

РАННИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ – УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

А.В. Палин¹, О.В. Рычкова²

*¹Центр психолого-психотерапевтической помощи ГБУЗ ПКБ № 4
им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ*

*²Московский научно-исследовательского института психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Биопсихосоциальный подход к пониманию генеза и лечению психических расстройств, предложенный в XX веке, изменил взгляд на организацию помощи больным шизофренией; в последние десятилетия такая помощь продолжает стремительно развиваться. Доминировавшие ранее представления о шизофрении как о хроническом, по сути, дегенеративном заболевании, с неизбежным нарастанием симптоматики, дефицитов разного рода, незначительной вероятностью улучшения и, особенно, полного выздоровления, постепенно пересматриваются.

Первая революция в представлениях о шизофрении, ее прогнозе произошла в связи с появлением адекватной психофармакотерапии, которая стала основой лечения психоза. Использование нейролептиков ожидаемо уменьшает интенсивность продуктивных психотических симптомов, служит минимизации риска последующего ухудшения состояния, его хронификации. Альтернативы психофармакотерапии в отношении указанных целей нет. В настоящий период пришел черед изменениям взглядов и практики помощи в отношении негативных симптомов шизофрении.

Актуальность проблемы преодоления негативных симптомов при шизофрении обусловлена их распространенностью, тесной связью с клиническими исходами заболевания [62]. Значительная выраженность негативных симптомов обуславливает низкий уровень функционирования пациентов после выхода из психоза, препятствует их адаптации к социуму, ведет к инвалидизации, ложится тяжелым бременем на семью пациента [50, 65]. Эти симптомы снижают способность больных проживать самостоятельно, выполнять привычные виды деятельности, быть социально активными, поддерживать личные отношения, работать и учиться [23, 67]. Поэтому задача минимизации или профилактики негативных

симптомов высоко актуальна для практики оказания помощи больным шизофренией, значима в настоящий период [54].

Возможности фармакологического воздействия на негативные симптомы шизофрении оцениваются специалистами по-разному. Резистентность негативных симптомов к психофармакотерапии, трудности преодоления негативной симптоматики доказывают широкомасштабные исследования с использованием длительных наблюдений, данные мета-анализов [19, 30, 31, 48]. Нередко указывают на недостаточную эффективность типичных и атипичных нейролептиков для редукции негативной симптоматики и нарушений нейрокогнитивных функций [17, 29, 58, 69]. Авторы одной из публикаций обобщили результаты 168 плацебо-контролируемых исследований с суммарным объемом выборки 6503 пациентов основной и 5815 контрольной группы (плацебо-терапии) и показали, что клинически значимого снижения симптомов не удалось достигнуть с использованием нейролептиков и антидепрессантов второго поколения, иных медикаментозных и психологических вмешательств, включая транскраниальную стимуляцию мозга [29]. Отдельные эффекты купирования негативных симптомов при шизофрении отмечены при добавлении к антипсихотической терапии антидепрессантов [12, 74]. В последние годы получены данные, позволяющие говорить о возможности достижения частичной редукции негативной симптоматики на фоне терапии атипичными антипсихотиками [47, 61].

Отечественные авторы указывают на необходимость применения для преодоления негативных симптомов «... широкого спектра психотропных средств: наряду с обязательно назначаемыми атипичными/традиционными нейролептиками в схему

терапии включаются препараты других психофармакологических классов – антидепрессанты, антиконвульсанты (прегабалин), ноотропы (ноотропил, церебролизин, пантогам актив), транквилизаторы» [6]. Также указывается, что применение антидепрессантов рационально «в качестве дополнительного средства при симптомокомплексах сложной структуры», и они эффективны для «вторичной негативной симптоматики, обусловленной аутохтонными или психогенными (в т.ч. развивающимися вследствие реакции личности на болезнь) депрессивными состояниями» [2]. Очевидно, что свидетельства недостаточности существующей психофармакотерапии требуют дальнейших разработок и являются точкой роста в изучении шизофрении.

Негативные симптомы в современной интерпретации

История становления представлений о негативных симптомах при шизофрении насчитывает более 100 лет, отражена в тематических публикациях [6, 11, 26]. Такое представление изменялось в соответствии с логикой трактовки шизофрении как заболевания. И если в начальный период последнее трактовали как биологическое, нейродегенеративное, негативные симптомы интерпретировались как только нарастающие, непреодолимые. В логике биопсихосоциальной модели генез, по крайней мере, части симптомов, объясняется за счет психологических и социальных влияний, а исход заболевания представляется более оптимистично.

За последние десятилетия взгляды на «persistent», то есть устойчивые к лечению, длительно сохраняющиеся симптомы, изменились вслед за пересмотром представлений о механизмах дефицитов. Традиционное объединение негативных симптомов шизофрении в единую категорию перестало выглядеть убедительным, а совокупность симптомов подверглась анализу с использованием современных методов клинической оценки и статистики. Специалисты Национального института психического здоровья США (NIMH) провели систематический содержательный анализ стойких дефицитов при шизофрении, и на основе консенсуса экспертов создали список основных негативных симптомов [44, 45]. В качестве таковых выделены:

1. Аффективное уплощение («Blunted affect») – снижение силы и диапазона эмоциональных проявлений при вербальном и невербальном общении.

2. Так называемая «алогия» («Alogia») – бедность речи, выражающаяся в снижении речевой инициативы, обеднении содержания высказываний.

3. Мотивационное обеднение («Amotivation») – недостаток инициативы, способности к целеполаганию и следованию цели.

4. Ангедония («Anhedonia») – снижение способности получать удовольствие от деятельности, от отношений (социальная ангедония).

5. Социальное избегание, уклонение («Asociality») – снижение интереса к взаимодействиям с людьми, к поддержанию социальных связей.

Широкомасштабные исследования свидетельствуют о возможности объединения перечисленных пяти симптомов в две группы: отражающих потерю инициативы (п.п. 1 и 2) и нарушений, касающихся социальной активности, взаимодействия с сообществом (п.п. 3–5) [42, 53]. DSM-5 также обозначает «два отрицательных симптома, которые особенно заметны при шизофрении: снижение эмоциональной экспрессии и безволие» [25]. Заметим, что укрупнять группы симптомов стремятся не все авторы, некоторые последовательно придерживаются 5-факторной модели негативных расстройств при шизофрении, приводят в ее пользу аргументы в виде данных сетевого анализа результатов клинических замеров [76, 77].

Оформилась также модель, разделяющая негативные симптомы по механизму их генеза на первичные и вторичные. Первичные непосредственно связаны с шизофреническим процессом [72], в их основе лежит нейробиологический субстрат [9], включают они волевые и мотивационные нарушения, абулию и апатию [19, 30, 31, 46]. Вторичные негативные симптомы вызваны иными факторами: влиянием позитивных симптомов на поведение больного, депрессией, побочными эффектами лекарств, социальной депривацией или употреблением психоактивных веществ [46, 59].

Необходимость разграничения первичных и вторичных негативных симптомов мотивирована их различающимся терапевтическим значением: в то время как вторичные негативные симптомы могут быть улучшены путем устранения основной причины, первичные стойко сохраняются, несмотря на лечение и иные воздействия [59]. Представляют интерес модели, объясняющие как минимум часть проявлений вторичных негативных симптомов действием механизмов психологической защиты, позволяющих пациентам уклониться от требующего напряжения и чреватого негативными результатами социального взаимодействия, снизить уровень стресса [13, 68]. Очевидно, что механизмы развития негативных симптомов являются многофакторными, включая кроме нейробиологических, субстратных, психологические, социальные влияния. Поэтому помощь пациентам предполагает выход за пределы психофармакотерапии, построение программ психосоциальной поддержки, психотерапии, реабилитации.

В публикациях отечественных авторов также содержатся указания на неоднородность негативных симптомов, предлагаются термины «вторичная негативная» или «паранегативная симптоматика», с указанием на ее обратимость и особый генез (связь с неполной редукцией продуктивной симптоматики, явлениями госпитализма, депрессией и нежелатель-

ными эффектами терапии) [3]. Некоторые авторы вводят оригинальные концепты, как например, понятие «стойкого первичного негативного расстройства» [4], в структуре которого выделены компоненты, обозначенные у зарубежных исследователей («эмоциональный дефицит, обеднение речи, сужение интересов, снижение целенаправленности, дефицит социальной активности»). Прогностическая оценка пациентов, имеющих признаки указанного расстройства скорее пессимистична: «центральное ядро личности больного шизофренией не может длительно самостоятельно удерживать достигнутый в оптимальных условиях уровень адаптации и нуждается в постоянной внешней поддерживающей системе, которая предполагает регулярный контакт с врачом, цикличные реабилитационные мероприятия ...» [4].

Возможности коррекционных программ в преодолении негативных симптомов

Разработкой первых коррекционных программ для преодоления различных дефицитов больных шизофренией мы обязаны двум направлениям: нейрокогнитивной коррекции и поведенческой психотерапии. Первое направление выросло из концепции нейрокогнитивного дефицита, которая оформилась уже почти полвека назад и на рубеже веков укрепилась до такой степени, что нейрокогнитивный дефицит предлагали выделять в качестве «третьей ключевой группы симптомов», наряду с позитивными и негативными расстройствами [52]. Идея о парциальных, своеобразных нарушениях когнитивных процессов (темпа и динамики, параметров внимания, разных видов памяти, процессов планирования и контроля деятельности, иногда и перцептивных действий) при шизофрении вела исследователей на протяжении многих лет, породила неисчислимое количество эмпирических работ. Генез нейрокогнитивного дефицита трактовался в русле гипотезы о «нейротоксичности» шизофрении [55, 81], и его проявления находили у давно болеющих пациентов с преобладанием негативных симптомов. По мере появления новых данных о дефицитах когнитивных процессов, о структурно-функциональных нарушениях мозга при шизофрении были установлены значительные когнитивные дефициты у впервые заболевших шизофренией пациентов; укрепилась идея относить такие дефициты к этиопатогенетическим основам шизофрении, расценивать как генетические маркеры риска развития шизофрении [75]. И хотя на сегодняшний день вопрос о мозговых основах нейрокогнитивного дефицита остается открытым [9], признается, что они наряду с негативными симптомами вносят приоритетный вклад в нарушения социального функционирования пациентов [42].

Важно, что указанное направление реорганизовало помощь пациентам: были предложены многочисленные программы нейрокогнитивной коррекции, такие как «Cognitive remediation therapy» – CRT [37],

«Cognitive Enhancement Therapy» – CET [40]. В настоящее время когнитивная коррекция стала общепризнанным вариантом психологических интервенций для больных шизофренией; она включается в планы широких реабилитационных программ повсеместно, имея целью воздействие насобственно когнитивные процессы и социальное функционирование, активно использует новые компьютерные технологии [8].

Обширные мета-анализы свидетельствуют, что есть пусть и небольшие, но отчетливые влияния когнитивной коррекции на негативные симптомы при шизофрении [18]. Механизм такого влияния не вполне ясен, требует дальнейшего изучения. Доказано значение времени применения программ: более отчетливое позитивное влияние когнитивной коррекции на социальное функционирование и на негативные симптомы отмечено при проведении вмешательств на ранних этапах заболевания [80]. Значение ранних вмешательств обусловлено тем, что с каждым последующим эпизодом психоза возрастает резистентность пациента ко всем видам воздействий, как фармакологическим, так и психологическим [28].

Параллельно развивались программы, направленные на улучшение социального поведения пациентов с шизофренией – тренинги социальных навыков («social skills training»). За последние 50 лет создано, апробировано и оценено большое число программ, многие из которых доказали свою эффективность, прочно вошли в арсенал используемых при реабилитации технологий. Разработанные авторами разных стран и теоретических ориентаций, тренинги социальных навыков имеют значимые общие черты: подобный тренинг всегда представляет собой структурированную обучающую программу, где мишенями воздействия становятся более или менее широкие наборы навыков социального поведения (коммуникативные, совладания со стрессом, уверенного поведения, иные). Поведенческие программы получили новый импульс к развитию после появления концепции, обозначившей принципиальными для шизофрении нарушениями не только когнитивных процессов, но сопряженных с социальным познанием («social cognition») [75]. Благодаря влиянию этой концепции, поведенческие интервенции дополнились специализированными, нацеленными на коррекцию когнитивных процессов, причастных к познанию социальных объектов. Так возникли тренинги распознавания эмоций [78, 82], тренинги социального познания и навыков [56, 63, 75], улучшения социального функционирования больных [21]. Широкое признание специалистов получили модульные программы, ставящие задачу улучшения и когнитивных процессов, и социального познания, и поведения, такие как психологическая интегративная терапия [15, 71], программа тренировки когнитивных и социальных навыков – ТКШ у больных шизофренией [7].

Поскольку обучение социальным навыкам затруднено из-за когнитивных нарушений у лиц с шизофренией, интеграция технологий коррекции когнитивных способностей и социальных когниций и навыков у пациентов с шизофренией выглядит не только убедительной, но и необходимой [16, 32, 71]. Эффекты предлагаемых программ подтверждаются при использовании технологий современной нейронауки [66] и демонстрируют, как параллельно с ростом эффективности социального познания у пациентов повышаются качество жизни, уровень социальной адаптации, уменьшается вероятность рецидива [51], возрастает мотивация к лечению, уровень самоуважения и удовлетворенности жизнью [35].

Данные многих исследований свидетельствуют, что проблемы с психосоциальным функционированием, стоящие за ними недостаточные социальные навыки, наблюдаются у больных шизофренией до начала заболевания и в отсутствие специальной работы стойко сохраняются либо усугубляются в дальнейшем [20, 60]. Причем если возможности преодоления когнитивного дефицита при психозе ограничены [18, 70], то обучение социальным навыкам имеет большие перспективы, именно оно содействует преодолению негативных симптомов [78].

Получены свидетельства эффективности сочетания в программах реабилитации направленных на когнитивную и на личностную сферу технологий, где в качестве последних могут использоваться арт-терапевтические методы или работа по восстановлению идентичности [38, 41]. Вносит вклад и когнитивная психотерапия, позволяющая обнаружить и преодолеть дезадаптивные убеждения пациентов в отношении себя, своего заболевания, защитные стратегии, усугубляющие проблемы [64, 68]. Многообещающими представляются технологии, развивающие когнитивный контроль над эмоциями и фокусирующиеся на преодолении дефицита удовольствия и мотивации при шизофрении [49].

Обилие инструментария психологической коррекции имеет как отрицательные, так и положительные стороны. Трудности сопоставления программ и выбора оптимальной для конкретного пациента программы уравниваются широким арсеналом используемых средств, а весьма неплохая эффективность многих интервенций, доказанная в эмпирических исследованиях, говорит о высоком потенциале развития данного направления психотерапевтической и коррекционной работы.

Модели развития негативных симптомов

В литературе приводятся аргументированные, подтвержденные данными нейровизуализационных исследований модели развития негативных симптомов с опорой на мозговые механизмы. Один из выпусков журнала «European Neuropsychopharmacology» в 2014 году был полностью посвящен последним открытиям патологии головного мозга,

связанной с негативными симптомами при шизофрении. Суммированные в публикациях данные свидетельствуют, что число отделов мозга, причастных к негативным симптомам, весьма велико. Установлен широкий круг мозговых изменений при шизофрении: от дисфункции лобно-кортикально-височных сетей, до нарушений корково-подкорковых взаимодействий, вовлечения структур таламуса, миндалин, отделов теменной коры [57]. Но именно большой объем затронутых областей мозга позволяет утверждать, что негативные симптомы есть результат не очерченных, локализованных мозговых повреждений, но скорее отражают аномалии нейронных сетей. Последние можно объяснить последствиями депривации, неверного научения, отказа от активности любой природы, в том числе вследствие защитной стратегии, выбранной пациентом.

В такой логике рассуждают психологически и психотерапевтически ориентированные авторы. Так, А.Бек и соавт. утверждают, что на ранних стадиях психоза негативные симптомы могут формироваться как механизм психологической защиты [13, 36]. В случае, если внешние социальные или психологические стимулы чрезмерны для субъекта, не имеющего ресурсов справиться с ними, человек уклоняется от встречи с такими стимулами, тем самым получая облегчение. По механизмам научения происходит закрепление подобной тактики избегания, пассивности, отказа, и социальная изоляция, апатия, декларируемое негативное отношение, отвращение к окружающему, отказ от стимулов становятся предпочитаемыми или единственными стратегиями пациента. В дальнейшем изменение устоявшегося стереотипа отказа от активности становится сложным для пациентов. Всякая попытка преодолеть пассивность ведет к риску неудачи – в связи с утратой за период пассивности необходимых навыков коммуникации, сотрудничества, планирования действий или иных. Такая неудача рождает страх будущих неудач и блокирует попытки деятельности в дальнейшем. Возникает «порочный круг» взаимодействий, закрепляющий отказ от активности [34, 36].

Ангедония (симптом в структуре негативной симптоматики при шизофрении) исследователями определена как следствие генетически предопределенных изменений в нейротрансмиттерных системах, приводящих к сбою в мозговой системе вознаграждения [27]. Полученные данные свидетельствуют о преимущественных нарушениях у пациентов с шизофренией способности предвидеть, предвосхищать удовольствие (так называется антиципационная ангедония) при относительно сохранной способности переживать удовольствие (консуматорная ангедония) [33, 39]. Этот дефицит свидетельствует о связи мотивационных и эмоциональных нарушений с когнитивными (напр., эпизодической памяти) и также приводит к отказу больного с шизофренией от активности. Объясняется это следующим меха-

низмом: у пациента заранее, до начала деятельности или общения, возникает убеждение, что в таких действиях нет смысла, что они никак не помогут ему пережить позитивные чувства. Заметим, что в случае, когда пациент по каким-либо причинам (пусть и внешним) вступает в контакт с человеком или начинает активность, он вполне способен переживать удовольствие от процесса или результата.

Еще одним механизмом социального отказа, избегания у пациентов с шизофренией становится интернализованная стигма – отражение в сознании пациента, усвоение им представление о себе как об ущербном, дефицитарном, человеке «второго сорта»; собственно это и является сутью стигматизации [24]. Социальное по своей природе явление – стигма, легко интериоризируется, переносится во внутренний план и становится основой представления пациента о себе, своих возможностях, ограничениях. Этому сопутствуют тяжелые чувства ущербности, стыда, с изменениями в поведении – отказом от активного взаимодействия с психически здоровыми людьми, от самопрезентации, готовность объединиться с группой психически больных. Подобный психологический вред, нанесенный пациенту стигмой, закрепляет неэффективные стратегии поведения, усугубляя проявления негативных симптомов. Понятно, что противодействие стигматизации становится значимым протективным фактором для личности пациента, предупредит углубление личностного снижения [14].

Аргументы в пользу раннего начала психосоциальной реабилитации

Появление психотических симптомов в период обострения заболевания неизбежно ведет к дезорганизации психической деятельности, к утрате стройности и строгости мышления, нарушениям внимания, темпа и динамики психических процессов, нецеленаправленности. Для пациентов, находящихся в подостром состоянии, типичны мучительные переживания психофизического дискомфорта (от симптомов, побочных эффектов медикаментов), восприятие себя как неадекватного, несостоятельного. После редукции проявлений острого психоза, продуктивных симптомов, широко распространены проявления постпсихотической астении, постпсихотической депрессии; последняя есть распространенное клиническое состояние при расстройствах шизофренического спектра [22, 79]. В психиатрическом отделении, в условиях ограничительной среды, на фоне интенсивной психофармакотерапии, как внешние влияния, так и динамика психического состояния приводят к отказу пациента от активности, любого, в том числе связанного с деятельностью или общением напряжения, к пассивно-подчиняемому поведению. Таким образом, перенесенное обострение заболевания создает опасность восприятия пациентом пассивности как хорошей, полезной

альтернативы острому психотическому состоянию, тем более, что в практике рутинной психиатрической помощи возможностей проявления конструктивной активности у больных нет. Закрепление проявлений госпитализма, паттернов пассивного, избегающего поведения происходит достаточно быстро в ситуации высокой нуждаемости психотического пациента во внешней помощи, зависимости его от внешних влияний. И тогда участие в структурированной и правильно организованной тренинговой работе становится той (возможно единственной) формой поведения, которая, с одной стороны, противостоит хаосу психотического поведения, с другой – пассивности пациента в постпсихотический период.

Как отмечено выше, ключевыми нарушениями при шизофрении являются расстройства социального познания и социального же поведения. И любые мероприятия, предполагающие включение пациентов в комфортные, поддерживающие, развивающие просоциальную направленность и восстанавливающие социальные навыки взаимодействия, будут позитивными. Важны и принципы организации тренингов, когда обучение минимизирует ошибки при выполнении заданий, неуспех, а опыт успеха формирует столь важное для больного чувство самоэффективности [43].

Еще один аргумент в пользу раннего начала восстановительной работы дает открытие дефицита антиципационной способности, вследствие чего у пациентов страдает не столько способность испытывать удовольствие, сколько ожидание, предчувствие этого удовольствия, что уже указано выше. При невозможности прогнозировать приятные ощущения умеренные, дозированные нагрузки, мероприятия, пробуждающие активность и порождающие пусть скромные, но переживания удовольствия, комфорта, интереса (что наблюдается у больных во время тренинговых сессий), становятся способом наглядного убеждения пациентов в сохраняющейся способности получать удовольствие от жизни. И такие непосредственные впечатления весомее, нежели любые вербальные рекомендации, советы и «рецепты» получения радости от жизни. Кроме того, участие в удовлетворяющей пациентов, приятной деятельности заметно повышает мотивацию к участию в дальнейшей реабилитационной работе [5].

Немаловажным аргументом в пользу вмешательства на стационарном этапе представляется организационный. В условиях российской практики психиатрической помощи пациентам с шизофренией наиболее ресурсно-оснащенными являются стационарные учреждения. Амбулаторная служба помощи психически больным в нашей стране всегда рассматривалась как дополнение, расширение стационарной¹. Поэтому логично психиатрическую помощь

¹ Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статьи.

сделать максимально эффективной, используя имеющиеся ресурсы психиатрического стационара, в том числе для осуществления реабилитационных, психосоциальных мероприятий.

Проблема стигматизации и самостигматизации пациентов также оптимальным образом решается при ранней стационарной реабилитационной работе. При проведении тренинговых занятий пациент находится в группе, состоящей из других больных, а внимание ведущего (или терапевтов) направлено на пациентов. Такая ролевая позиция в значительной степени уменьшает ощущение собственной «особости», неадекватности, повышает у больных ощущение своей ценности. Любой успех, похвала, достижение ведут к росту чувства самоэффективности, предупреждая катастрофическое снижение самооценки, типичное для больных после обострения психоза. Активное групповое взаимодействие направлено и против саморазрушительных негативных мыслей, которые препятствуют участию в социальных действиях (мыслях, связанных с ощущением собственной ненужности, неинтересности, ущербности). Ранее ведущими отечественными специалистами была сформулирована концепция берегающе-превентивной реабилитации, которая предполагала «отодвинуть возможно дальше от начала заболевания существование больных в условиях социальной адаптации, ограниченного социального функционирования и неудовлетворительного качества жизни» для уменьшения их негативного влияния на поведение и личность пациента [1].

И, наконец, нельзя забывать, что тренинговые мероприятия позволяют пациенту заранее, до выхода в «большую жизнь», проиграть ситуации, для него актуальные и сложные, как, например, взаимодействие с членами семьи, ранее отличавшиеся конфликтностью, высоким уровнем непонимания, ситуации знакомства, трудоустройства, неформального или формализованного общения, иные. Пациент загодя оснащается новыми навыками, необходимыми в

жизни, а выход за пределы стационара осуществляется экологичным способом.

Завершить высказанные нами аргументы в пользу раннего доступа к реабилитационным вмешательствам стоит ссылкой на общие закономерности, сформулированные экспертами ВОЗ, по мнению которых улучшение функциональных результатов обусловлено именно ранним вмешательством, а обеспечение доступности реабилитации может «сократить расходы на здравоохранение за счет сокращения госпитализаций, снижения ограничений активности и улучшения качества жизни» [83].

Реализация модели раннего стационарного вмешательства

В условиях ГБУЗ ПКБ №4 ДЗ г.Москвы в рамках реформирования психиатрической службы был создан центр психолого-психотерапевтической помощи, что позволило концентрировать ресурсы специалистов, осуществляющих психосоциальную реабилитацию: врачей-психиатров и психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников. Были разработаны, апробированы разные виды помощи для психически больных, в том числе для больных шизофренией. В числе программ, доступных пациентам на этапе стационара, психообразовательные занятия, тренинги бытовых навыков, социальных навыков, арт-терапевтические и музыкально-терапевтические мероприятия, танцевально-двигательная терапия, мотивационные тренинги для больных с шизофренией и для пациентов с коморбидными расстройствами.

В настоящее время проводится исследование с целью определения возможностей, сложностей и оценки непосредственных и отсроченных эффектов интервенций, осуществленных на раннем стационарном этапе, в том числе в виде повышения мотивации на дальнейшее участие в реабилитационной работе, формирования релевантных социальному восстановлению стратегий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. Берегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 5–9
2. Данилов Д.С. Современные психофармакотерапевтические подходы к коррекции негативных расстройств у больных шизофренией // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2014. № 3. С. 69–79.
3. Зинчук М.С. Негативные расстройства и качество жизни больных шизофренией: клинический, адаптационный и терапевтический аспекты. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Томск, 2013.
4. Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Бурминский Д.С. Динамика выраженности стойкого первичного негативного расстройства у больных приступообразной шизофренией // Психиатрия. 2015. № 3. С. 5–15.
5. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т.24, №4. С.31–36.
6. Смулевич А.Б., Романов А.В., Воронова Е.И., Мухорина А.К., Читлова В.В., Сорокина О.Ю. Эволюция учения о шизофреническом дефекте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2017. № 9. С.4–14.
7. 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. Т.17, №4. С. 67–78.
8. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. Изд-во «ФОРУМ». 2015. 288 с.
9. Шмуклер А.Б. Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 86–95.
10. Arango C., Garibaldi G., Marder S.R. Pharmacological approaches to treating negative symptoms: A review of clinical trials. Sch. Res. 2013. Vol.150. P.346–352.
11. Azorin J.M., Belzeaux R., Adida M. Negative Symptoms in Schizophrenia: Where We have been and Where We are Heading. // CNS Neurosci. Ther. 2014. Vol.20, №9. P.801–808.
12. Barnes T., Leeson V., Paton C. et al. Long-Term Antidepressant Treatment for Negative Symptoms in Schizophrenia: The ACTIONS Study // Sch. Bull. 2017. Vol. 43, №1. P.214–215.
13. Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P.M. Schizophrenia: Cognitive

- theory, research, and therapy. New York: The Guilford Press, 2009.
14. Boyd J.E., Emerald P.A., Otilingam P.G., Peters T. Internalized stigma of mental illness (ISM) scale: A multinational review. // *Compr. Psychiatry*. 2014. Vol. 55. P.221–231.
 15. Brenner H., Hodel B., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia // *Sch. Bull.* 1992. Vol.18, №1. P.21–26.
 16. Bucci P., Piegari G., Mucci A. et al. Neurocognitive individualized training versus social skills individualized training: a randomized trial in patients with schizophrenia // *Sch. Res.* 2013. Vol.150. P.69–75.
 17. Buckley P.F., Stahl S.M. Pharmacological treatment of negative symptoms of schizophrenia: therapeutic opportunity or cul-de-sac? // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. Vol.115, № 2. P. 93–100.
 18. 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.
 19. Chang W., Hui C.L., Tang J.Y. et al. Persistent negative symptoms in first-episode schizophrenia: a prospective three-year follow-up study // *Sch. Res.* 2011. Vol.133. P.22–28.
 20. Chien W.T., Leung S.F., Yeung F.K. et al. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2013. Vol.9. P.1463–1481.
 21. Choi K.H., Kwon J.H. The effectiveness of social-cognition enhancement training (SCET) for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Comm. Ment. Health J.* 2006. Vol.42, №2. P.177–187.
 22. Conley R.R., Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D.E., Kinon B.J. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia // *Sch. Res.* 2007. Vol.90. P.186–197.
 23. Corcoran C., Kimhy D., Parrilla-Escobar M. et al. The relationship of social function to depressive and negative symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis // *Psychol. Med.* 2011. Vol. 41. P.251–261.
 24. Corrigan P.W., Watson A.C. The paradox of self-stigma and mental illness // *Clin. Psychology: Science and Practice*. 2002. Vol.9. P.35–53.
 25. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
 26. Dollfus S., Lyne J. Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia // *Sch. Res.* 2017. Vol.186. P.3–7.
 27. Eisenberger N.I., Berkman E.T., Inagaki T.K. et al. Inflammation-induced anhedonia: endotoxin reduces ventral striatum responses to reward // *Biol Psychiatry*. 2010. Vol.68. P.748–754.
 28. Emsley R., Chiliza B., Asmal R., Harvey B.H. The nature of relapse in schizophrenia. // *BMC Psychiatry*. 2013. Vol.13. P.50.
 29. Fusar-Poli P., Papanastasiou E., Stahl D. et al. Treatments of Negative Symptoms in Schizophrenia: Meta-Analysis of 168 Randomized Placebo-Controlled Trials // *Sch. Bull.* 2015. Vol. 41, №4. P.892–899.
 30. Galderisi S., Bucci P., Mucci A. et al. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome // *Sch. Res.* 2013. Vol.147, №1. P.157–162.
 31. Galderisi S., Mucci A., Buchanan R.W., Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. // *Lancet Psychiatry*. 2018, Vol. 5, №8. P.664–677.
 32. Galderisi S., Piegari G., Mucci A. et al. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2010. Vol.260. P.305–315.
 33. Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure // *Sch. Res.* 2007. Vol.93. P.253–260.
 34. Granholm E., Ben-Zeev D., Link P.C. Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia // *Sch. Bull.* 2009. Vol.35. P.874–883.
 35. Granholm E., Holden J., Link P., McQuaid J., Jeste D. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Older Consumers With Schizophrenia: Defeatist Performance Attitudes and Functional Outcome // *Am. J. Geriatric Psychiatry*. 2013. Vol. 21, №3. P.251–262.
 36. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia // *Sch. Bull.* 2009. Vol.35. P.798–806.
 37. Green M. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? // *Am. J. Psychiatry*. 1993. Vol.150. P. 178–187.
 38. Hamm J., Hasson-Ohayon I., Kukla M., Lysaker P. Individual psychotherapy for schizophrenia: trends and developments in the wake of the recovery movement. // *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2013. Vol.6. P. 45–54.
 39. Heerey E.A., Gold J.M. Patients with schizophrenia demonstrate dissociation between affective experience and motivated behavior // *J. Abnorm. Psychol.* 2007. Vol.116. P.268–278.
 40. Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004. Vol.61. P.866–876.
 41. Isserow J. Looking together: Joint attention in art therapy. // *Int. J. Art. Therapy. Inscape*. 2008. Vol.13, №1. P.34–42.
 42. Kaneko K. Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning // *Yonago Acta Medica*. 2018. Vol.61. № 2. P. 91–102.
 43. Kern R.S., Green M.F., Mitchell S. et al. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. 2005. Vol. 162. P. 513–519.
 44. Kirkpatrick B., Buchanan R.W., McKenney P.D., Alphas L.D., Carpenter W.T. The schedule for the deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 1989. Vol.30, №2. P.119–123.
 45. Kirkpatrick B., Fenton W., Carpenter W., Marder S. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms // *Sch. Bull.* 2006. Vol.32, №2. P.214–219.
 46. Kirschner M., Aleman A., Kaiser S. Secondary negative symptoms - A review of mechanisms, assessment and treatment // *Sch. Res.* 2017. Vol.186. P.29–38.
 47. Krause M., Zhu Y., Huhn M., Schneider-Thoma J. et al. Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta-analysis // *Eur. Arch Psychiatr. Clin. Neurosci.* 2018. Vol.268. P.625–639.
 48. Kreyenbuhl J., Buchanan R.W., Dickerson F.B., Dixon L.B. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations // *Sch. Bull.* 2010. Vol. 36. P.94–103.
 49. Kring A.M., Caponigro J.M. Emotion in schizophrenia: Where feeling meets thinking // *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 2010. Vol. 19. P.255–259.
 50. Kurtz M.M., Moberg P.J., Ragland J.D., Gur R.C., Gur R.E. Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: A 1- and 4-year prospective study // *Sch. Bull.* 2005. Vol.31, №1. P.167–174.
 51. Kurtz M.M., Mueser K.T. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008. Vol.76. P.491–504.
 52. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? // *Rev. Psychiatr. Neurosci.* 2004. Vol. 29, №2. P. 102–113.
 53. Liemburg E., Castelein S., Stewart R. et al. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. Two subdomains of negative symptoms in psychotic disorders: established and confirmed in two large cohorts. // *J. Psychiatr. Res.* 2013. Vol.47, №6. P.718–725.
 54. Lutgens D., Lepage M., Manchanda R., Malla A. Persistent negative symptoms in schizophrenia: survey of Canadian psychiatrists. // *Intern Psychiatry*. 2013. Vol.10, №3. P. 69–72.
 55. Mathalon D., Rapoport J., Davis K., Krystal J. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003. Vol.60, №8. P.846–848.
 56. McQuaid J., Granholm E., McClure F., Roepke S. et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia // *J. Psychother. Pract. Res.* 2000. Vol. 9, №3. P.149–156.
 57. Millan M.J., Fone K., Steckler T., Horan W.P. Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment // *Eur. Neuropsychopharm.* 2014. Vol.24, №5. P.645–692.
 58. Moller H.J., Czobor P. Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2015. Vol. 265, №7. P. 567–578.
 59. Mucci A., Merlotti E., Üçok A., Aleman A., Galderisi S. Primary and persistent negative symptoms: Concepts, assessments and neurobiological bases // *Sch. Res.* 2017. Vol.186. P.19–28.
 60. Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L. et al. Psychosocial treatments for schizophrenia. // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2013. Vol.9. P.465–497.
 61. Nemeth G., Laszlovszky I., Czobor P. et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial // *Lancet*. 2017. Vol. 389. P. 1103–1113.
 62. Patel R., Jayatilleke N., Broadbent M. et al. Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method // *BMJ Open*. 2015. Vol.5, N9. e007619.
 63. Penn D., Roberts D., Combs D., Sterne A. Best Practices: The Development of the Social Cognition and Interaction Training Program for Schizophrenia Spectrum Disorders // *Psychiat. Services*. 2007. Vol.58, N4. P. 449–451.
 64. Perivoliotis D., Cather C. Cognitive behavioral therapy of negative symptoms // *J. Clin. Psychol.* 2009. Vol.65. P.815–830.
 65. Perlick D., Rosenheck R., Kaczynski R. et al. Special section on CATIE baseline data: components and correlates of family burden in schizophrenia // *Psychiatric Services*. 2006. Vol.57. P.1117–1125.
 66. Popova P., Popov T., Wienbruch C. et al. Changing facial affect recognition in schizophrenia: Effects of training on brain dynamics // *NeuroImage: Clinical*. 2014. Vol.6. P.156–165.

67. Rabinowitz J., Levine S.Z., Garibaldi G. et al. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIE data // *Sch. Resear.* 2012. Vol. 137m, N1–3. P.147–150.
68. Rector N.A., Beck A.T., Stolar N. The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective // *Can. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 50. P.247–257.
69. Remington G., Foussias G., Fervaha G. et al. Treating negative symptoms in schizophrenia: an update // *Curr. Treat. Options Psychiatry.* 2016. Vol. 3. P. 133–150.
70. Revell E.R., Neill J.C., Harte M., Khan Z., Drake R.J. A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia // *Sch. Res.* 2015. Vol. 168, N1–2. P.213–222.
71. Roder V., Mueller D., Mueser K., Brenner H. Integrated psychological therapy for schizophrenia: Is it effective? // *Sch. Bull.* 2006. Vol. 32, N1. P.81–93.
72. Sarkar S., Hillner K., Velligan D.I. Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia // *World J. Psychiatr.* 2015. Vol. 5, N4. P. 352–361.
73. Silverstein S.M., Spaulding W.D., Menditto A.A. et al. Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia // *Sch. Bull.* 2009. Vol. 35. P.222–232.
74. Singh S.P., Singh V., Kar N., Chan K. Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis // *Br. J. Psychiatry.* 2010. Vol. 197, N3. P.174–179.
75. *Social Cognition and Schizophrenia* // P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds). – APA, Wash. 2001. 327 p.
76. Strauss G.P., Esfahlani F.Z., Galderisi S. et al. Network Analysis Reveals the Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia. // *Sch. Bull.* 2019. Vol. 45, N5. P.1033–1041.
77. Strauss G.P., Nuñez A., Ahmed A.O. et al. The Latent Structure of Negative Symptoms in Schizophrenia // *JAMA Psychiatry.* 2018. Vol. 75, N12. P.1271–1279.
78. Turner D.T., McGlanaghy E., Cuijpers P. et al. Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis // *Sch. Bull.* 2018. Vol. 44, N3. P.475–491.
79. Uptegrove R., Birchwood M., Ross K. et al. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* 2010. Vol. 122. P.211–218.
80. Ventura J., Subotnik K.L., Gretchen-Doorly D., Casaus L., Boucher M., Medalia A., Bell M.D., Helleman G.S., Nuechterlein K.H. Cognitive remediation can improve negative symptoms and social functioning in first-episode schizophrenia: A randomized controlled trial. // *Sch. Res.* 2019. Vol. 203. P.24–31.
81. Weinberger D., McClure R. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002. Vol. 59, N6. P.553–558.
82. Wölwer W., Frommann N. Social-cognitive remediation in schizophrenia: generalization of effects of the Training of Affect Recognition (TAR) // *Sch. Bull.* 2011. Vol. 37, N2. P.63–70.
83. *World Report on Disability.* Geneva: World-Health-Organisation. 2011

РАННИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ – УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

А.В. Палин, О.В. Рычкова

Психосоциальная реабилитация в психиатрии, приобретая все большее значение и признание, порождает вопросы и дискуссии. Одним из таких дискуссионных вопросов является соотношение (временное, организационное) реабилитации с психофармакотерапией, особенно для пациентов с психозами при расстройствах шизофренического спектра, что требует научной оценки, рефлексии и практического изучения.

Целью статьи является теоретическое рассмотрение возможностей раннего, осуществляемого на стационарном этапе, начала реабилитационных мероприятий, обоснование их в качестве необходимого условия дальнейшей лечебно-реабилитационной работы по восстановлению

пациента после психоза.

Выводы. Реабилитация пациентов с расстройствами шизофренического спектра требует специализированных мероприятий уже в ранний период, на этапе стационарного лечения психоза. Ранние интервенции обеспечивают формирование мотивации к дальнейшему прохождению реабилитации, предупреждают самостигматизацию, вторичные негативные симптомы, поддерживают активную, конструктивную (субъективную) позицию пациента по отношению к своему заболеванию.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, расстройства шизофренического спектра, негативные симптомы, социальные навыки.

EARLY PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS AS A CONDITION FOR EFFECTIVE TREATMENT AND REHABILITATION

A.V. Palin, O.V. Rychkova

The role of psychosocial rehabilitation in psychiatry is gaining recognition though this field still has a number of challenges and questions. Among them are temporal and organizational aspects of rehabilitation in connection with psychopharmacotherapy, especially for psychotic patients with schizophrenia spectrum disorder. This issue requires scientific evaluation, reflection and practical investigation.

Goal: Theoretical analysis of the opportunities for an early start of rehabilitation during the in-patient treatment phase, elaboration of grounds for such an early start of rehabilitation as an essential condition for patient's

successful recovery after psychosis.

Conclusions of theoretical analysis: Rehabilitation of patients with schizophrenia spectrum disorder requires special interventions in early phase, as soon as the patient is free of psychosis. Early interventions stimulate development of motivation for further rehabilitation and support patient's active and constructive attitude towards his disorder.

Key words: psychosocial rehabilitation, schizophrenia spectrum disorder, motivation, negative symptoms

Палин Александр Васильевич – заведующий центром психолого-психотерапевтической помощи ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б.Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы; e-mail: ravelpalin@yandex.ru

Рычкова Ольга Валентиновна – доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; профессор ФГБОУ ВО Московского государственного психолого-педагогического университета; e-mail: rychkova@bk.ru