

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Н.Д. Семенова¹, Л.А. Бурьгина², А.В. Палин², М.И. Матросова³

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

²ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б.Ганнушкина»

³Компания «Джонсон & Джонсон»

Основной парадигмой лечения шизофрении в настоящее время признается комплексная полипрофессиональная помощь, включающая как психофармакотерапию [1, 10, 27, 41], так психосоциальное лечение и психосоциальную реабилитацию больных [16]. Значительной части пациентов необходима длительная терапия. Показано, что при адекватной тактике ведения индивидуального клинического случая у пациентов повышается устойчивость ремиссии, состояние стабилизируется, вероятность госпитализации уменьшается, улучшаются показатели качества жизни, снижается общее экономическое бремя заболевания [32, 41]. И наоборот, недостаточное понимание пациентами и их родственниками необходимости длительной поддерживающей терапии приводит к нарушению режима лечения, ухудшению психического состояния, учащению госпитализаций и инвалидизации [7, 12, 26, 31].

Использование современных инъекционных атипичных пролонгированных антипсихотиков позволяет длительное время поддерживать концентрацию препарата в крови на стабильном уровне, улучшает комплаенс и в целом уменьшает показатель повторных госпитализаций [42]. Выбор данной группы препаратов предпочтителен и в связи с их лучшей, по сравнению с препаратами первого поколения, переносимостью (меньшая способность вызывать психофизическую индифферентность, явления гиперседации, а также ятрогенные когнитивные нарушения, ограничивающие функционирование пациента). Все это способствует ресоциализации больных, особенно важной именно на начальных этапах заболевания [15].

В настоящее время накоплен определенный положительный опыт применения современных инъек-

ционных атипичных пролонгированных антипсихотиков в практике длительной противорецидивной терапии шизофрении [20]. Речь идет о применении палиперидона пальмитата с режимом дозирования 1 раз в месяц, а также нового палиперидона пальмитата с режимом дозирования 1 раз в 3 месяца. Использование инъекционных форм палиперидона длительного высвобождения позволяет снизить и финансовое бремя шизофрении, обусловленное затратами на ее лечение [6].

Вместе с тем, медикаментозная терапия вообще и терапия пролонгами, в частности, – является необходимым, однако, далеко не исчерпывающим элементом адекватного терапевтического воздействия. Эффективность долгосрочной фармакотерапии определяется разумным комбинированием фармакотерапии с психосоциальными вмешательствами, предполагающими активное вовлечение больного и его родственников в лечебный процесс [10].

Психосоциальная терапия, лечебный процесс и личностно-социальное восстановление пациента с шизофренией

Формат комплексного оказания психиатрической помощи (психофармакотерапия и психосоциальные лечебно-реабилитационные мероприятия) – предмет многих исследований и клинических разработок [4]. Целесообразно рассмотреть это на фоне тех изменений в психиатрической помощи, что произошли за последние десятилетия.

О важности психосоциальной терапии и реабилитации психически больных говорили ведущие отечественные клиницисты [2, 8]. В настоящее время, в связи со сдвигом психиатрической помощи в направлении личностно-социального восстанов-

ления или *recovery* [21], ее роль особенно возрастает. Симптоматическое улучшение (как результат психотерапии) не обязательно ведет к восстановлению личностному. Необходимы специальные меры в рамках амбулаторной практики, позволяющие предотвратить утрату пациентом «социальных достижений и позиций» [2].

Выделяют ряд этапов психосоциальной терапии: этап активных психосоциальных воздействий, этап практического освоения пациентом ролевых функций и социальных позиций, этап закрепления и поддержки социального восстановления [2]. Ведение пациента с шизофренией в амбулаторной практике может охватывать все эти этапы [5].

Психиатрические пациенты часто имеют бедные социальные навыки и обедненное, недостаточно стимулирующее социальное окружение, негативно подкрепляющие друг друга. В русле сберегающе-превентивной реабилитации [2] вмешательства направляются на предупреждение социальной дезадаптации и сдерживание роста социальных потерь. Здесь важно многое: и активное вовлечение пациента и его родственников в лечебный процесс [33], и сочетание традиционной и инновационной систем реализации программ психосоциальной терапии [39], и учет тех конкретных изменений, что происходят в системе оказания психиатрической помощи [3]. При ведении пациента с шизофренией следует также учитывать и длительность нелеченого психоза, и стаж заболевания, так как с увеличением стажа происходит ослабление и угасание мотивации к социальному восстановлению, «все более утрачивается та ее составляющая, которая выражается в стремлении пациента вернуться к полноценной жизни как главной и наиболее высокой реабилитационной цели» [2].

Весь спектр психосоциальных мероприятий, осуществляемых в психиатрической практике, направлен на то, чтобы повысить уровень усилий пациента по преобразованию своей жизни. Психосоциальная терапия шизофрении в чем-то сходна с обучением и переобучением (пациента обучают чему-то или оживляют и поддерживают утраченный навык). Именно поэтому ценнейший материал, наработанный в педагогических науках, стал чрезвычайно востребован в данной области (особенно на волне интереса к нейро-когнитивным и социально-когнитивным программам для больных).

Основной набор программ психосоциальных мероприятий, осуществляемых в амбулаторной практике и направленных на личностно-социальное восстановление пациента с шизофренией, представлен доказательными, информированными исследованиями подходами: психообразование, тренинг социальных навыков, когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, когнитивная ремедиация, метакогнитивный тренинг и др.

Психообразование – это интерактивный процесс предоставления адекватной и непротиворечивой

информации лицам с диагнозом психического заболевания и членам их семей [38]. Информирование потребителей помощи обычно осуществляется по следующим направлениям: стратегии личностно-социального восстановления (постановка целей в плане личностно-социального восстановления, разработка плана по достижению этих целей); практические знания и факты о болезни (идентификация симптомов, связанных с болезнью; рассеяние мифов о болезни и формирование представления о ней в реалистическом свете; адресация стигме); выстраивание сети социальной поддержки (стратегии усиления социальной поддержки и обучение этим стратегиям); снижение вероятности обострений (разработка плана по предотвращению обострений); эффективное использование лекарств (информирование о пользе и о возможных побочных эффектах медикаментозного лечения; полноценное сотрудничество с врачом, прояснение «за» и «против» на предмет приема лекарств); совладание со стрессом (стратегии редукации стресса и способность эффективно совладать с ним); решение проблем, связанных с симптомами болезни (обучение тому, как реагировать на возникающие симптомы, как жить с пока еще наличествующей симптоматикой); взаимодействие с системой медицинской помощи (этапы оказания помощи в рамках различных служб психического здоровья; права пациентов) [47].

Тренинг социальных навыков состоит из учебных мероприятий с использованием поведенческих методов, позволяющих пациентам с шизофренией обретать навыки межличностного общения и самостоятельного проживания, улучшать функционирование в сообществе [43].

Когнитивно-поведенческая терапия разрабатывалась как дополнительное лечение остаточных симптомов при шизофрении; использовались принципы и стратегии вмешательства, ранее разработанные для лечения тревоги и депрессии. Когнитивно-поведенческая терапия при шизофрении включает установление терапевтических отношений сотрудничества, развитие общего понимания проблемы, постановку целей и обучение пациентов методам и стратегиям снижения симптоматики или управления симптоматикой. Конкретные приемы терапии включают когнитивное реструктурирование, поведенческие эксперименты (тестирование реальности), самоконтроль (само-мониторинг) и обучение навыкам совладания. Когнитивно-поведенческая терапия при шизофрении часто сосредоточена именно на психотических симптомах (галлюцинациях или бредовых убеждениях), однако она также помогает преодолеть депрессию и тревогу, связанную с психотическими симптомами и их влиянием на жизнь человека [37, 44, 45].

Семейная терапия при шизофрении предполагает работу с семьей и обычно включает обучение

(улучшение знаний о болезни и об управлении ею), техники снижения стресса, эмоциональную проработку и регуляцию, а также структурированное решение проблем. Здесь распространены так называемые мульти-семейные группы как содружественная работа нескольких семей, где осуществляется и психообразование, и поведенческая семейная терапия в формате группы [33]. Программа обычно состоит из четырех этапов: 1) объединение (построение альянса); 2) проведение образовательных семинаров по теме «шизофрения»; 3) профилактика рецидивов посредством использования группового формата решения проблем; 4) профессиональная и социальная реабилитация.

Когнитивная ремедиация относится к нефармакологическим методам улучшения когнитивных функций у лиц с тяжелыми психическими расстройствами [30]. Когнитивно-восстановительная терапия обычно предполагает работу пациента с материалом компьютерных программ различной продолжительности и сложности; однако она может осуществляться в рамках индивидуальной работы с клиницистом (не опосредованной компьютером). За счет стимулирующего обучения происходит восстановление или улучшение когнитивных функций (внимания, рабочей памяти, планирования и исполнительских функций). Такие программы успешно компенсируют когнитивный дефицит [28, 29]. В настоящее время когнитивная ремедиация активно развивается в направлении повышения качества собственно методического материала.

Метакогнитивный тренинг при психозах – это новый психосоциальный подход к воздействию на продуктивную симптоматику при шизофрении, особенно на бредовые идеи [36]. Методика, предполагающая 8 структурированных групповых сессий, разработана Steffen Moritz и Todd Woodward [35] и переведена на множество языков, в том числе на русский [13].

Психосоциальная терапия больных шизофренией активно развивается, и ее удельный вес в комплексном лечении психотических расстройств возрастает. Следует отметить современную тенденцию к интеграции методов психосоциальной терапии на основе определенного набора обязательных элементов: когнитивно-поведенческих, мотивирующих и фокусирующихся на решении проблем. Важно понимать, для каких категорий пациентов с шизофренией, и для решения каких проблем психосоциальная терапия предназначена. Речь идет о призыве осуществлять более фокусированные вмешательства для тех или иных групп пациентов (например, больных шизофренией на начальном этапе болезни, больных-хроников с частыми госпитализациями, больных с неустойчивой трудовой адаптацией, одиноких больных и т.п.).

Европейскому клиническому сообществу недавно была представлена комплексная, скоординированная

программа исследований в области психического здоровья, в основе которой – систематические обзоры и результаты обширных междисциплинарных консенсусных оценок, проведенных с привлечением специалистов системы охраны психического здоровья (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников и медицинских сестер), а также лиц с проблемами психического здоровья. Среди приоритетов, которые в течение следующих 10 лет смогли бы снизить экономическое бремя психических заболеваний, особо выделена психосоциальная терапия шизофрении [46].

Комбинирование фармакотерапии с психосоциальными вмешательствами

Комбинирование фармакотерапии с психосоциальными вмешательствами представляет собой особое направление исследований и клинических разработок. Первые комбинирования такого рода были представлены в виде сочетания медикаментозной терапии с психообразованием, психологическим просвещением пациентов и их семей [20].

Доказательств эффективности такого «тангема» (медикаментозная терапия+психообразование) за годы накопилось множество [14, 19]. Среди них – отечественные исследования эффективности комплексного медикаментозно-психообразовательного подхода при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми рецидивами [11]. Было отмечено достоверное улучшение социального функционирования пациентов (по шкале GAF) на протяжении всего проспективного периода; у пациентов, получающих инъекционные атипичные пролонги, имела место более выраженная положительная динамика по сравнению с пациентами, получавшими традиционные нейролептики и пероральные атипичные антипсихотики.

Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания показал следующее. У пациентов, получавших психосоциальное лечение, отмечалось улучшение комплаенса; они достоверно чаще находились под динамическим наблюдением специалистов (90,14% против 51,22%, $p < 0,0001$), регулярно принимали поддерживающую терапию (74,07% против 50,0%, $p < 0,05$), реже от нее отказывались (14,81% против 35,71%, $p < 0,05$) [9].

Таковы отдельные результаты комбинирования медикаментозной терапии с психообразованием. Комбинирование фармакотерапии с психосоциальными вмешательствами в современных условиях, главным образом, представлено в виде присоединения когнитивно-поведенческой терапии к медикаментозному лечению, самостоятельно или в сочетании с другими видами психосоциальной

терапии [25]. При ведении пациента с шизофренией в амбулаторной практике такое комбинирование оказалось весьма эффективным: во-первых, в плане редукции симптоматики; во-вторых, в плане большего количества времени, которое пациент проводит плодотворно и конструктивно в своей повседневной жизнедеятельности [25]. Присоединение когнитивной ремедиации к медикаментозной терапии также показало клинически значимые положительные результаты [23, 24].

Мотивация к лечению и реабилитации

Психологические исследования указывают на важную роль мотивации в эффективности любой человеческой деятельности, в том числе и деятельности пациента как участника лечебно-реабилитационного процесса [18]. В ходе болезни мотивация к лечению и реабилитации, к личностно-социальному восстановлению стремительно падает, и пациенты не демонстрируют должных результатов терапии [2, 3]. Психообразовательные программы, повышающие комплаентность больных, не срабатывают из-за пассивного сопротивления пациента как в отношении медикаментозной терапии, так и в отношении психосоциальных мер, присоединяемых к лечению. Высказывания врачей, ведущих пациента с шизофренией, об активной роли пациента в принятии им сознательных решений – подчас остаются лишь на уровне призывов и деклараций, так как не задействованы в полной мере мотивационные и личностные факторы лечебно-реабилитационного процесса.

Ведущие зарубежные специалисты отмечают исключительную важность обращения к ресурсу внутренней мотивации больного при построении любых лечебно-реабилитационных программ [22]. Так, Alice Medalia [34], один из мировых лидеров данного направления, разрабатывает психолого-педагогические мотивирующие воздействия, основанные на достижениях психологии мотивации, и улучшающие качество и конечный результат

когнитивной ремедиации и других «когнитивно-информационных» подходов для пациентов с шизофренией.

Эффективность комбинированного вмешательства (медикаментозная терапия + психосоциальная терапия) также может определяться тем, в какой степени задействована мотивация пациента. На базе ряда амбулаторных служб ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина» и ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А.Гиляровского» Департамента Здравоохранения города Москвы осуществляются программы внедрения психосоциальных методов в практику с учетом мотивирующих компонентов. Проводятся циклы занятий с группами психически больных по различным методикам с подключением психосоциальной методики для мотивирования пациентов [18]. При полипрофессиональном ведении пациента с шизофренией в амбулаторной практике практический врач может по-разному комбинировать и использовать данную методику: 1) как самостоятельное вмешательство; 2) как установочное вмешательство (в виде подводящего сокращенного цикла) при реализации других типов психосоциальной терапии; а также 3) в виде мотивирующих «включений», осуществляемых в ходе иных психосоциальных мероприятий (например, при реализации базового психообразования) [40]. Каждому из вариантов отвечает своя процедура, а также предлагаемые пациентам учебные материалы.

Заключение

Разумное комбинирование различных психосоциальных подходов из арсенала современных с присоединением специальных мотивирующих вмешательств – на фоне медикаментозной терапии – позволит улучшить результаты лечения, повысить качество и реальную отдачу в работе психиатрических служб на фоне минимизации затрат и ресурсосбережения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Мосолов С.Н. Некоторые новые способы преодоления терапевтической резистентности у больных шизофренией (Методические рекомендации). М., 1988. 48 с.
2. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, №1. С. 5–9.
3. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–10.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Медпрактика-М., 2007. 492 с.
5. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–86.
6. Дьяков И.Н., Зырянов С.К. Сравнительная оценка клинико-экономической эффективности применения различных лекарственных форм палиперидона пациентов с шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2017. № 2. С. 85–92.
7. Иванов М.В., Костерин Д.Н., Лукманова К.А. Перспективы применения новой генерации атипичных антипсихотиков для поддерживающей терапии у больных шизофренией (на примере Палиперидона в таблетках длительного высвобождения) // Обозрение психиатрии. 2009. С. 13.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 1985. 256 с.
9. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 3. С. 48–55.
10. Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств. М., 2012. 480 с.
11. Мосолов С.Н., Бурыгина Л.А., Ушаков Ю.В. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной

- помощи больным параноидной шизофренией с частыми обострениями // Современная терапия психических расстройств. 2010. № 1. С. 5–12.
12. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6. № 4. С. 159–162.
 13. 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. 33–37.
 14. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. 544 с.
 15. Петрова Н.Н., Кучер Е.О. Препараты пролонгированного действия в поддерживающей терапии больных с первым психотическим эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 3. С. 67–72.
 16. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2015. 420 с.
 17. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сергеевского» Минздрава России, 2016. 35 с.
 18. Семенова Н.Д., Кузьменко А.Ю., Костюк Г.П. Психообразование: проблемы и направления исследований // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 2016. № 4. С. 3–11.
 19. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8. № 4. С. 30–39.
 20. Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Софронов А.Г. Региональный опыт применения палиперидона пальмитата с режимом дозирования 1 раз в месяц в натуралистических условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 2. С. 42–51.
 21. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s // Psychosoc. Rehab. J. 1993. Vol. 16. N 4. P. 11–23.
 22. Bismark A.W., Thomas M.L., Tarasenko M., Shiluk A.L., Rackelmann S.Y., Young J.W., Light G.A. Relationship between effortful motivation and neurocognition in schizophrenia // Schizophr. Res. 2018. Vol. 193. P. 69–76.
 23. Bowie C.R., McGurk S.R., Malsbender B., Patterson T.L., Harvey P.D. Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: effects on cognition, functional competence, and real-world behavior // Am. J. Psychiatr. 2012. Vol. 169. N 7. C.710–718.
 24. Cella M., Preti A., Edwards C., Dow T., Wykes T. Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: a network meta-analysis // Clin. Psychol. Rev. 2017. Vol. 52. P. 43–51.
 25. Fowler D., Hodgekins J., Painter M., Reilly T., Crane C., Macmillan I., Jones P.B. Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study (Improving Social Recovery in Early Psychosis) // Psychol. Med. 2009. Vol. 39. N 10. P. 1627–1636.
 26. Kane J.M., Leucht S., Carpenter D., Docherty J.P. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary // J. Clin. Psychiatr. 2003. Vol. 64. P. 5–19.
 27. Kuipers E., Yesufu-Udechuku A., Taylor C., Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance // BMJ. 2014. 348, g 1173.
 28. Kurtz M.M. Cognitive remediation for schizophrenia: current status, biological correlates and predictors of response // Expert Rev. Neurotherapeutics. 2012. Vol. 12. N 7. C. 813–821.
 29. Kurtz M.M., Gagen E., Rocha N.B., Machado S., Penn D.L. Comprehensive treatments for social cognitive deficits in schizophrenia: A critical review and effect-size analysis of controlled studies // Clin. Psychol. Rev. 2016. Vol. 43. C. 80–89.
 30. Kurtz M.M., Sartory G. Treatment approaches with a special focus on neurocognition: overview and empirical results // Neurocog. Soc. Cog. Schizophr. Patients. 2010. Vol. 177. P. 37–9.
 31. Leucht S., Wahlbeck K., Hamann J., Kissling W. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis // Lancet. 2003. Vol. 361. P. 1581–1589.
 32. Marder S.R. Overview of Partial Compliance // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64. P. 3–9.
 33. McFarlane W.R. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review // Family Process. 2016. Vol. 55. N 3. P. 460–482.
 34. Medalia A., Saperstein A. The role of motivation for treatment success // Schizophr. Bull. 2011. Vol. 37. Suppl. 2. P. S122–S128.
 35. Moritz S. et al. AS02-03-Metacognitive training for schizophrenia // Eur. Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 1-17.
 36. Moritz S., Woodward T.S., Balzan R. Is metacognitive training for psychosis effective? // Expert Review of Neurotherapeutics. 2016. 16:2, 105-107.
 37. Rector N.A., Seeman M.V., Segal Z.V. Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial // Schizophr. Res. 2003. Vol. 63. P. 1–11.
 38. Pekkala E.T., Merinder L.B. Psychoeducation for schizophrenia // Coch. Database Systematic Rev. 2002. N 2.
 39. Schlosser D.A. et al. Efficacy of PRIME, a mobile app intervention designed to improve motivation in young people with schizophrenia // Schizophr. Bull. 2018. Vol. 44. N 5. P. 1010–1020.
 40. Semenova N. Brief Assessment of Cognition and Cognitive Remediation in Schizophrenia: Implications for Psychoeducation // Early Interventions Psychiatry. 2016. Vol. 10. P. 194–194.
 41. Taylor M., Perera U. NICE CG178 Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management an evidence-based guideline? // Br. J. Psychiatr. 2015. Vol. 206. N 5. P. 357–359.
 42. Waddell L., Taylor M. Attitudes of patients and mental health staff to antipsychotic long-acting injections: systematic review // Br. J. Psychiatr. 2009. Vol. 195. N S52. P s43-s50.
 43. Wallace C.J., Liberman R.P. Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial // Psychiatr. Res. 1985. Vol. 15. N 3. P. 239–247.
 44. Wykes T., Steel C., Everitt B., Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34. N 3. P. 523–537.
 45. Wykes T., Huddy V., Cellard C., McGurk S.R., Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes // Am. J. Psychiatr. 2011. T. 168. N 5. P. 472–485.
 46. Wykes T., Haro J.M., Belli S.R. et al. Mental health research priorities for Europe // Lancet Psychiatry. 2015. Vol. 2. N 11. P. 1036–1042.
 47. Xia J., Merinder L.B., Belgamwar M.R. Psychoeducation for schizophrenia // Cochrane Database Systematic Rev. 2011. N 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА С ШИЗОФРЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Н.Д. Семенова, Л.А. Бурьгина, А.В. Палин, М.И. Матрсова

В статье на основе анализа современных публикаций, освещаются вопросы психосоциальной терапии в рамках комплексного подхода к ведению пациента с шизофренией в амбулаторной практике. Описывается формат комбинирования фармакотерапии с психосоциальными вмешательствами. Кроме того,

указывается на важность обращения к ресурсу внутренней мотивации больного при построении любых лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: шизофрения, психосоциальные вмешательства, амбулаторная помощь, мотивация к лечению.

COMPREHENSIVE APPROACH TO TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN OUTPATIENT SETTING: PSYCHOPHARMACOTHERAPY, PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS, AND TREATMENT MOTIVATION

N.D. Semenova, L.A. Burygina, A.V. Palin, M.I. Matrosova

A review of the current literature is presented, which highlights the issues of psychosocial therapy as part of a comprehensive approach to managing a patient with schizophrenia in outpatient practice. The format of the combination of pharmacotherapy with psychosocial interventions is described. In addition,

the importance of referring to the resource of internal motivation of the patient while building any treatment and rehabilitation programs is outlined.

Key words: schizophrenia, psychosocial interventions, outpatient settings, treatment motivation.

Семенова Наталья Дмитриевна – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: niyami2020@gmail.com

Бурьгина Лариса Андреевна – кандидат медицинских наук, Главный врач ГБУЗ Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина»; e-mail: lar.burygina@yandex.ru

Палин Александр Васильевич – врач-психиатр, заведующий центром психолого-психотерапевтической помощи ГБУЗ Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина»; e-mail: ravelpalin@yandex.ru

Матросова Марина Игоревна – кандидат медицинских наук, врач-психиатр, медицинский советник, компания «Джонсон&Джонсон»; e-mail: mmatroso@its.jnj.com