

# МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

С.Ю. Кузнецов<sup>2</sup>, М.В. Афян<sup>2</sup>, М.Ю. Кожевникова<sup>3</sup>, Л.Г. Мовина<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»

<sup>3</sup>ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

Шизофрения характеризуется высоким процентом инвалидизации и является экономически затратным заболеванием, что обуславливает ее социальную значимость [4, 5, 8, 10]. Для шизофрении характерны, с одной стороны, повторяющиеся обострения продуктивной психопатологической симптоматики или ее персистирование, а с другой стороны, нарушения социальной адаптации, которые проявляются во всех сферах жизни больных – работа, обучение, независимое проживание, взаимодействие с окружением [2, 22]. Важной особенностью этого заболевания является недостаточная эффективность психофармакотерапии как в отношении редукции позитивных симптомов (прежде всего бреда и галлюцинаций), так и в отношении нарушений социальной адаптации. Так, по данным Н.Elkis около 20-30% пациентов, страдающих шизофренией, обнаруживают резистентность к антипсихотикам [17]. Н.Keltzer, А.Kostacoglu указывают, что количество пациентов, в отношении которых терапевтические возможности ограничены, доходит до 60% [27]. Высока частота самостоятельной отмены антипсихотиков из-за таких факторов, как побочные эффекты, непонимание пациентом механизма действия препарата и отсутствие терапевтического альянса [15]. Даже когда антипсихотические препараты принимаются в соответствии с рекомендациями врача, их эффективность в отношении позитивных симптомов достигает лишь умеренных значений [29], а полного выздоровления удается достичь редко [24]. Вызывают настороженность данные о вероятном (но пока малоизученном) нейродегенеративном действии антипсихотических препаратов [23]. Кроме того, терапия, основанная исключительно на фармакологическом лечении, не позволяет значимо улучшить социальное функционирование пациентов [24].

Известно, что с течением заболевания позитивные симптомы могут ослабевать, в то время как на первый план выступают расстройства, лежащие в основе социальной дезадаптации, к которым относят

нарушения мотивации, нейрокогнитивный и социально-когнитивный дефицит. Социальные когниции, определяемые многими авторами как набор способностей, необходимых для социального взаимодействия, играют в этом процессе одну из ключевых ролей [3]. М.Vechi и соавт. указывают на то, что нарушения социальных когниций в значительно большей степени, чем психопатологическая симптоматика или дефицит базовых когнитивных функций, обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией [13]. При этом по данным Т.Wykes и соавт. когнитивная реабилитация уменьшает когнитивную дисфункцию при шизофрении [41].

Исследования социально-когнитивных нарушений в настоящее время представлены изучением их роли в процессах психотической декомпенсации и стабилизации состояния, а также разработкой методов социальной реадaptации. Принято выделять четыре основных домена социальных когниций (познавательных процессов), такие как: 1) эмоциональный процессинг; 2) внутренняя модель сознания другого (ВМСД); 3) атрибутивный стиль; 4) социальная перцепция [1, 3]. Нарушения в каждом из представленных доменов могут приводить к ухудшению социального функционирования, что требует включения в программу комплексной (медикаментозной и психосоциальной) терапии вмешательств, направленных на восполнение данного дефицита [7, 9]. К вмешательствам такого рода относится, в частности, метакогнитивный тренинг, в основе которого лежат теоретические представления когнитивно-поведенческой модели шизофрении [6, 21, 30].

## Когнитивно-поведенческий подход в терапии пациентов с шизофренией

В когнитивной модели психических расстройств психотические симптомы (бред и галлюцинации) возникают благодаря когнитивным искажениям. Считается, что жизненное событие, являющееся

триггером, запускает у предрасположенной личности механизм нарушения когнитивного процесса, что выражается двумя путями: нарушением переноса прошлого опыта на настоящие события и трудностями контроля над намерениями и действиями. В сознание пациента проникает неструктурированный поток сенсорной информации и несвязанного материала из памяти, что приводит к возникновению намерений и действий, которые человек воспринимает как чужеродные по происхождению. Особенно подчеркивается, что нарушение когнитивного процесса приводит к аномальным сознательным переживаниям (например, нейтральные действия воспринимаются как преднамеренные, мысли кажутся вложенными, устанавливается причинная связь между двумя несвязанными событиями) [21]. Литературные данные указывают на то, что основные черты бреда (такие как убежденность в бредовой идее, некорректируемость и поспешное принятие решений) не ограничиваются только бредовыми переживаниями, а представляют собой стили мышления, которые проявляются у пациентов и в нейтральных ситуациях. Хотя эти когнитивные искажения связаны с психозом, они рассматриваются когнитивной психологией как расширение нормальных стилей мышления, которые могут быть скорректированы с использованием стандартных психологических подходов [19]. Таким образом, бредовые идеи, возможно, являются лишь видимой «вершиной айсберга» [32].

В когнитивной модели галлюцинаций R. Bentall подчеркивается роль нарушения процесса атрибуции, при котором когнитивные операции, связанные с генерацией внутренних мыслей, оказываются необъективными. Из-за искажения операции мониторинга источника, необходимого для определения контекста, собственные мысли воспринимаются как чуждые собственной психике. Происходит экстернализация внутренних когнитивных событий во внешний источник [31]. Также показано, что когнитивные искажения играют роль в образовании бреда из-за способности пациентов надлежащим образом оценивать факты [26]. От 40 до 70% пациентов с диагнозом шизофрения собирают недостаточно информации для принятия решения, прежде чем делают выводы. Более того, показано, что данное когнитивное искажение, называемое «преждевременными выводами», сохраняется у пациентов и в ремиссии [31]. Поскольку бредовый синдром является одним из ключевых симптомов шизофрении и других психотических расстройств, и может привести к опасным последствиям, в том числе к агрессии или суициду, работа в рамках когнитивной модели направлена, прежде всего, на редукцию данного синдрома [20].

В рамках когнитивно-поведенческого подхода существует два направления работы. Одно из них – когнитивно-бихевиоральная терапия психозов (КБТп). В КБТп предметом терапевтической работы

являются убеждения пациента в отношении реальности, как бредовые, так и небредовые, которые могут способствовать поддержанию симптомов. Второе направление – это работа с метакогнициями, которая направлена на когнитивные убеждения, лежащие в основе психотических переживаний [37]. Одним из методов, основанных на этом подходе, и является метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный S. Moritz и соавт. [35, 36].

### **Характеристика метакогнитивного тренинга**

Метакогнитивный тренинг (МКТ) – это форма психосоциального вмешательства, целью которого является коррекция специфических когнитивных нарушений при шизофрении, связанных с особенностями восприятия окружающих и с недостатками в социальном познании, которые могут приводить к ошибочным выводам, заблуждениям, бредообразованию и психотической декомпенсации. В процессе тренинга происходит повышение осведомленности пациентов о когнитивных отклонениях и искажениях, лежащих в основе формирования и поддержания бреда, обогащение и изменение набора стратегий решения проблем и побуждение пациентов к критическому осмыслению последствий когнитивных искажений в повседневной жизни [6, 36]. Данная программа сочетает в себе элементы психообразования, когнитивной реабилитации и когнитивно-поведенческой терапии. В МКТ пациентам предъявляются многочисленные когнитивные задачи (например, запоминание деталей на картинке, восстановление рисунка по его части), при этом основное внимание уделяется уменьшению чрезмерной уверенности в ошибках, а не точности выводов. Подобно когнитивной терапии психозов (КБТп), МКТ нацелен на позитивные симптомы, но прежде обращается к когнитивным процессам в целом, а затем переходит к уровню симптомов. Этот подход считается более мягким и подходит для пациентов, которые не могут дистанцироваться от своих заблуждений, как например, пациенты с преимущественно параноидными переживаниями [38]. Кроме того, МКТ также направлен на повышение самооценки, поскольку пациенты с шизофренией имеют сниженную самооценку по сравнению со здоровыми лицами [34].

МКТ может проводиться в групповом формате, что является предпочтительным, рекомендуемое количество участников в группе – 3–10 человек, продолжительность занятия – 45–60 минут, 8 или 16 занятий в цикле. Также существует индивидуальный формат метакогнитивного тренинга (МКТ+), который, по данным S. Moritz и соавт., особенно эффективен в снижении выраженности продуктивных симптомов, когнитивных искажений, а также в повышении приверженности лечению для пациентов, имеющих противопоказания к участию в группе [32].

В процессе МКТ обсуждаются конкретные когнитивные искажения, их влияние на развитие психоза

и социальное функционирование. Каждое занятие посвящено определенной теме и состоит из теоретической части, в которой пациенты знакомятся, например, со стилями атрибуции, поспешными выводами, внутренней моделью сознания другого (ВМСД), депрессивными схемами, и практической, в которой представлены специально разработанные упражнения [36]. Для того, чтобы подчеркнуть актуальность тренинга для пациентов и обеспечить пролонгированный эффект в отношении улучшения социального познания, в каждом модуле подчеркивается связь когнитивных искажений с формированием и поддержанием психоза, что сопровождается доступными «жизненными» примерами [35]. Различные модули МКТ демонстрируют пациентам, что сложные события могут иметь очень разные объяснения и редко определяются отдельными причинами, что доказательства могут меняться со временем, и что не следует спешить с выводами или быть слишком уверенными в суждениях, особенно в ситуациях с потенциально важными результатами.

### **Эффективность метакогнитивного тренинга**

В настоящее время проводятся исследования эффективности метакогнитивного тренинга при лечении пациентов с расстройствами шизофренического спектра в отношении уменьшения выраженности продуктивных симптомов и когнитивных искажений. Результаты и выводы отдельных эмпирических исследований, мета-анализов и обзоров довольно противоречивы. Величина влияния МКТ на продуктивные симптомы, нейрокогнитивные функции, общий уровень психологического, социального и профессионального функционирования у различных исследователей колеблется от незначительной [30], средней [14], до выраженной [28]. Разница в величине эффекта объясняется различиями в дизайне исследований, а также в критериях включения и исключения исследований в мета-анализы.

D.Pankowski и соавт. [37] проанализировали 14 исследований, опубликованных с 2009 по 2015 годы (11 рандомизированных контролируемых и 3 нерандомизированных контролируемых исследования) и показали удовлетворительную эффективность МКТ в отношении позитивных симптомов. Примечательно, что выявленный эффект сохранялся не менее полугода после участия в тренинге. Одно из рассматриваемых исследований продемонстрировало устойчивое улучшение после трехлетнего периода наблюдения [33]. Наилучший результат был показан в отношении бреда и вызванного им дистресса. Некоторые исследования также показали уменьшение тяжести галлюцинаторных расстройств [14], однако размер эффекта в отношении данной категории расстройств был меньше. Авторы обзора предполагают, что разница в величине влияния соотносится с тем, что вмешательства МКТ направлены, в первую очередь, на когнитивные искажения, связанные с бредом (например,

преждевременные выводы), а не с нарушениями восприятия. Не все полученные результаты были статистически значимыми, несмотря на то, что во всех исследованиях отмечался хотя бы небольшой положительный эффект.

Мета-анализ В. Van Oosterhout и соавт. был направлен на изучение влияния МКТ на позитивные симптомы (9 исследований, 436 участников), бред (7 исследований, 500 участников) и когнитивные искажения (3 исследования, 219 участников) [39]. Данный мета-анализ имел очень строгие критерии включения, а именно: МКТ как экспериментальное воздействие, исследование должно быть сравнительным, с рандомизацией или без нее, быть опубликованным в рецензируемом журнале, иметь измерения до и после воздействия, не менее 75% респондентов должны были иметь расстройства шизофренического спектра. Все исследования показали небольшие, незначимые эффекты, что говорит об отсутствии эффективности МКТ в отношении продуктивных симптомов, бреда и когнитивных искажений. Поправки на систематическую ошибку публикации методом «обрезки и заполнения» привели к еще большему снижению эффекта. В. Van Oosterhout и соавт. делают вывод о том, что, несмотря на уменьшение симптомов в обеих группах и улучшение состояния в целом, улучшение в экспериментальной группе нельзя отнести к влиянию МКТ. Кроме того, автор отмечает, что МКТ не влияет на субъективное переживание когнитивных искажений, дисфункциональные когнитивные убеждения и критику.

С. Eichner, F. Berna в мета-анализе, посвященном эффективности метакогнитивного тренинга в отношении позитивных симптомов и бреда для пациентов с шизофренией [16] выступили с критикой мета-анализа В. Van Oosterhout. В качестве аргумента авторы приводят статистические недостатки данного мета-анализа, особенно в отношении избирательного исключения положительных исследований. По их мнению В. Van Oosterhout и соавт. не включили три исследования с положительными результатами ввиду использования чрезмерно консервативных критериев исключения, что значительно исказило результат, особенно при рассмотрении небольшого числа доступных исследований. Таким образом, были исключены два исследования, в которых были недоступны значения пре- и пост-тестирования, несмотря на то, что были приведены данные о различии показателей до и после, и существуют статистические методы для определения величины эффекта в таких случаях. Одно исследование было исключено из-за того, что в нем были представлены результаты по отдельным шкалам, хотя полные данные были доступны при обращении к авторам исследования. С. Eichner, F. Berna представили результаты собственного мета-анализа, в котором выявлено положительное влияние МКТ на позитивные симптомы с малыми и средними значениями размера эффекта. Аналогичные данные

приведены в систематическом обзоре J.Jiang и соавт., включающем четыре исследования [25].

В 2014 году S.Moritz и коллеги представили обзор эмпирических исследований, посвященных применению МКТ при психозах. После пилотного исследования, проведенного в Германии самими авторами [35], в нескольких последующих исследованиях была подтверждена безопасность и применимость МКТ. Все исследования, в которых оценивалось отношение пациентов к тренингу (с помощью опросника из 10 пунктов), показали, что МКТ хорошо воспринимается пациентами [10, 12]. Три четверти пациентов оценивали тренинг как «интересный». Также большинство участников рекомендуют его другим людям с диагнозом шизофрения. Авторы подчеркивают, что, несмотря на то, что удовольствие и субъективная выгода являются вторичными параметрами результата, они играют важную роль ввиду частого «выпадения» из лечения, недостаточной мотивации и аффективного «уплощения» в данной группе пациентов. Также авторы обращают внимание на ограничения, связанные с тем, что не все пациенты с шизофренией обладают одинаковым профилем когнитивных искажений, поэтому не все модули МКТ несут одинаковую пользу для всех пациентов. Что касается влияния МКТ на выраженность бреда и других позитивных симптомов, результаты оказались следующими: контролируемые исследования показали величину изменений от малой и средней до большой. Кроме того, неконтролируемые исследования обнаружили сильное влияние на позитивные симптомы [18]. Среди факторов, влияющих на разницу в величине эффекта, авторы выделяют различия в методиках оценки. Так, в некоторых исследованиях [30], шкала оценки психотических симптомов (PSYRATS) была более чувствительной, чем шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), в нескольких исследованиях было верно обратное [14]. По мнению авторов, эти расхождения могут быть связаны с тонкими различиями между двумя рейтинговыми шкалами, а также с желанием пациентов диссимулировать симптомы из-за недостатка доверия или понимания. В большинстве исследований был обнаружен низкий или умеренный эффект МКТ в отношении уменьшения частоты «преждевременных выводов» [32].

## Заключение

Метакогнитивный тренинг основывается на теоретических представлениях когнитивно-поведенческой модели шизофрении, но использует несколько иные терапевтические подходы. Данный тренинг представляет собой структурированную программу для пациентов с шизофренией, которая базируется на принципах когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности. Коррекция социально-когнитивных нарушений, которая осуществляется в рамках МКТ, направлена на уменьшение выраженности бреда, предупреждение обострений психопатологической симптоматики и улучшение социального функционирования пациентов.

Данные большинства исследований говорят об эффективности МКТ в отношении коррекции когнитивных искажений, а также о положительном влиянии тренинга на позитивные симптомы, прежде всего, бред и связанный с ним дистресс. Величина эффекта колеблется от незначительной до выраженной, наряду с этим, в одном мета-анализе, отмечается отсутствие влияния МКТ на уменьшение симптомов и на дисфункциональные когнитивные убеждения. Разброс результатов объясняется различиями в организации исследований, методах оценки, требованиях, предъявляемых к включению и исключению пациентов. Также необходимо учитывать особенности профиля когнитивных искажений у разных пациентов, что может снижать эффективность тех или иных модулей МКТ. Таким образом, необходимо дальнейшее изучение эффективности метакогнитивного тренинга с использованием унифицированных методик оценки, рандомизации и контроля. С учетом развития внебольничного звена психиатрической помощи, включения медико-реабилитационных отделений в структуру психиатрических учреждений представляется особенно важным определение эффективности данного вида когнитивной реабилитации на разных этапах оказания психиатрической помощи (отделения круглосуточного пребывания, полустационарные формы, амбулаторное звено), а также дифференцированная оценка показаний для участия в метакогнитивном тренинге в зависимости от параметров социально-когнитивного функционирования и клинических особенностей пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., А.Б. Шмуклер. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера М.: «Медпрактика-М», 2015. 420 с.
2. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. № 2. С. 9–18.
3. Гурович И.Я., Папсуев О.О., Миняйчева М.В., Мовина Л.Г. Социальные когниции при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Доктор.Ру. 2014. № 6–1. С. 81–87.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. М.: Весь Мир, 2001. 215 с.
5. Дорофеева М.В., Петрова Н.Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция // Современная терапия психических расстройств. 2015. № 1. С. 2–9.
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. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д., Миняйчева М.В., Сторожакова Я.А., Лиманкин О.В., Нарышкин А.В., Шейфер М.С., Арбузова Л.А., Буянцева И.Н., Железнякова А.А., Моргунова Ю.Г., Мязина О.Б., Палин А.В. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. № 1. С. 36–44.
8. Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 33–37.

9. Холмогорова А.Б., Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова, А.Б. Шмуклер. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 1. С. 67–77
10. Aghotor J. et al. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy // J. Behav. Therapy Exp. Psychiatry. 2010. Vol. 41. N 3. P. 207–211.
11. Andreasen N.C. Assessment issues and the cost of schizophrenia // Schizophr. Bull. 1991. Vol. 17, N 3. P. 475–481.
12. Balzan R.P. et al. Metacognitive training for patients with schizophrenia: preliminary evidence for a targeted, single-module programme // Aust. NZ J. Psychiatry. 2014. Vol. 48. N 12. P. 1126–1136.
13. Bechi M. et al. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings // Psychiatry Res. 2012. Vol. 198. N 3. P. 371–377
14. Briki M. et al. Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial // Schizophr. Res. 2014. Vol. 157. N 1–3. P. 99–106.
15. Byerly M.J., Nakonezny P.A., Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia // Psychiatr. Clin. North Am. 2007. Vol. 30. N 3. P. 437–452.
16. Eichner C., Berna F. Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators // Schizophr. Bull. 2016. Vol. 42. N 4. P. 952–962.
17. Elkis H. Treatment-resistant schizophrenia // Psychiatr. Clin. North Am. 2007. Vol. 30. N 3. P. 511–533.
18. Favrod J. et al. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia // J. Adv. Nursing. 2011. Vol. 67. N 2. P. 401–407.
19. Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions // Clin. Psychol. Rev. 2007. Vol. 27. N 4. P. 425–457.
20. Freeman D., Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review // Soc. Psychiatr. Psychiatric Epidemiol. 2014. Vol. 49. N 8. P. 1179–1189.
21. Garety P. A. et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // Psychol. Med. 2001. Vol. 31. N 2. P. 189–195.
22. Gurovich I.Y., Papsuev O.O., Shmukler A.B., Movina L.G., Storzohakova Y.A., Kiryanova E.M. Cognitive bias salience in patients with schizophrenia in relation to social functioning: a four-case observation study // PsyCh. J. 2016. Vol. 5. N 1. P. 36–47.
23. Ho B.C. et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 2011. Vol. 68. N 2. P. 128–137.
24. Jääskeläinen E. et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2012. Vol. 39. N 6. P. 1296–1306.
25. Jiang J. et al. Metacognitive training for schizophrenia: a systematic review // Shanghai Arch. Psychiatry. 2015. Vol. 27. N 3. P. 149.
26. Kaney S., Bentall R.P. Persecutory delusions and attributional style // Br. J. Med. Psychol. 1989. Vol. 62. N 2. C. 191–198.
27. Keltzer H., Kostacoglu A. Treatment-resistant schizophrenia // Comprehensive care of schizophrenia: a textbook of clinical management / J.Lieberman, R.Murray (Eds.). London (UK): Martin Dunitz, 2001. P. 181–203.
28. Kumar D. et al. Effect of meta-cognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia // Eur. J. Psychother. Counselling. 2010. Vol. 12. N 2. P. 149–158.
29. Leucht S. et al. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials // Molecular Psychiatry. 2009. Vol. 14. N 4. P. 429.
30. Moritz S. et al. Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia // Schizophr. Res. 2013. Vol. 151. N 1–3. P. 61–69
31. Moritz S. et al. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia // Curr. Opin. Psychiatry. 2010. Vol. 23. N 6. P. 561–569.
32. Moritz S. et al. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia // Clin. Psychol. Rev. 2014. Vol. 34. N 4. C. 358–366.
33. Moritz S. et al. Sustained and “ sleeper ” effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial // Jama Psychiatry. 2014. Vol. 71. N 10. C. 1103–1111.
34. Moritz S., Werner R., Collani G. The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test // Cogn. Neuropsychiatr. 2006. Vol. 11. N 4. P. 402–415.
35. Moritz S., Woodward T. S. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy // Germ. J. Psychiatry. 2007. Vol. 10. N 3. P. 69–78.
36. Moritz S., Woodward T. S., Burlon M. Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT) // Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag, 2005.
37. Pankowski D., Kowalski J., Gawęda L. The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: a narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015 // Psychiatria Polska. 2016. Vol. 50. N 4. P. 787–803
38. Sundag S. Viel Feind – viel Ehr? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Selbstwert und Paranoia bei Schizophrenie [The more enemy, the more honor? An investigation into the relationship between self-esteem and paranoia in schizophrenia]. 2012.
39. Van Oosterhout B. et al. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta-analysis on outcome studies // Psychol. Med. 2016. Vol. 46. N 1. P. 47–57.
40. Woodward T.S., Menon M. Misattribution models (ii): source monitoring in hallucinating schizophrenia subjects // Neurosci. Hallucinat. Springer, New York, NY, 2013. P. 169–184.
41. Wykes T. et al. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34. N 3. P. 523–537.

## **МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

**С.Ю. Кузнецов, М.В. Афан, М.Ю. Кожевникова, Л.Г. Мовина**

В настоящем обзоре проведен анализ российских и зарубежных публикаций, посвященных метакогнитивному тренингу в структуре комплексной психосоциальной терапии пациентов с шизофренией. Обозначена актуальность и эффективность подхода, делающего акцент в

терапии на улучшении социального функционирования, нарушенного в результате дефицита социальных когнитивных функций и метапознания.

**Ключевые слова:** шизофрения, психосоциальная реабилитация, метакогнитивный тренинг.

## **METACOGNITIVE TRAINING: THEORY, PRACTICES, EFFICACY**

**S.Yu. Kuznetsov, M.V. Afyan, M.Yu. Kozhevnikova, L.G. Movina**

This paper focuses on Russian and international publications on metacognitive training as a part of complex psychosocial treatment of patients with schizophrenia. Outlined the value and efficiency of the

approach aiming to improve social functioning deficit via social cognitive and metacognitive enhancement.

**Key words:** schizophrenia, psychosocial rehabilitation, metacognitive training.

**Кузнецов Сергей Юрьевич** – заочный аспирант учебно-методического отдела при ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России, врач психиатр, сотрудник ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина ДЗ г. Москвы»; e-mail: sergey\_y\_kuznetsov@mail.ru

**Афан Мария Валентиновна** – медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б.Ганнушкина ДЗ г. Москвы»; e-mail: ostmariamsu@gmail.com

**Кожевникова Марина Юрьевна** – врач психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева ДЗ г. Москвы»; e-mail: kozh\_marina@mail.ru

**Мовина Лариса Георгиевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра МНИИП – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: movina\_larisa@bk.ru