролируемых исследова-

ний с участием 1484 человек показал, что КПП приводит к редукции психотических симптомов и связанного с ними дистресса в 20-40% случаев и помогает 50-60% больных [20; 24; 26; 43]. По результатам нескольких мета-аналитических исследований был сделан вывод о высокой эффективности КПП при психозах и о необходимости внедрения этого вида терапии в сферу обязательных медицинских госуслуг [25; 35]. В 2003 году КПП была выбрана английским Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства (National Institute for Clinical Excellence 2002) в качестве основного психотерапевтического подхода в лечении шизофрении.

Существует небольшое количество отечественных работ, посвященных использованию КПП при расстройствах шизофренического спектра [2; 3; 4; 6; 9; 11; 13]. Однако изучению эффективности использования КПП у больных с продуктивной психопатологической симптоматикой посвящены лишь единичные статьи российских авторов [4; 9].

Вместе с тем во всем мире проводится большое количество исследований, посвященных эф-

фективности КПТ при расстройствах шизофренического спектра. Разрабатываются новые, а также адаптируются и внедряются уже имеющиеся психотерапевтические техники. Все вышеперечисленное привело к тому, что все чаще психотерапевты в своей повседневной работе с пациентами, страдающими эндогенными расстройствами, используют не только ставшие традиционными в таких случаях интервенции, ориентированные на поверхностный уровень когнитивных (автоматические мысли), но и методы, затрагивающие более глубокие «пласты» психической деятельности. При этом можно отметить, что акцент терапии на глубинные убеждения, включенные в структуру психопатологической симптоматики, стал ключевым элементом схем/ориентированного подхода в КПТ.

Понятие «дезадаптивных схем» является одним из ключевых при психотерапевтической работе с людьми, страдающими психотическими расстройствами. Такие схемы могут быть связаны как с развитием, так и с поддержанием психотических переживаний, и поэтому их наличие необходимо принимать во внимание на всех стадиях когнитивно-поведенческой психотерапии: оценки, формирования терапевтического альянса, формулирования терапевтического случая, интервенции и профилактики рецидивов. Травматические события, случившиеся в детстве, могут способствовать формированию «дезадаптивных схем», «промежуточных убеждений», которые в свою очередь формируют неадаптивное поведение и обуславливают неполноценный выбор стратегии обработки воспринимаемой информации [17, 40].

В связи с высокой частотой встречаемости детского сексуального или физического насилия в биографии людей, страдающих психотическими расстройствами, необходимо всегда оценивать наличие или отсутствие подобных событий в жизни конкретного человека [34]. Отдельные исследователи выстраивают гипотезы, объединяющие травматический детский опыт, биологические изменения, связанные с ним, и опосредованное влияние этих биологических факторов на возникновение психоза. Так, в работе Виктории Баркер и коллег [14] показано, что плохое обращение с ребёнком приводит к гиперреактивности системы реакции на стресс (гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы), снижению объема гиппокампа, снижению выработки окситоцина и повышению продукции дофамина, что повышает уязвимость человека к повседневным стрессам и, как следствие, повышает вероятность возникновения психоза. Стресс в этом случае выполняет роль триггера, запускающего, но не определяющего болезненный процесс. Подобные гипотезы требуют дальнейших проверок, но они наглядно показывают биопсихосоциальную концепцию в динамическом взаимодействии. Также экспериментальной проверки требует вопрос о том, можно ли повернуть эти процессы вспять. В частности, необходимо изучить влияние схемоориентированных техник психотерапии (в том числе экспериен-

циальных) на память о детском травматическом опыте, а также оценить специфические нейробиологические изменения, происходящие вследствие психотерапевтических интервенций. Экспериенциальные техники в данном контексте направлены не только на раскрытие и артикуляцию пациентом эмоций и чувств, связанных с актуализацией в памяти травматической ситуации, но и, в значительной степени, на создание условий для большей удовлетворенности базовых потребностей, которые мало удовлетворялись в детстве. Например, в ходе рескриптинга пациент мысленно погружается в травмирующие воспоминания через образы, связанные с актуальными негативными переживаниями. Эти образы затем изменяются так, чтобы удовлетворить потребности пациента. Негативные чувства (такие как тревога, гнев, стыд, отвращение и угроза) ослабляются, а чувства привязанности и безопасности усиливаются (см. [1] с.178).

У людей с психотическими переживаниями часто встречаются схемы следующего вида: «Я плохой», «Я не любим», «Я уязвим», «Я другой», «Другим не стоит доверять», «Мир опасен» [32]. Знание терапевта о таких убеждениях пациента помогает понять и объяснить странности в интерпретации им неоднозначных событий из его жизни, а также прогнозировать некоторые трудности в проведении терапии (например, недостаток доверия со стороны индивидуума, его предположения о том, что он не достоин терапии, или же трудности с выполнением домашних заданий).

Существуют сложные взаимосвязи между схемами и развитием психопатологической симптоматики. Психотерапевты чаще придерживаются следующей гипотезы: ранний жизненный опыт и представления о себе, мире и других людях лежат в основе когнитивных схем, которые, в свою очередь, часто проявляются в выражении необычных переживаний и убеждений пациента. Например, многие люди с бредом преследования имели в детстве или подростковом возрасте реальный травматический опыт подобного рода (в рамках стрессовых ситуаций). Очевидно, что при развитии заболевания такой опыт мог способствовать формированию у пациента своеобразных идей о преследовании, заговорах, а также — формированию сверхгенерализованного убеждения в том, что ему хотят причинить вред. С другой стороны, можно предположить, что само по себе появление болезненной (особенно продуктивной) симптоматики и факт наличия психического расстройства не могут не отражаться на представлении человека о себе и окружающем мире. Таким образом, существует достаточно много «лакун», касающихся теоретического представления о характере взаимодействия между схемами и развитием психопатологической симптоматики. Абстрагируясь от этой ситуации, можно отметить, что на фоне того, как исследователи выясняют причинно-следственные связи о первичности одного или другого из этих компонентов, практическая значимость психотерапевтической работы с малоадаптивными схе-

мами и глубинными убеждениями у пациентов, страдающих шизофренией, не вызывает сомнения.

Изучение ранних малоадаптивных схем дает возможность: 1) выявить специфические факторы развития и поддержания болезненной симптоматики, наблюдаемой при расстройствах шизофренического спектра; 2) определить психотерапевтические мишени в работе с данной категорией больных. В настоящее время широкую известность приобрел подход Джеффри Янга — «схемотерапия».

Изначально под термином «когнитивные схемы» подразумевались обширные генерализованные принципы интерпретации жизненных событий человеком, действующим вне зависимости от ситуации и фильтрующим информацию таким образом, чтобы она удовлетворяла этим генерализованным принципам [16]. В схемотерапии Янг расширяет понятие «когнитивных схем», определяя их как «дезадаптивные», то есть как всеобъемлющие паттерны (включающие в себя воспоминания, эмоции, когниции и ощущения в теле), относящиеся к представлениям о себе и к взаимоотношениям с другими. По мнению автора, они зачастую формируются в детстве (реже — во взрослом возрасте) и проявляются на протяжении всей жизни человека. Формирование той или иной схемы происходит за счет депривации эмоциональной потребности. По типу депривуемой потребности выделяют пять категорий схем: нарушение связи и отвержение, нарушенная автономия, нарушенные границы, направленность на других, сверхбдительность и запреты. Янг отмечает, что, помимо дезадаптивных, существуют и адаптивные схемы, однако можно отметить, что в целом каждая схема имеет лишь условную адаптивность или дезадаптивность. Также важным является тот факт, что Янг не включает в понятие схемы поведение, считая, что поведение — это своего рода попытка адаптивной реакции на дезадаптивные схемы [42]. Янг также предполагает, что некоторые из данных схем (в частности те, которые были сформированы вследствие травмирующих событий детства) могут составлять содержательную основу расстройств личности и хронических психических заболеваний. Для возможности детального изучения когнитивных схем Джеффри Янг создал классификацию ранних дезадаптивных схем (более подробно содержание схем раскрыто в нескольких работах [1; 5; 10; 12]).

Первые эмпирические исследования ранних «дезадаптивных схем» и методик Янга приведены в работе Шмидта и соавт. [36]. В дальнейшем эти данные были подтверждены другими исследователями [30]. Ряд исследований дезадаптивных схем, проводимых с помощью методики Янга, осуществлялся с больными, страдающими различными психическими расстройствами — в частности, расстройством личности [28], биполярным расстройством [27], расстройством пищевого поведения [39], депрессией [22], тревожным расстройством [23]. При этом, например, в результате исследо-

вания больных биполярным расстройством было выявлено, что развитие у них заболевания связано не только с биологическими факторами, но и с отвержением или насилием в раннем возрасте, что, предположительно, и приводит к большей выраженности отдельных схем у больных (снижению адаптивных возможностей), чем у индивидуумов, относящихся к здоровой популяции [27; 33].

В 2013 группа исследователей из Франции обнаружила связь между шизофренией и такими схемами, как: «Эмоциональная депривированность (депривация заботы, эмпатии, защиты)», «Дефективность / Стыдливость», «Социальная отчужденность», «Неуспешность», «Покорность», «Запутанность» [19]. В ходе данного исследования было выявлено также, что схема «Недоверие / Ожидание жестокого обращения» объясняет 12,4% дисперсии позитивной симптоматики. Схожее исследование провели немецкие коллеги в 2016 году, однако по их результатам связь с расстройствами психотического спектра была обнаружена только для схемы «Запутанность» [37].

Анализ вышеперечисленных исследований показал, что полученные при этом результаты имеют существенные ограничения. Это обусловлено, например, тем, что из них [19, 37] не исключались пациенты с грубыми когнитивными дисфункциями (нарушениями внимания и операциональной стороны мышления), что могло препятствовать заполнению теста и исказить результаты, а в исследовании Sundag включались пациенты с различными психическими расстройствами (то есть выборка не была нозологически гомогенной). Для проверки гипотезы о выраженности дезадаптивных схем у больных шизофренией по сравнению со здоровой выборкой было выполнено данное исследование, в котором предпринята попытка учесть недостатки предшествующих научных работ.

В исследовании приняли участие 32 больных, находящихся на лечении в отделении «биопсихосоциальной реабилитации психически больных» Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева. В исследуемую группу вошли 14 пациентов с диагнозом «Параноидная шизофрения» (из них 7 женщин и 7 мужчины), а также 18 пациентов с диагнозом «Шизотипическое расстройство» (из них 8 женщин и 10 мужчин). Диагнозы были поставлены квалифицированными врачами-психиатрами в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. В группу сравнения вошло 40 человек (из них 26 женщин и 26 мужчин).

Критерии включения в исследуемую группу: диагноз F21 (шизотипическое расстройство) или F20 (параноидная шизофрения) вне обострения; отсутствие острой психотической симптоматики; отсутствие суицидального риска; возраст пациентов 18-50 лет.

Критерии исключения:

- органическое поражение центральной нервной системы

- задержка психического развития;
- злоупотребление психоактивными веществами;
- наличие грубых когнитивных дисфункций (нарушений внимания и операциональной стороны мышления), препятствующих выполнению методик самоотчета (опросников).

Отсутствие психопатологических нарушений в изучаемой выборке оценивалось с помощью клинической экспертной оценки лечащего врача-психиатра и для большинства больных подтверждалось результатами батареи патопсихологических проб.

Средний возраст больных исследуемой группы составил $28 \pm 1,1 (M \pm SE)$. Средний возраст группы сравнения $27 \pm 1,9 (M \pm SE)$ лет. Статистически значимых различий в возрасте больных и здоровых обнаружено не было ($p > 0,05$).

Все испытуемые заполняли опросник YSQ-S3R «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» под редакцией Касьяника П.М., Романовой Е.В. [5].

Первичная обработка результатов. На каждую схему в используемой для исследования анкете приходилось по пять утверждений. Испытуемому предлагалось оценить по шестибальной шкале степень того, насколько точно каждое утверждение характеризует их: от «Абсолютно не соответствует» (1 балл) до «Полностью соответствует» (6 баллов). Степень выраженности каждой из схем оценивалась по двум показателям. Первый показатель — сумма баллов, выраженная в процентах — рассчитывалась по формуле: $\Sigma_1 = (\Sigma - 5) / 25 * 100\%$, где Σ — сумма баллов по одной схеме. Второй, дополнительный показатель — доля ответов на 5 и 6 баллов — рассчитывалась по формуле: $\Sigma_3 = \Sigma_2 / 5 * 100\%$, где Σ_2 — сумма 5-к и 6-к по пяти вопросам. Нормативными считаются показатели от 40%-50% и от 0-40% соответственно.

Статистическая обработка. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета SPSS 16.0 for Windows. Для оценки различий между группами использовался как параметрический метод t-Стьюдента для независимых выборок, так и непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Для каждого количественного признака рассчитывали: M — выборочное среднее, SE — стандартную ошибку среднего, p — уровень статистической достоверности различий. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

На первом этапе было выделено три группы: здоровые; пациенты с диагнозом F21 (шизотипическое расстройство); пациенты с диагнозом F20 (параноидная шизофрения). Статистически значимых различий в выраженности ранних дезадаптивных схем между группами пациентов с диагнозом F21 (шизотипическое расстройство) и диагнозом F20 (параноидная шизофрения) выявлено не было, поэтому в дальнейшем группы пациентов были объединены в одну и происходило сопоставление двух групп: здоровые и пациенты с расстройствами шизофренического спектра.

На основании использования параметрического критерия t-Стьюдента и его непараметрического аналога U-Манна-Уитни, критериев Колмогорова-Смирнова и Ливена были получены следующие статистически значимые результаты (таб.1).

Таблица 1. Особенности дезадаптивных схем у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра (в отличие от здоровых лиц)

| Схема | p-уровень значимости | Значимость |
|-----------------|----------------------|---|
| «Покинутость» | 0,02 | выраженность показателя в группе больных (основная группа) статистически значимо выше, чем в группе здоровых (группа сравнения) |
| «Дефективность» | 0,003 | |
| «Неуспешность» | 0,02 | |
| «Зависимость» | 0,012 | |
| «Запутанность» | 0,023 | |
| «Негативизм» | 0,026 | |

Как видно, группа пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра (основная группа), в отличие от здоровой выборки (группа сравнения) демонстрировала большую выраженность следующих схем: «Покинутости», «Дефективности», «Неуспешности», «Зависимости», «Запутанности» и «Негативизма». Из числа этих схем: 1) «Покинутость» и «Дефективность» относятся к группе схем «Нарушение связи и отвержение»; 2) «Зависимость», «Запутанность», «Неуспешность» — к группе схем «Нарушенная автономия»; 3) «Негативизм» — к группе схем «Сверхбдительность и запреты». Интересным является тот факт, что не было достоверных различий больных от здоровых по группам схем нарушенные границы и направленность на других.

Необходимо подчеркнуть, что большая выраженность схем у основной группы обследованных больных гипотетически может быть обусловлена травматическим опытом в детстве, который, как уже отмечалось ранее, связан с отсутствием образования безопасной привязанности и повышает риск возникновения психозов [18].

Три из шести показателей, отличающих основную группу от группы сравнения, приходится на группу схем «Нарушенной автономии» («Зависимость», «Запутанность», «Неуспешность»). Для формирования этой группы схем наиболее важную роль играют сложности, связанные с поддержанием личностной автономии и признанием индивидуумом собственных достижений. Не случайно схема «Зависимость» развивается у детей тех родителей, которые не испытывают уверенности в том, что их ребенок обладает достаточными для его возраста навыками, чтобы справиться с нормальными вызовами развития (по [1]). Дискуссионным остается вопрос о причинно-следственных связях между инфантильностью больных шизофренией и их микро-социальным (прежде всего семейным) окружением.

ем. Внимания заслуживают две гипотезы. Согласно первой из них, опекающая позиция родителей к ребенку обусловлена изначально инфантильностью его особенностями, которые следует рассматривать в рамках психопатологического диатеза (т.е. гиперопека со стороны родителей является ответной реакцией на функциональные особенности ребенка). Вторая гипотеза, на данный момент редко упоминающаяся в связи со стигматизацией матерей, утверждает, что инфантильность интимно связана с «двойными посланиями» и другими проблемами коммуникациями в семье, т.е. что имеются первичные нарушения коммуникации в семье, которые отражаются на поведении ребенка и формируют его инфантильность. Не случайно, по данным некоторых исследований, существует положительная связь между начальной выраженностью материнской гиперопеки (нарушение границ, чрезмерный контроль, инфантилизация, препятствование независимому поведению) и шизофренией (в частности — рецидивированием приступов шизофрении) [41].

Возможна еще одна гипотеза, согласно которой нарушения автономии у больных шизофренией обусловлены исключительно постепенным развитием у него не выявляемого тяжелого инвалидирующего заболевания, которое серьезно отражается на способности индивидуума удерживать социальные позиции, вести образ жизни, соответствующий возрасту, иметь способность финансово обеспечивать себя и двигаться к намеченным целям. Выраженность схемы «Неуспешность» может свидетельствовать о том, что больным с расстройствами шизофренического спектра свойственно формировать убеждения о себе как о социально неуместных, физически непривлекательных, как о тех, кто непременно потерпит неудачу во всех своих начинаниях. Содержание этой схемы подкрепляется и входит в консонанс со схемой «Дефективность». Наиболее выраженными у больных с расстройствами шизофренического спектра являются схемы «Зависимость» и «Запутанность», что может свидетельствовать о наличии у пациентов ощущения беспомощности и неспособности существовать без поддержки со стороны окружающих. Данные схемы могут также проявляться в излишней эмоциональной вовлеченности в жизнь значимого другого и, как следствие, в затруднении формирования собственной идентичности.

Эти данные частично совпадают с результатами исследования французских ученых [19], а также пересекается с данными других исследований [37] о связи психотических расстройств с ранними дезадаптивными схемами.

Французские ученые также выявили наибольшую выраженность у больных шизофренией таких схем, как «Дефективность» «Запутанность» и «Неуспешность». Равным образом и немецкие исследователи по результатам своей работы выдвинули предположение о том, что схема «Запутанность» может являться фактором специфической уязвимости для психотических расстройств.

Схемы «Дефективность» и «Покинутость» относятся к группе схем «Нарушение связи и отвержение». Формирование схем данной группы связано с депривацией таких эмоциональных характеристик, как потребность в защите, безопасности, заботе и принятии. Это, в свою очередь, приводит к трудностям в формировании надежной привязанности и доверия к другим лицам. Как правило, семейное окружение в детстве у таких людей отличалось нестабильностью, жестоким обращением, холодностью, отвержением, либо же — изолированностью от окружающего мира.

В связи с выраженной схемой «Покинутость» у больных могут присутствовать негативные ожидания того, что значимые для них люди со временем оставят их. Окружающие могут восприниматься ими как ненадежные и непредсказуемые в плане оказания поддержки и поддержания отношений.

Можно предположить, что выраженность схемы «Дефективность» на статистически значимом уровне отражает склонность больных шизофренией формировать убеждения по типу: «Я плохой», «несовершенный», «неполноценный», «неспособный» [32]. Это, в свою очередь, может проявляться в чувстве собственной никчемности и интенсивном переживании стыда [42].

Полученные в данном исследовании результаты в значительной части перекликаются с результатами французских и немецких исследователей, а имеющиеся различия могут объясняться, как уже указывалось ранее, отсутствием в предыдущих исследованиях критерия исключения, связанного с наличием грубых нарушений концентрации, устойчивости и переключаемости внимания [19], а также гетерогенностью выборки в исследовании немецких коллег [37]. Также важную роль могло сыграть то обстоятельство, что зарубежными авторами для оценки выраженности схем была использована сокращенная версия опросника Янга, с помощью которой выявляется 15 схем, а не 18, как в данном исследовании.

В результате проведенного исследования и процедуры обработки данных гипотеза, сформулированная нами в отношении различия ранних дезадаптивных схем у больных с расстройствами шизофренического спектра (мало и умереннопрогредиентными формами шизофрении) и здоровой выборки подтвердилась. Интересным, но чрезвычайно трудоемким было бы проспективное лонгитудинальное исследование ранних дезадаптивных схем у людей с проявлениями психопатологического диатеза с последующими скринингами через 5, 10, 15 лет, включающее сравнение выраженности схем у тех людей, у которых в последующем развились расстройства шизофренического спектра — и у тех, у кого болезненная симптоматика редуцировалась или так и осталась на уровне проявлений психопатологического диатеза.

Заключение

Ранние дезадаптивные схемы больных с расстройствами шизофренического спектра (мало-

и умереннопрогредиентными формами шизофрении) имеют свою специфику и отличаются от ранних дезадаптивных схем здоровой выборки. В частности, были обнаружены статистические значимые различия выраженности схем «Дефективность», «Покинутость», «Неуспешность», «Зависимость», «Запутанность» и «Негативизм». Интересным оказалось отсутствие статистически значимых различий при сравнении между собой пациентов, страдающих шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией. Данный факт косвенно подтверждает правомерность дименсиональной модели при рассмотрении расстройств шизофренического спектра.

По результатам проведенного исследования можно наметить дальнейшие направления работы: увеличение объема выборок, исследование лиц с проявлениями психопатологического диатеза, изучение взаимосвязей семейного окружения и выраженностью ранних малоадаптивных схем. Результаты данного исследования помогают уточнить специфику малоадаптивных схем у больных с расстройствами шизофренического спектра. Опора на данную информацию может внести существенный вклад в разработку более качественных и действенных психотерапевтических методов реабилитации и профилактики, используемых при бригадной форме работы с больными шизофренического спектра.

Литература

1. Арнтц А., Якоб Г. *Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах*. — Москва: Научный мир. — 2016. — 320 с.
2. Бабин С.М., Васильева А.В., Шлафер А.М. *Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2012. — Т. 14. — С. 9-16.
3. Богомолов В.А., Ениколопов С.Н. *Психосоциальный методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований // Современная терапия психических расстройств*. — 2008. — № 1. — С.20-26.
4. Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П. *Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журнал*. — 2011. — № 4. — С. 51-58.
5. Касьяник П.М., Романова Е.В. *Диагностика ранних дезадаптивных схем*. — СПб.: Изд-во Политехн. Ун-та. — 2014. — 120 с.
6. Коцюбинский А.П., Гусева О.В., Еричев А.Н. и др. *Особенности психотерапии // Аутохтонные непсихотические расстройства под ред. А.П. Коцюбинского*. — СПб.: СпецЛит. — 2015. — С. 332-392.
7. Рычкова О.В. *Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия*. — 2007. — Т. 17. — № 4. — С. 91-105
8. Сverdlov L.S., Skorik A.I., Galanin I.V. *К проблеме предупреждения рецидивов при шизофрении. — Ранняя реабилитация психически больных*. — Л. — 1985. — С. 47-54.
9. Туркингтон Д., Тай С., Браун С., Холмогорова А.Б. *Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом // Современная терапия психических расстройств*. — 2011. — № 1. — С. 25-32.
10. Фаррелл Дж.М., Айда Шоу, Касьяник П.М., Романова Е.В. *Концептуальные основы групповой и индивидуальной схематерапии // Российский психотерапевтический журнал*. — 2013. — № 6. — С. 23-26.
11. Холмогорова А.Б. *Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт // Современная терапия психических расстройств*. — 2007. — № 4. — С. 14-20.
12. Холмогорова А.Б. *Схема-терапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия*. — 2014. — Том 22. № 2. — С. 78-87.
13. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. *Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия*. — 2007. — Том 17. — Выпуск 4. — С. 67-77.
14. Barker V., Gumley A., Schwannauer M., Lawrie S.M. *An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis // The British Journal of Psychiatry*. — 2015. — № 206. — P. 177-180.
15. Beck A.T. *Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt*. — *Psychiatry*. — 1952. — № 15. — 305-312.
16. Beck A. T. *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. — New York: Harper & Row. — 1967.
17. Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. — NY: Meridian. — 1976.
18. Berry K., Barrowclough C., Wearden A. *A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research // Clin. Psychol. Rev.* — 2007. — Vol. 27 — № 4.
19. Bortolon C., Capdevielle D., Boulenger J.P., Gely-Nargeot M.C., Raffard S. *Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study // Psychiatry Research*. — 2013.
20. Chadwick P.D.J., Trower P. *To defend or not to defend: A comparison of paranoia and depression // Cognitive Psychotherapy*. — 1997. — Vol.11. — P. 63-71.

21. Chadwick P.D., Lowe C.F. Measurement and modification of delusional beliefs // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1990. — Vol. 58. — P. 225–232.
22. Cormier A., Jourda B., Laros C., Walburg V., Calahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression // *L'Encephale*. — 2011. — Vol. 37. — P. 293–298.
23. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette C., Parquet P.J., Goudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders // *L'Encephale*. — 2004.
24. Garety P.A., Kuipers E., Fowler D., Freeman D., Bebbington P.E. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // *Psychological Medicine*. — 2001. — Vol. 31. — P. 189–195.
25. Gould R. A., Mueser K.T., Bolton E., Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis // *Schizophrenia Research*. — 2001. — Vol. 48. — P. 335–342.
26. Haddock G., McCarron J., Tarrier N., Faragher E.B. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) // *Psychological Medicine*. — 1999. — Vol. 29. — P. 879–889.
27. Hawke L.D., Provencher M.D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*. — 2012. — Vol. 136. — P. 803–811.
28. Jovev M., Jackson H.J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals // *Journal of Personality Disorders*. — 2004. — Vol. 18. — P. 467–478.
29. Kingdon D.G., Turkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report // *J Nerv. Ment. Dis.* — 1991. — Vol. 179. — P. 207–211.
30. Lee C.W., Taylor R.G., Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample // *Cognitive Therapy and Research*. — 1999. — Vol. 23. — P. 441–451.
31. Milton F., Patwa V.K., Hafner R.J. Confrontation vs belief modification in persistently deluded patients // *Br. J. Med. Psychol.* — 1978. — Vol. 51. — P. 127–130.
32. Case Formulation and Cognitive Schemas in Cognitive Therapy for Psychosis. Morrison A.P., Riso L.P., du Toit P.L.; Stein D.J.; Young J.E. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide (pp. 177–197). — Washington: American Psychological Association. — 2007. — 240 p.
33. Newman C.F., Leahy R.L., Beck A.T., Reilly-Harrington N.A., Gyulai L. Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach. — Washington: American Psychological Association. — 2002. — Vol. 30. — P. 255–258.
34. Read J., Agar K., Argyle N., Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder // *Psychology and Psychotherapy*. — 2003. — Vol. 76. — P. 1–22.
35. Rector N.A., Beck A.T. Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia: An empirical review // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2001. — Vol. 189. — P. 278–287.
36. Schmidt N.B., Joiner T.E., Young J.E., Telch M.J. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. // *Cognitive Therapy and Research*. — 1995. — Vol. 19. — P. 295–321.
37. Sundag J., Ascone L., Marques A.M., Moritz S., Lincoln T.M. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology // *Psychiatry Research*. — 2016. — Vol. 238. — P. 53–59.
38. Tarrier N, Harwood S, Yussof L. Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. — *Behav. Psychother.* — 1990. — P. 643–662.
39. Unoka Z., Tolgyes T., Czobor P., Simon L. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2010. — Vol. 198. — P. 425–431.
40. Wells A. and Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove (UK). Lawrence Erlbaum // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. — 1994. — Vol. 2. — P. 134.
41. Willinger U., Heiden A.M., Meszaros K., Formann A.K., Aschauer H.N. Maternal bonding behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder, considering premorbid personality traits // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 36. — P. 663–668.
42. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. — New York: Guilford Publications. — 2003. — 436 p.
43. Zimmermann G., Favrod J., Trieu V.H., Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. // *Schizophrenia Research*. — 2005. — Vol. 77. — P. 1–9.

References

1. Arntz A., Jakob G. *Prakticheskoe rukovodstvo po skhema-terapii. Metody raboty s disfunkcional'nymi rezhimami pri lichnostnyh rasstrojstvah.* — Moskva: Nauchnyj mir. — 2016. — 320 s.
2. Babin S.M., Vasileva A.V., Shlafer A.M. *Komplaens-terapiya (kratkosrochnaya kognitivno-povedencheskaya metodika) i soblyudenie rezhima lecheniya u bol'nyh shizofreniej // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya.* — 2012. — T. 14. — № 1. — S. 9–16.
3. Bogomolov V.A., Enikolopov S.N. *Psihosocial'nyj metody raboty s sem'yami bol'nyh shizofreniej: obzor issledovaniy // Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv.* — 2008. — № 1. — S. 20–26.
4. Elichev A.N., Morgunova A.M., Kotsyubinskij A.P. *Kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya bol'nyh*

- s paranoidnym bредом // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. — 2011. — № 4. — S. 51-58.*
5. Kas'yanik P.M., Romanova E.V. Diagnostika rannih dezadaptivnyh skhem. — SPb.: Izd-vo Politekhn. Un-ta. — 2014. — 120 s.
 6. Kocyubinskij A.P., Guseva O.V., Elichev A.N. i dr. Osobennosti psihoterapii // Autohtonnye nepsihoticheskie rasstrojstva / pod red. A.P. Kocyubinskogo — SPb.: SpecLit., — 2015. — S. 332-392.
 7. Rychkova O.V. Kognitivno-orientirovannoe napravlenie v psihoterapii i psihosocial'noj terapii bol'nyh shizofreniej // Social'naya i klinicheskaya psichiatriya. 2007. — T. 17. — № 4. — S. 91-105.
 8. Sverdlov L.S., Skorik A.I., Galanin I.V. K probleme preduprezhdeniya recidivov pri shizofrenii. — Rannaya rehabilitaciya psichicheskimi bol'nyh. — L. — 1985. — S. 47-54.
 9. Turkington D., Taj S., Braun S., Holmogorova A.B. Kognitivno-biheviornaya psihoterapiya shizofrenii: dokazatel'stva ehffektivnosti i osnovnye tekhniki raboty s gallyucinacijami i bредом // Sovremennaya terapiya psichicheskimi rasstrojstv. — 2011. — № 1. — S. 25-32.
 10. Farrell Dzh. M., Ajda Shou, P.M. Kas'yanik, E.V. Romanova. Konceptual'nye osnovy gruppovoj i individual'noj skhematerapii // Rossijskij psihoterapevticheskij zhurnal. — 2013. — № 6. — S. 23-26.
 11. Holmogorova A.B. Kognitivno-biheviornaya psihoterapiya shizofrenii: otechestvennyj i zarubezhnyj opyt // Sovremennaya terapiya psichicheskimi rasstrojstv. — 2007. — № 4. — S. 14-20.
 12. Holmogorova A.B. Skhema-terapiya Dzh. Yanga — odin iz naibolee ehffektivnyh metodov pomoshchi pacientam s pograničnym rasstrojstvom lichnosti // Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. — 2014. — Tom 22. — № 2. — S. 78-87.
 13. Holmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolnykova A.A., Shmukler A.B. Programma treninga kognitivnyh i social'nyh navykov (TKSN) u bol'nyh shizofreniej // Social'naya i klinicheskaya psichiatriya. — 2007. — Tom 17. — Vypusk 4. — S. 67-77.

Сведения об авторах

Александр Петрович Коцюбинский — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru

Александр Николаевич Еричев — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: erichevalex@gmail.com

Клайман Василий Олегович — студент Санкт-Петербургского Государственного Университета. E-mail: v.o.klaiman@gmail.com

Шмони́на Ольга Дмитриевна — социальный работник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: o.shmonina@gmail.com