

## Доказательная психотерапия психозов: современный анализ проблемы

Вид В.Д., Лутова Н.Б.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии  
им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург

**Резюме.** Появление биопсихосоциальной модели психоза в конце прошлого века открыло путь к интеграции психофармакотерапевтического и психотерапевтического подходов в терапии психозов. Исследования, проведенные с начала текущего века, продемонстрировали несомненные преимущества доказательной эффективности интегративных моделей с использованием когнитивно-поведенческой терапии по сравнению с монофармакотерапией. Обсуждаются проблемы дальнейшей практической реализации биопсихосоциальной модели психотерапии психозов и пути их решения.

**Ключевые слова:** психотерапия психозов, когнитивно-поведенческая терапия, шизофрения.

### The evidence-based psychotherapy of psychoses: current analysis of the problem

Vid V.D., Lutova N.B.

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology

**Summary.** The appearance of the biopsychosocial model of psychosis near the end of the past century opened the way to the integration of psychopharmacological and psychotherapeutic approaches to the therapy of psychoses. The studies carried out since the beginning of the present century have demonstrated the undoubted advantage in the evidence-based effectiveness of the integrated models using the cognitive-behavioural therapy of psychoses over the monopharmacotherapy. The problems of the further practical implementation of the biopsychosocial model in the therapy of psychoses and the ways of their solving are discussed.

**Key words:** psychotherapy of psychoses, cognitive-behavioral therapy, schizophrenia.

Научные исследования эффективности терапии психозов, проводимые представителями биомедицинской модели лечения, с одной стороны и разнообразных психологических моделей с другой, привели в конце концов к прекращению ожесточенной конфронтации между сторонниками этих двух, как когда-то казалось, диаметрально противоположных концепций, достигшей своего апогея во второй половине прошлого века. Рухнула многовековая антиномия между односторонне понимаемыми биологической и психологической моделями психоза. Представители биологического направления уперлись в границы возможности биологического (прежде всего, психофармакологического) воздействия на психотический процесс, будучи вынуждены признать несомненно объективное влияние ряда психологических и социальных факторов, недоступных действию препаратов, на психопатологические механизмы. Представители же психологических моделей были вынуждены признать тщетность своих попыток объяснить природу болезни, опираясь лишь на психологические концепции и игнорируя при этом ее нейробиологическую основу, чему немало способствовала очевидная эфемерность результатов терапии психозов, достигаемых исключительно с помощью психологических методов.

Сложившаяся картина привела к коренному изменению парадигмы психоза в психиатрии — появлению биопсихосоциальной модели [2,5] и началу интеграции психофармакологического и психотерапевтического подходов в единый комплекс терапии. Первоначально разрозненные и недо-

статочно строгие исследования к концу прошлого века подтвердили несомненность аддитивного эффекта психотерапевтических подходов в общем комплексе фармако-психотерапевтической модели лечения психозов. Преимущества интегративной модели по сравнению с монофармакотерапией продемонстрированы в таких параметрах, как снижение интенсивности симптоматики и длительности острого эпизода, улучшение социального функционирования в межприступных промежутках. Наиболее убедительным и весомым результатом выглядит сокращение частоты обострений психоза. Присоединение психотерапевтических и психосоциальных воздействий к базисной психофармакотерапии позволяет снизить частоту рецидивирования в среднем на одну треть [1].

Так выглядело развитие этого весьма актуального направления в психиатрии к концу прошлого века. Время, прошедшее с начала текущего, позволяет проанализировать его дальнейшие пути.

Основной тенденцией исследований эффективности современной интегративной фармакопсихотерапии психозов является приближение их к требованиям доказательной медицины как относительно психофармакологического, так и психотерапевтического компонентов.

Требования к фармакотерапевтическому компоненту интегративной фармако-психотерапевтической модели для оценки ее эффективности в рамках доказательной медицины к началу текущего века достаточно устоялись и не вызывают существенных разногласий. Такие исследования включают, как правило, использование первоначально низких доз, показанных по состоянию

того или иного лекарственного средства с учетом побочных эффектов и характеристик комплайенса с последующей индивидуализированной модификацией курса фармакотерапии в зависимости от динамики состояния [9].

Сложнее дело обстоит с оценкой эффективности психотерапевтического компонента общего комплекса терапии. Анализ литературы показывает, что общеизвестные трудности в оценке последнего вполне ожидаемо приводят к сосредоточению на психотерапевтических моделях, наиболее доступных стандартизации и квантификации достигаемых результатов. Следует отметить, что такая избирательность представленности какой-то психотерапевтической модели в качестве эталонного компонента интегративного фармако-психотерапевтического комплекса означает не принципиальное превосходство ее результативности по сравнению с другими моделями, а лишь то, что она более всего конструктивно отвечает требованиям, предъявляемым доказательной медициной для участия в сравнительных исследованиях эффективности.

На данный момент таковой оказалась модель когнитивно-поведенческой терапии. Специфические модификации когнитивной терапии, первоначально разработанной А.Бек в конце прошлого века для терапии депрессивных расстройств, все шире используются в интегративной фармакопсихотерапии шизофрении, подтвердив при этом свое соответствие требованиям доказательной медицины в отношении оценки своей эффективности [16].

Хотя отдельные приемы первоначальной модели когнитивной терапии депрессивных расстройств используются и сейчас в интегративной терапии шизофрении, в целом формат когнитивно-поведенческой терапии шизофрении выглядит теперь принципиально иначе. Ее приемы гораздо более тактически диверсифицированы. Первоначальный акцент на идентификации и коррекции базисных дисфункциональных когнитивных ошибок, не оставляемый в индивидуальной работе с больным, сменился стратегическим переходом к выявлению и коррекции сложных дефицитарных шаблонов проблемно-решающего поведения в социальной среде, также применительно к индивидуальным нуждам больного. Вот почему она теперь называется не просто когнитивной, а когнитивно-поведенческой терапией.

Поведенческий тренинг в групповом формате сопровождается анализом его результатов в отдельном разговоре с врачом. Частота и продолжительность сессий, длительность курса индивидуального и группового компонентов программы также согласованы с этапом болезни, остротой состояния и сопутствующими задачами семейной и фармакотерапии [9].

Хотя низкий уровень образования и высокая представленность негативной симптоматики достоверно снижают шансы вовлечения и удержания больных в программы когнитивно-поведенческой терапии [6], в целом результативность интегра-

тивной терапии психозов весьма убедительна. Наиболее доказательно подтвержденной в сравнении с монофармакотерапией является эффективность в снижении вероятности последующего рецидивирования, улучшения социального функционирования и самооценки в периоде ремиссии при использовании индивидуализированных программ интенсивной когнитивно-поведенческой и семейной терапии в амбулаторных и полустационарных условиях на фоне сопутствующей фармакотерапии [3,14]. Достоверно положительная разница в частоте рецидивирования сохраняется в течении 9 месяцев катамнестического наблюдения [13]. Также выявлено превосходство интегративной фармако-психотерапии в купировании интенсивности психотической симптоматики как в остром периоде, так и в ремиссии [7,12,18], причем оно сохраняется в катамнестическом периоде длительностью от 3 до 18 месяцев [15]. Время купирования острого периода при интегративной фармако-психотерапии также сокращается на 25-30% по сравнению с монофармакотерапией, причем, психотерапия демонстрирует по сравнению с антипсихотиками более благоприятное соотношение лечебного эффекта с риском побочных осложнений [14].

Программы когнитивно-поведенческой терапии не только повышают эффективность, но и удешевляют ее стоимость по сравнению с рутинным психиатрическим обслуживанием больных [10]. Они оказываются достаточно доступными для освоения работниками психиатрического здравоохранения. Показано, что даже в исполнении психиатров общего профиля, не имеющих психотерапевтической подготовки, кратковременные курсы когнитивно-поведенческой терапии оказываются достаточными, чтобы в работе с больными психозами продемонстрировать достоверное преимущество в купировании уровня острой симптоматики и сокращении срока госпитализации [17].

В свете таких благополучных результатов можно было бы только обрадоваться победному шествию биопсихосоциальной парадигмы по всему пространству мирового психиатрического сообщества, тем более, что голоса ее противников смолкли с обеих сторон. В литературе никто ее не пытается опровергать.

Но нет и потока сообщений, свидетельствующих о продолжении бурного развития этого действительно актуального научного направления. В течение последних двух десятилетий соответствующие исследования носят скорее единичный характер и сосредоточены преимущественно лишь на одной, пусть и продуктивной, когнитивно-поведенческой модели психотерапии, которую стараются применять в особенности в первом эпизоде психоза, когда данные об эффективности можно получить технически менее сложно.

Да, практическая ценность биопсихосоциальной концепции терапии психозов представляется несомненно доказанной. Но создается впечатление, что мало кто в мировом психиатрическом со-

обществе собирается сейчас пожинать ее плоды. Раздаются отдельные голоса, сетующие на крайне недостаточное использование психотерапии в комплексном лечении психозов в здравоохранении таких развитых стран, как Франция и Германия [11,14]. Хотя этого никак нельзя сказать о наших коллегам, занятых в частнопрактикующем секторе психиатрии. Рекламные объявления об интегративной фармако-психотерапии психозов в частных клиниках без труда можно найти в интернете. А уж руководителей этих клиник вряд ли можно заподозрить в затратах на рекламу услуг, не представляющих финансового интереса.

Может быть, успехи современной фармакотерапии делают затраты на лечение психозов сейчас не столь обременительными для государственных систем здравоохранения и не стимулируют подключение дополнительных психотерапевтических усилий? Да нет, по данным американской структуры здравоохранения Medicaid, психозы являются наиболее дорогостоящими из всех хронических расстройств. Ежегодные расходы на их лечение в США превышают затраты на терапию сердечно-сосудистых заболеваний и диабета [4,8]. Здесь, казалось бы, есть где развернуться конкуренции страховых компаний, представляющих комплексные лечебные подходы с убедительно доказанной эффективностью.

В чем же причина такого состояния данной проблемы? В литературном поиске нам удалось обнаружить лишь одну попытку ответа на этот вопрос. В проведенном исследовании выяснилось, что психиатрическое сообщество США недостаточно информировано о результатах доказательных исследований эффективности когнитивно-поведенческой терапии психозов, в силу чего лишь 50% руководителей центров психиатрического образования и 40% руководителей психологического образования США считают ее эффективной. Лишь 10% психиатрическим и 30% психологическим руководителям образования известно, что доказательность эффективности фармакопсихотерапии подтверждена мета-анализами [11].

Результаты этого исследования скорее всего отражают истинное положение вещей и вполне могут быть характерны не только для американского психиатрического здравоохранения. Но причины этого кроются, разумеется, не в относительной недоступности соответствующей информации для широкого круга заинтересованных лиц. Они гораздо глубже.

Создается впечатление, что формального признания валидности биопсихосоциальной концепции психозов оказалось недостаточно для полного преодоления глубочайшего, исторически многовекового идеологического раскола в умах приверженцев односторонне биологической и психологической парадигм природы заболевания, разделенных непроницаемыми барьерами теоретических школ, ригидно сопротивляющихся своим последователей и упорно сопротивляющихся попыткам реформ из опасений утраты своей исключительности.

Как реальное отражение этого противостояния в психиатрии, психофармакологии и психоте-

рапевты, занимавшиеся терапией психозов, слишком давно прекрасно обходились друг без друга. Признание соучастия психосоциальных факторов в сложных многоуровневых механизмах течения психопатологического процесса на разных его этапах означает для психофармаколога необходимость освоения новых сложных, обширных знаний и трудных навыков, чего от него никогда ранее не требовалось. Да и неизвестно, найдут ли эти труды достойное вознаграждение с учетом не всегда вполне адекватных принципов финансирования кадров в системе государственного психиатрического здравоохранения без достаточно учета качественных критериев работы врача и при практическом неучастии системы ОМС в обслуживании терапии психозов.

С другой стороны, погружение психотерапевта в рутину интегративной фармако-психотерапии при условии постоянной необходимости укладываться в жесткие рамки доказательной медицины означает для него утрату практической бесконтрольности своей терапевтической деятельности, осуществляемой под искренним лозунгом «психотерапия — это не наука, а искусство», в чем он привык уютно себя чувствовать полным хозяином.

Стоит ли удивляться тому, что от провозглашения биопсихосоциальной концепции до ее повсеместной практической реализации психиатрическое сообщество все еще отделяет значительная дистанция?

Положение может измениться лишь при дальнейшем продолжении преобразования парадигмы психоза в психиатрии, когда будет окончательно принято, что любая односторонняя биологическая или психологическая ориентированная терапия является уделом прошлого и подготовка специалиста по терапии психозов, когда одного учат, какую таблетку выбрать, а другого — как и о чем разговаривать с больным, заведомо порочно, ибо обречена на техническое несовершенство и дефицитарный контроль результативности.

Психиатр, занимающийся терапией психозов, должен с самого начала своей подготовки и практической деятельности знать, что он не только психофармаколог или психотерапевт, а специалист по интегративной фармако-психотерапии психозов. Такой специализации в медицине все еще нет, и это — одна из причин дефицита этих крайне востребованных пациентами кадров. Соответствующая реорганизация учебных программ в медицинских институтах, налаживание адекватного взаимодействия специалистов со страховыми системами, расширение использования полипрофессиональных бригад, обеспеченных квалифицированными специалистами под началом врача-психиатра, обладающего знаниями в области интегративной фармако-психотерапии психозов, под прозрачным контролем страховых структур и государственного здравоохранения — решение этих задач на современном этапе является условием окончательного утверждения доказательной психотерапии психозов в психиатрии.

## Литература

1	Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3 изд. — СПб. — 2008. — 512с.	Vid V.D. Psychotherapy of schizophrenia. — SPb, Piter, 2008, 512 s. (In Rus.)
2	Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмони́на А.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. Уязвимость — диатез — стресс // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — №2. — С.3-7.	Kotsubinsky A.P., Erichev A.N., Klaiman V.O., Shmonina O.D. Biopsychosocial model of schizophrenia and early maladaptive schemas Part1. Vulnerability-diathesis-stress// Obzrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologiiim. V. M. Bekhtreva. — 2016. — №2. — S.3-7. (In Rus.)
3	Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E., et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and psychopharmacological trials in first-episode psychosis// Schizophrenia Bull.— 2011. — Vol.37. — P.619-630. Doi:10.1093/schbul/sbp129.	Alvarez-Jimenez M., Parker A.G., Hetrick S.E., et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and psychopharmacological trials in first-episode psychosis.// Schizophrenia Bull.— 2011. — Vol.37. — P.619-630. Doi:10.1093/schbul/sbp129.
4	Chapel J.M., Ritchey M.D., Zhang D., Wang G. Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult Medicaid beneficiaries// Am J Preventive Medicine. — 2017. — Vol.53. — P.143-154. Doi: 10.1016/j.amepre.2017.07.019	Chapel J.M., Ritchey M.D., Zhang D., Wang G. Prevalence and medical costs of chronic diseases among adult Medicaid beneficiaries// Am J Preventive Medicine. — 2017. — Vol.53. — P.143-154. Doi: 10.1016/j.amepre.2017.07.019
5	Engel G. The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine// Science. — 1977. — Vol.196. — P.129-136.	Engel G. The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine// Science. — 1977. — Vol.196. — P.129-136.
6	Fanning F., Foley S., Lawlor E., et al. Group Cognitive Behaviour Therapy for First Episode Psychosis: who's referred, who attends and who completes it?// Early Interv. Psychiatry. — 2012. — Vol.6. — P.432-441. Doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00333.x	Fanning F., Foley S., Lawlor E., et al. Group Cognitive Behaviour Therapy for First Episode Psychosis: who's referred, who attends and who completes it?// Early Interv. Psychiatry. — 2012. — Vol.6. — P.432-441. Doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00333.x
7	Farhall J., Freeman N.C., Shwyer F., Trauer T. An effectiveness trial of cognitive behavior therapy in a representative sample of outpatients with psychoses// Br J Clinical Psychology. — 2009. — Vol.48. — P.47-62. Doi: 10.1348/014466608X360727	Farhall J., Freeman N.C., Shwyer F., Trauer T. An effectiveness trial of cognitive behavior therapy in a representative sample of outpatients with psychoses// Br J Clinical Psychology. — 2009. — Vol.48. — P.47-62. Doi: 10.1348/014466608X360727
8	Garis I.E., Farmer K.C. Examining costs of chronic conditions in a Medicaid population// Managed Care. — 2002. — Vol.11. — P.43-50.	Garis I.E., Farmer K.C. Examining costs of chronic conditions in a Medicaid population// Managed Care. — 2002. — Vol.11. — P.43-50.
9	Heinssen R.K., Goldstein A.B., Azrin S.T. Evidence-based treatments for first episode psychosis: components of coordinated specialty care// National Inst. Ment. Health, Bethesda. — 2014.	Heinssen R.K., Goldstein A.B., Azrin S.T. Evidence-based treatments for first episode psychosis: components of coordinated specialty care// National Inst. Ment. Health, Bethesda. — 2014.
10	Ising H.K., Lokkerbol J., Rietdijk J., et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first episode psychosis: the Dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial// Schizophrenia Bull. — 2017. — Vol.43. — P.365-374. Doi:10.1093/schbul/sbw088	Ising H.K., Lokkerbol J., Rietdijk J., et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first episode psychosis: the Dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial// Schizophrenia Bull. — 2017. — Vol.43(2). — P.365-374. Doi:10.1093/schbul/sbw088
11	Kimhy D., Terrier N., Essock S., et al. Cognitive behavioral therapy for psychosis — training practices and dissemination in the United States// J. Psychosis, psychological, social and integrative approaches. — 2013. — Vol.5. — P.296-305. Doi: 10.1080/17524439.2012.704932	Kimhy D., Terrier N., Essock S., et al. Cognitive behavioral therapy for psychosis — training practices and dissemination in the United States// J. Psychosis, psychological, social and integrative approaches. — 2013. — Vol.5(3). — P.296-305. Doi: 10.1080/17524439.2012.704932

12	<i>Lecardeur L. Cognitive behavior therapy after first episode psychosis//L'Encephale. — 2013. — Vol.39. — P.115-120. Doi:10.1016/S0013-7006(13)70106-4</i>	<i>Lecardeur L. Cognitive behavior therapy after first episode psychosis// L'Encephale.- 2013 Sept.— Vol. 39 Suppl. 2.- P. 115-20. Doi: 10.1016/S0013-7006(13)70106-4</i>
13	<i>Lewis S. et al. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes// Brit. J. Psychiatry. — 2002. — Vol.2. — P.915-975.</i>	<i>Lewis S. et al. Randomized controlled trial of cognitive behavior therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes// Brit. J. Psychiatry. — 2002. Vol.2— P. 915-975.</i>
14	<i>Muller H., Laier S., Bechdorf A. Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis// Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 2014. — Vol.264. — P.17-25. Doi: 10.1007/s00406-014-0538-0</i>	<i>Muller H., Laier S., Bechdorf A. Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis// Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. — 2014. — Vol.264. — P.17-25. Doi: 10.1007/s00406-014-0538-0</i>
15	<i>Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review// J. Nerv. Ment. Dis. — 2001. — Vol.189. — P.278-287.</i>	<i>Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review// J. Nerv. Ment. Dis. — 2001. — Vol.189. — P.278-287.</i>
16	<i>Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia//British J. Psychiatry. — 2001. — Vol.178. — P.2-4.</i>	<i>Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia//British J. Psychiatry. — 2001. — Vol.178. — P.2-4.</i>
17	<i>Turkington D., Kingdon D. Cognitive-behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychosis// Brit. J. Psychiatry. — 2000. — Vol.177. — P.101-106.</i>	<i>Turkington D., Kingdon D. Cognitive-behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychosis// Brit. J. Psychiatry. — 2000. — Vol.177. — P.101-106.</i>
18	<i>Wykes T., Steel C., Everitt B., et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor// Schizophrenia Bulletin. — 2008. — Vol.34. — P.523-537. Doi: 10.1093/schbul/sbm114.</i>	<i>Wykes T., Steel C., Everitt B., et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor// Schizophrenia Bulletin. — 2008. — Vol.34. — P.523-537. Doi: 10.1093/schbul/sbm114</i>

**Сведения об авторах**

**Вид Виктор Давыдович** — д.м.н. профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева». E-mail: wied@mail.ru

**Лутова Наталия Борисовна** — д.м.н., главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева». E-mail: lutova@mail.ru