

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ ПАТОГЕНЕЗА ШИЗОФРЕНИИ

Д.Ю. Коломыцев, Д.В. Сараханова, Г.М. Усов

*ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

В патогенезе шизофрении основополагающую роль играют нейробиологические факторы, а приоритетным направлением ее лечения является антипсихотическая терапия [9, 10, 78, 88]. Тем не менее клиническое многообразие шизофрении вряд ли может быть сведено к нейробиологическим механизмам, а для полноценного понимания ее патогенеза по-прежнему актуален мультидисциплинарный биопсихосоциальный подход [11]. Несмотря на это, психологические процессы, принимающие участие в патогенезе шизофрении и взаимодействующие с биологическими и социальными факторами, не находятся в фокусе внимания исследователей [69].

На сегодняшний день, концептуализация роли психологических процессов в патогенезе шизофрении может быть условно рассмотрена с трех различных сторон.

1. Симптомы заболевания встраиваются в психическое функционирование человека и меняют его. Обычно психотравмирующий аспект психоза ускользает от психиатрического анализа, а возникающие посттравматические проявления зачастую не отделяются от собственной клиники заболевания [3], хотя влияют на его прогноз [5]. Тем не менее, опыт психоза является не только психотравмирующим, но и экзистенциальным, приводящим к крушению мировоззрения [4].

2. Особенности психологического функционирования влияют на возникновение и устойчивость симптоматики [59, 81, 107]. Первичные симптомы заболевания могут вызывать каскады вторичных проявлений в психологическом функционировании, которые, в свою очередь, могут поддерживать существование первичных симптомов, образуя «порочные круги».

3. Особая внутренняя картина болезни, характерная для шизофрении, приводит к дезадаптивным копинг-стратегиям, обуславливает недостаточную критичность и самостигматизацию пациентов [7]. Традиционно, основное внимание исследователей

уделяется внешней стигматизации, хотя в последние годы было показано не менее значимое деструктивное влияние самостигматизации на адаптацию больных шизофренией [1].

В практическом смысле когнитивное и социальное функционирование и качество жизни пациента нуждаются в специальной трансдиагностической оценке, необходимой для реализации комплексного и персонализированного подхода [75]. Однако анализ мировой практики показывает, что в большинстве случаев ведение пациентов с первичными психозами носит стереотипный характер и сводится к назначению антипсихотиков с игнорированием психологических аспектов патогенеза. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) используется редко, несмотря на ее подтвержденную эффективность [76]. Все это свидетельствует о недостаточной изученности психологических аспектов патогенеза шизофрении как в теоретическом, так и в практическом плане.

Настоящий обзор посвящен метакогнитивному подходу к пониманию психологии шизофрении и перспективам применения методов психологической коррекции, носящих метакогнитивную направленность, в комплексной терапии больных шизофренией. Результаты многих исследований указывают на значимую роль нарушений метакогнитивного функционирования в патогенезе шизофрении, что может быть использовано при разработке новых методов психотерапевтического лечения данного заболевания [59].

Метапознание: определение и аспекты

Понятие «метакогниция» (метапознание) впервые ввел James Flavell в 1979 году [37]. Наиболее кратко данный термин можно определить как «когницию о когниции» или «размышление о размышлении». Несмотря на относительную новизну термина, предмет исследования, скрывающийся за ним, имеет достаточно длительную историю, восходящую к работам Л.С.Выготского [84], который фактически

описывал процессы формирования у детей того, что сейчас называют мета-вниманием и мета-памятью [2, 93].

Метапознание – это общая способность размышлять о собственном мышлении, подразумевающая осознание собственных психических процессов, в том числе понимание возможности ошибочности своих мыслей [70]. Метапознание включает в себя как наблюдение за отдельными собственными мыслями и телесными ощущениями, так и более широкое осознание самого себя, которое строится из более мелких, единичных «атомов опыта» и служит основой интерпретации и интеграции опыта, а также формирования целостного представления о себе и других как уникальных людях [59, 68]. Человек выносит метакогнитивные суждения, объединяя несколько фрагментов информации в идею о себе [59, 89].

Метапознание строится на фундаментальных нейрокогнитивных актах, но не сводится к ним, а превосходит их в масштабах сложности своих операций (рис. 1) [69]. Будучи своеобразной платформой для размышлений, оно является одновременно автоматическим и интересубъективным, возникая в процессе жизни человека естественным образом в общении с другими людьми и реализуясь в процессе диалога, в том числе, происходящего в воображении [59, 76]. Метапознание не только связано с индивидуальным самосознанием, но также создает мост для осознания эмоций, идей, убеждений и намерений других людей [70]. Сформированное чувство себя и других состоит из многогранных аспектов, которые дополняют друг друга, но не всегда верно отражают реальность и могут вступать в противоречие [73]. Метапознание позволяет человеку быть предметом своей рефлексии, и его можно считать ключевым элементом адаптации человека к меняющемуся миру [58]. Метакогнитивный подход подразумевает, что человек является активным агентом, который имеет в своем распоряжении ряд когнитивных стратегий, которые может применять в соответствии со своими целями. Выбор

и регулирование этих стратегий основывается на осознанном мониторинге собственных когнитивных процессов [52].

J.Flavell выделял четыре аспекта метакогниции: знания, опыт, цели и стратегии. Метакогнитивные знания – это широкая категория, включающая в себя любые знания о людях как о размышляющих субъектах [37], которые могут относиться как к другим людям («это может понять любой первоклассник»), так и к себе («я хорошо разбираюсь в химии»). Кроме того, они могут нести обобщенный и надличностный смысл: «злые мысли приводят к злым поступкам». Метакогнитивным опытом называют сознательные переживания о собственных когнитивных процессах [83]. Ярким примером опыта мета-памяти является феномен ТОТ (tip of the tongue — «на кончике языка»), когда человек чувствует, что неуловимое имя или слово вот-вот появится в сознании, хоть этого и не происходит [52]. Ряд психопатологических феноменов связан с появлением ложных метакогнитивных знаний о себе: ложная убежденность пациента в собственной некомпетентности, возникающая при тяжелой депрессии, или уверенность в исключительности собственных когнитивных способностей при мании. Переживание манифестации психоза также является источником необычного и пугающего метакогнитивного опыта [84]. Нарушение метакогнитивных способностей, возникающее при тяжелой психопатологии, приводит к «фрагментации» опыта и ощущению его уменьшения: пациенты осознают отдельные мысли, но не имеют представления, как они соотносятся друг с другом, с течением времени или с конкретными событиями в более широкой перспективе [59, 68].

Метакогнитивное функционирование при шизофрении

Клиника и психологические аспекты патогенеза шизофрении могут быть рассмотрены через призму нарушений метакогнитивного функционирования. Преимущество данного подхода заключается в

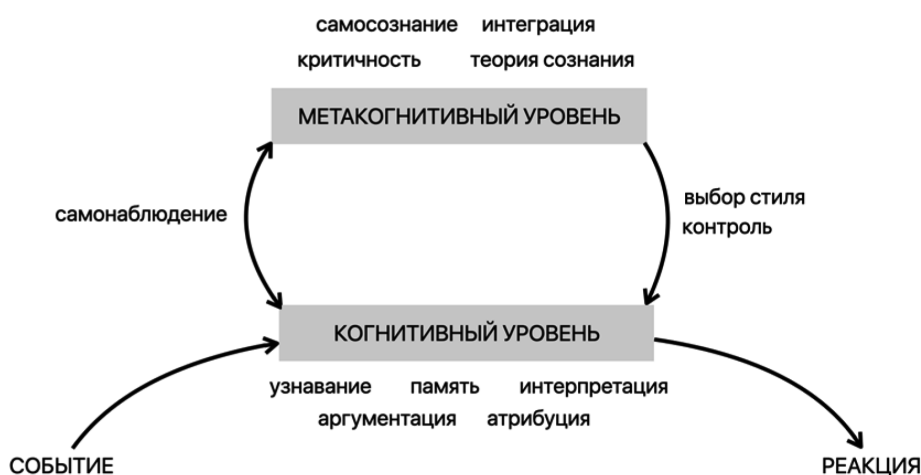


Рис. 1. Связь когнитивного и метакогнитивного уровней функционирования

том, что исследователь поднимается над восприятием дискретных симптомов или нейрокогнитивного дефицита и получает возможность учитывать сложные интегрированные представления пациента о себе и других [60]. E. Bleuler считал, что ключевая особенность шизофрении заключается в фрагментации ранее интегрированных психических переживаний, что приводит к нерелевантности прежнего жизненного опыта пациента, который «отстывает» от прежних связей и занятий [16].

В настоящее время накоплен большой объем доказательств наличия метакогнитивного дефицита у пациентов с шизофренией [13, 20, 33, 46, 65, 77, 91, 102, 106], выраженность которого выше, чем у пациентов с биполярным аффективным расстройством [65, 91], тревожными расстройствами [106] и пограничным расстройством личности [63]. Нарушение метакогнитивных процессов снижает способность интегрировать информацию, формировать целостное ощущение себя и других, что приводит к переживанию фрагментированного опыта [83]. Особенности этого болезненного опыта является переживание потери свободы действий и единства личности, что для многих пациентов является ключевым аспектом опыта шизофрении [45]. При этом пациенты могут быть обеспокоены не появлением психотических симптомов, а тем личностным смыслом, который они создают [30].

С позиций нарушения метапознания при психозе, выделяют четыре взаимосвязанных аспекта самосознания: по отношению к своим целям, возможностям, ролевым отношениям с другими и многоаспектности себя. Здоровый человек осознает себя, исходя из многообразия своих целей и возможных результатов их достижения. Осознание возможностей подразумевает понимание средств и препятствий на пути к целям. Возможности и цели человека имеют значение, поскольку связаны с другими людьми в многообразии контекстов, где человек играет различные социальные роли (напр., бывший ученик, будущий супруг, нынешний коллега, член общественного движения и т.д.), а цели зачастую подразумевают, кем человек мог бы стать. Интегрированное самосознание подразумевает «знание» себя относительно всей сложной системы целей и связанных с ними возможностей в многообразии социальных ролей, а также понимание того, что «Я» не может быть охарактеризовано каким-то одним набором мыслей, чувств или желаний, а является многоаспектным. Дефицит самосознания, который наблюдается при психозе, связан с его фрагментацией, что приводит к тому, что диапазон целей и их связанность уменьшаются. При этом у пациента, как правило, сохраняется способность давать верное суждение о дискретном опыте, но утрачивается целостное восприятие сложной «паутины» взаимосвязей своих целей и возможностей, что приводит к потере представления о том, почему он должен заниматься тем,

чем занимался годами. Дефицит самосознания в контексте отношений с другими приводит к выпадению пациента из сложной сети социальных взаимодействий. При этом опыт общения представляется ему как беспокоящий или угрожающий: прошлые связи становятся менее доступными, а ощущение собственного положения в мире размывается. Потеря качества многоаспектности себя приводит к отсутствию сплоченности целостного самосознания, при этом различные аспекты «Я» сохраняют активность, но теряют связь друг с другом [59].

В результате формирования метакогнитивного дефицита нарушается способность пациента понимать, как другие люди оценивают его личность [90], и снижается эмпатия [17]. Концепция метакогнитивного дефицита объясняет нарушения социального функционирования, характерные для шизофрении, через снижение способности формировать социальные связи с другими людьми [19, 39]. Трудности метакогнитивного функционирования пагубно влияют и на самочувствие людей, мешая осмыслить личные психосоциальные проблемы и найти их решение [64]. Исходя из особенностей метакогнитивного опыта психоза и дефицита метапознания при шизофрении очевидна необходимость разработки вмешательств, направленных на восстановление нарушенных болезнью метакогнитивных способностей, формирование необходимых представлений о себе и других, что может позволить пациенту осмысленно двигаться к выздоровлению [60].

Роль метапознания в происхождении бреда

Особенности метапознания могут быть рассмотрены как элемент патогенеза бреда не только в рамках шизофрении, но и при других психических расстройствах. Одной из наиболее перспективных объяснительных моделей бреда является гипотеза aberrantной салиентности, согласно которой бред тесно связан с нейрокогнитивными нарушениями, приводящими к нарушению оценки значимости опыта [22, 49]. С этой точки зрения бред возникает вследствие взаимодействия aberrantной салиентности с когнитивными искажениями, а именно с феноменом поспешных выводов (JTC – jumping to conclusions) [40].

Нейроанатомическим субстратом системы приоритизации стимулов (салиенса) является полосатое тело [21, 110]. Повышенное высвобождение дофамина в полосатом теле приводит к искажению работы системы салиенса, в результате чего тривиальные стимулы попадают в центр внимания [22]. На уровне субъективного опыта человек ощущает, что происходящее с ним имеет особую значимость, а мир изменился таинственным образом и наполнен скрытыми смыслами, что порождает чувство опасности. Этот феномен соответствует описанному Ясперсом первичному бредовому переживанию – «бредовому

настроению» [12, 49]. Аберрантная салиентность представляет собой своеобразный «сбой» в обработке информации в префронтальной коре, проявляющийся нарушением соответствия «предсказательной модели мира» испытываемым феноменам, что приводит к попыткам «коррекции модели мира» [38], лежащим в основе дальнейшего бредообразования.

Характерное для бреда чувство убежденности объясняется взаимодействием восходящих и нисходящих когнитивных процессов: низкоуровневые выводы о «достоверности» основаны на непосредственно воспринимаемых характеристиках стимула, а высокоуровневые суждения – на метакогнитивных оценках опыта. Гипотеза аберрантной салиентности описывает в первую очередь восходящие когнитивные процессы, но больных шизофренией также характеризует измененное метакогнитивное функционирование [22]. Пациенты обнаруживают сниженный порог принятия решения, при этом они плохо осознают данное нарушение, демонстрируя высокую степень уверенности в суждениях и ошибочно сообщая о более высоком уровне саморефлексии, чем здоровые люди [82]. До 40–70% пациентов с шизофренией делают категоричные умозаключения на основании недостаточного количества доказательств, что может иметь значение в происхождении бреда [36], а нарушение обработки опровергающих свидетельств делает бред некорригируемым [111].

Наиболее значимой для возникновения бреда высокоуровневой ошибкой является ЛТС [22]. Результаты мета-анализа показали, что систематическая ошибка ЛТС была связана с повышенной вероятностью развития бреда при психозе. Людям с психозом требуется меньше доказательств для принятия решения по сравнению со здоровыми [34]. Следует отметить, что ЛТС связана с бредом как с транснозологическим феноменом и тесно коррелирует с его тяжестью [80]. Происхождение ЛТС может быть обусловлено гиперсалиентностью совпадения доказательства и гипотезы (сбор данных прекращается, потому что первое совпадение доказательства и гипотезы кажется человеку достаточным для принятия решения), а также предубеждением против опровергающих доказательств (люди с бредовыми идеями менее склонны объединять в систему опровергающие их гипотезу доказательства) [22]. Ряд авторов выделяет и другие когнитивные искажения, которые могут способствовать бредообразованию: нетерпимость к двусмысленности и потребность в «закрытии» размышлений [79], предвзятость в пользу гипотез, выбранных самостоятельно [108].

Таким образом, нарушенное метакогнитивное функционирование является одним из составных звеньев бредообразования, что открывает возможности для проведения патогенетически обоснованной психотерапии пациентов с бредом.

Роль метапознания в нарушениях критики при шизофрении

Недостаток критичности не является облигатной характеристикой бреда и галлюцинаций или отдельным симптомом шизофрении [44, 55, 109], а представляет собой сложный многомерный конструкт. Некоторые аспекты нарушения критичности связаны с непостижимостью и травматичностью аномального опыта, который сам пациент не может осмыслить [48, 87]. Препятствовать осознанию болезни и ее симптомов может нарушенное нейрокогнитивное функционирование [26, 27, 50, 57], что было подтверждено нейровизуализационными исследованиями [41, 92]. Однако в ряде работ было показано, что корреляция критичности с нейрокогнитивными функциями не особенно велика [24, 100, 101]. По всей видимости, справедлив вывод от том, что хорошее нейрокогнитивное функционирование является необходимым, но не достаточным условием критичности к болезни [42].

Социальные когниции могут играть значимую роль в нарушении критичности при шизофрении: речь идет о базовой «способности взглянуть на себя глазами других», что является важным звеном в понимании психических состояний (знаний, убеждений, намерений) других людей [23]. Этот эффект может быть рассмотрен в более широком контексте нарушений метакогнитивного функционирования [71, 72]. По данным К.К.Chan метакогнитивные способности (саморефлексия и теория разума) связаны с критикой к симптомам шизофрении независимо от сопутствующих симптомов заболевания и нейрокогнитивного дефицита. При этом автор отмечает, что осознание различных аспектов болезни может требовать участия различных компонентов метапознания [24].

На основании имеющихся исследований была разработана интегрированная модель критичности (инсайта) больных шизофренией, центральную роль в которой занимают нарушения метапознания, взаимодействующие с другими факторами (клиническими, нейрокогнитивными, эмоциональными, социальными), что затрудняет для пациентов возможность интегрировать потоки информации в личную осведомленность о психиатрических проблемах и приводит к адаптивному ответу [51, 62]. А.Веck и соавт. приходят к выводу о том, что критичность является сложным понятием, в котором может быть несколько измерений. Частичная критика проявляется противоречивыми высказываниями (напр., пациент признает, что галлюцинация – это болезненный феномен, но в то же время считает, что слышит голос «сатаны»). Рассуждая об этом, авторы говорят о поверхностном (интеллектуальном) и более глубоком (эмоциональном) уровнях критики [14].

В современной литературе используется термин клинический инсайт, к которому наиболее близко

понятие критики к симптомам и факту заболевания, а также термин когнитивный инсайт, которому соответствует понятие критических способностей. А.Бек разработал шкалу когнитивного инсайта (BCIS), которая включает в себя два компонента: самоуверенность (чрезмерная уверенность насчет собственной правоты) и саморефлексивность (готовность принимать внешнюю обратную связь). Когнитивный инсайт является метакогнитивной способностью, на базе которой возможно формирование клинического инсайта [94].

Формирование критики к болезни у больных шизофренией связано с дилеммой: с одной стороны, недостаточная критика приводит к более низкой приверженности лечению [54, 71], а с другой, высокая критичность повышает риск развития депрессии, совершения суицида, особенно в сочетании со стигматизацией и социальным неблагополучием [25, 71]. С учетом возможного травмирующего влияния инсайта, его следует понимать не только как информированность о заболевании и признание факта собственной болезни, но и как способность интегрировать собственный опыт в эту систему знаний [29]. В конечном результате лечение должно помогать пациентам интегрировать спектр сложных и болезненных переживаний в связную, лично значимую картину и адаптивное представление о себе [25, 71]. Таким образом, полноценное формирование критики к болезни связано с метакогнитивными усилиями и интегративной стороной метапознания, что позволяет выделить мишени для психотерапевтического вмешательства.

Психотерапия, имеющая метакогнитивную направленность

За последние 20 лет было разработано несколько психотерапевтических вмешательств метакогнитивной направленности, два из которых изначально предназначались для лечения шизофрении [84]. С другой стороны, любое психотерапевтическое вмешательство преследует метакогнитивные цели, поскольку подразумевает вовлечение пациента в процесс размышления о собственном мышлении, о чувствах, связанных с негативным опытом и различных способах совладания с ними [83].

Когнитивно-поведенческая психотерапия психозов

Когнитивная психотерапия психозов (КПТп) сочетает в себе элементы «второй» (собственно, когнитивной) и «третьей волны» (майндфулнес-подход) [112]. Первоначально КПТп была направлена на попытки напрямую воздействовать на психотические симптомы при помощи когнитивных техник, таких как обнаружение автоматических мыслей и их переоценка. Техника экспозиции, которая является центральным элементом КПТ, использовалась для пациентов с психозом в более мягком варианте

«проверки реальности»: пациентов мотивировали проверять нереалистичные автоматические мысли, которые вызывали у них страх, такие как «другие люди могут слышать мои мысли». Подходы третьей волны в КПТп подразумевают принятие симптомов заболевания и использование техник майндфулнес для воздействия на отрицательные эмоциональные переживания. Вмешательства третьей волны в большей степени нацелены на достижение жизненных целей пациентов и их выздоровление, чем на попытки непосредственно повлиять на симптомы болезни. Метакогнитивное знание, которое передает и развивает КПТ, заключается в том, что мысли – это лишь мысли, которые не должны рассматриваться как факты. Кроме того, КПТ постулирует отсутствие универсального способа реагирования на определенную ситуацию, так как одни и те же события можно оценивать, переживать и преодолевать по-разному [83].

Когнитивно-поведенческая терапия психозов направлена на выработку у пациентов навыков оценки aberrаций восприятия, препятствующих формированию клинически выраженного бреда [104]. КПТп продемонстрировала свою эффективность у больных шизофренией с коморбидными тревожными расстройствами и посттравматическим стрессовым расстройством в отношении тревожной и психотической симптоматики [103]. По данным ряда авторов комплексные формы когнитивной психотерапии, имеющие несколько мишеней, способствуют формированию осознания своего заболевания [95].

Метакогнитивная терапия

Метакогнитивная терапия (МКТ) была разработана А. Wells и коллегами для лечения депрессии и тревоги. В отличие от классической КПТ, метакогнитивная терапия рассматривает внутренние психические процессы в качестве событий-триггеров. С точки зрения МКТ, негативные переживания при психических расстройствах тесно связаны с активацией «токсичного стиля мышления», который авторы назвали когнитивно-аттентивным синдромом (КАС). Этот стереотип метакогнитивного функционирования фактически «запирает» индивида внутри негативного эмоционального состояния, которое в случае отсутствия КАС могло быть временным (тревога, грусть, гнев) [83, 107]. КАС включает в себя три компонента (рис. 2):

- 1) мониторинг угроз (самонаблюдение за вызывающими опасение собственными психическими процессами);
- 2) беспокойство (повторяющиеся тревожные мысли о будущем) или руминации (тягостные попытки разобраться с причинами подавленного состояния);
- 3) дисфункциональные попытки контроля состояния (попытки заставить себя постоянно думать



Рис. 2. Структура когнитивно-аттентивного синдрома

или вспоминать о чем-либо, или наоборот, избежать определенных мыслей).

Попытки прямого контроля состояния лишь усиливают беспокойство/руминации и чувство угрозы, которая, по мнению субъекта, исходит от его собственной психики, что приводит к продолжению ментальных усилий, направленных на достижение контроля. В результате формируется персеверативные и ригидные размышления, имеющие депрессивное или тревожное содержание.

Метакогнитивная терапия рассматривает три группы убеждений, которые поддерживают когнитивно-аттентивный синдром в стабильном состоянии:

- позитивные метакогниции о предполагаемой пользе беспокойства и руминаций: «я должен думать о плохом, чтобы не повторить ошибок», «чем больше я беспокоюсь, тем лучше подготовлюсь», «если я не буду себя контролировать, то совершу что-то плохое»;

- негативные метакогниции о вреде возникающего в процессе руминаций и беспокойства когнитивного опыта: «тревога может повредить моему здоровью», «если я подумаю о чем-то плохом, то это произойдет»;

- метакогниции об отсутствии контроля: «это никогда не закончится», «я схожу с ума», «я не способен себя контролировать».

Актуальность данных убеждений нарастает по мере погружения пациента в КАС. Соответственно, МКТ в этих случаях направлена на выявление и коррекцию данных убеждений как рациональными доводами, так и поведенческими экспериментами. Кроме того, в ходе терапии происходит обучение навыкам распределения и переключения внимания, позволяющим облегчить выход из КАС, а также практикам отстраненного наблюдения за своими мыслями. МКТ стремится смоделировать у пациента состояние в некотором смысле противоположное КАС – отстраненную осознанность (detached

mindfulness), направленную на более адаптивное преодоление тревоги и подавленного настроения.

По мнению А. Wells, элементы токсичного мышления являются частью «наивной» теории сознания, в обыденной жизни выполняющей функции адаптивных метакогнитивных стратегий. Однако в случае клинически значимой тревоги или депрессии они приводят к формированию КАС [107]. Модель КАС носит трансдиагностический характер: КАС при шизофрении, с точки зрения авторов, не отличается от такового при других психических расстройствах. Мышление параноидного больного и пациента с тревожными расстройствами представляет собой последовательность непрекращающихся вопросов: «что, если?». Реакция пациентов на галлюцинаторный опыт мало отличима от процесса руминаций при депрессии, когда пациент постоянно задается вопросом, почему он подавлен. Пациенты с галлюцинациями, с точки зрения МКТ, руминируют о том, почему они слышат голоса, и кто управляет этим феноменом [83].

Согласно обзору имеющихся доказательств, все три элемента КАС обнаруживают положительные связи с психотическим опытом, однако природа этих взаимосвязей остается неустановленной [98]. В контролируемых исследованиях была показана более высокая эффективность МКТ для лечения тревожных и депрессивных расстройств, чем обычной КПТ или отсутствия вмешательства (список ожидания) [86]. В нерандомизированном неконтролируемом исследовании эффективности МКТ (n=10) у больных шизофренией наблюдалось умеренное и выраженное уменьшение тяжести симптоматики по шкале PANSS наряду со значительным изменением метакогнитивных убеждений [85].

Метакогнитивный тренинг

Метакогнитивный тренинг (МКТр) был разработан на основании результатов исследований роли

когнитивных факторов в механизме бредаобразования. МКТр изначально разрабатывался для лечения пациентов с психотическими расстройствами, в том числе шизофренией. Центральными мишенями для этого вида терапии являются такие когнитивные искажения, как тенденция к поспешности выводов (ЖТС), избыточная уверенность в предубеждениях и первых гипотезах, а также искажения в теории сознания (понимание эмоций и намерений других людей) и атрибутивном стиле. Общая стратегия программы МКТр заключается в формировании у пациента стиля принятия решений на основании большего количества информации (рис. 3) [81, 83].

МКТр является наиболее разнородным и эклектичным из описываемых подходов, что связано с его практической ориентированностью [97]. Метакогнитивные тренинги проводятся в небольших группах, в которых в игровой манере происходит совместное обсуждение предлагаемых заданий и ситуаций, иллюстрирующих и провоцирующих когнитивные ошибки, характерные для пациентов с психозами. Модули МКТр посвящены последовательному разбору когнитивных ошибок и атрибутивному стилю, поспешности выводов (ЖТС), предубеждениям и игнорированию опровергающих аргументов, искажениям в теории разума, избыточной уверенности в собственных воспоминаниях, когнитивным искажениям при депрессии. Метакогнитивный аспект этой терапии заключается в том, что в пациентах «сеют семена сомнения», что является центральным элементом теории метапознания [81].

МКТр дает дополнительный поддерживающий антипсихотический эффект у пациентов (до 6 мес.), которые продемонстрировали лишь частичный ответ на антипсихотическую терапию [35]. Исследования последних лет показали, что МКТр снижает показатели чрезмерной уверенности по шкале BCIS [15, 56], повышает показатели саморефлексии (BCIS) и улучшает метакогнитивную осведомленность у пациентов с шизофренией [52, 55], а также соци-

ально-когнитивные функции [6]. Кроме того, МКТр продемонстрировал большее влияние по сравнению с поддерживающей психотерапией на позитивные симптомы шизофрении (PANSS) [18] и на выраженность апатии [6]. Уменьшение тяжести продуктивной симптоматики под влиянием МКТр нашло подтверждение и в других исследованиях [28, 96]. МКТр был адаптирован к русскоязычным пациентам и внедрен в клиническую практику в России [8].

Метакогнитивная терапия, ориентированная на рефлекссию и инсайт

Еще одним направлением метакогнитивно-ориентированной терапии, специально разработанным для лечения больных шизофренией, является метакогнитивная терапия, ориентированная на рефлекссию и инсайт (MEtacognitive Reflection and Insight Therapy – MERIT). Если метакогнитивный тренинг направлен на повышение осведомленности пациентов о когнитивных искажениях, которые могут поддерживать или усугублять симптомы заболевания, то MERIT в первую очередь сосредотачивается на интегративных аспектах метапознания, что необходимо для осмысления жизненных проблем и продвижения к выздоровлению [89]. Для полноценного восстановления здоровья, самоконтроля и устойчивого благополучия требуются не только знания о психиатрических и социальных проблемах, но и осознание опыта и мыслей других людей, сильных сторон собственной личности, личной истории и ценностей. Выздоровление требует интеграции этой информации в осмысленное представление о том, что происходит в жизни пациента [66].

Направленность MERIT на восстановление метакогнитивного функционирования и интегрированности психической деятельности подразумевает оценку метапознания. Авторы MERIT разработали шкалу MAS-A, позволяющую количественно оценить уровень метакогнитивного функционирования. MAS-A включает четыре переменных: само-

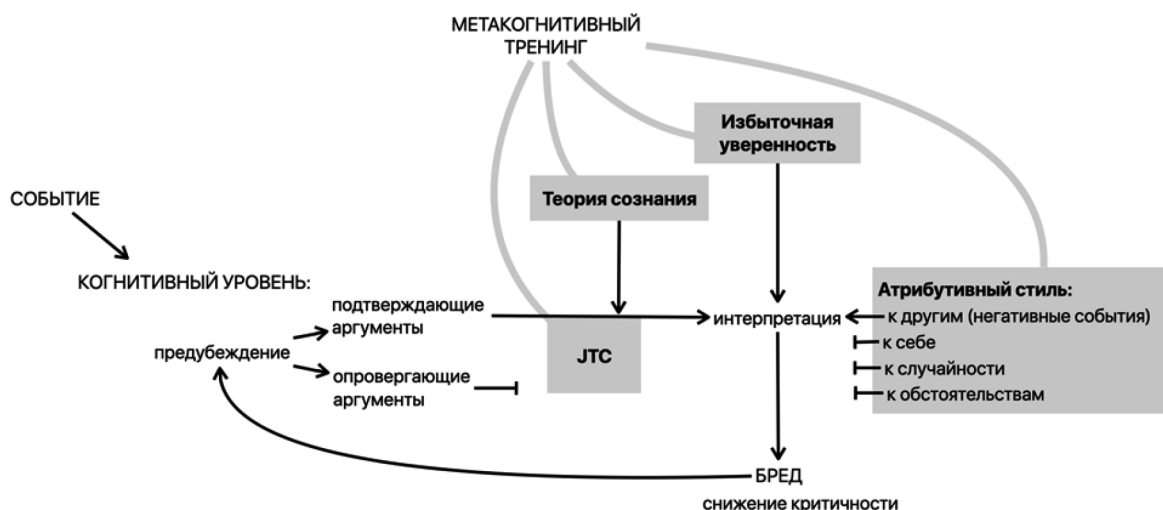


Рис. 3. Терапевтические мишени метакогнитивного тренинга

рефлексию (от фрагментированного до все более интегрированного и сложного осознания себя), понимание сознания других (от фрагментированного до все более интегрированного и сложного понимания психического мира других людей), децентрацию (способность соотносить представления о себе с более широким социальным миром: от ощущения, что все имеет прямое отношение к пациенту, до осознания, что другие ведут независимую от пациента жизнь) и мастерство (сложность используемых метакогнитивных знаний для решения реальных психосоциальных проблем). По мере повышения уровня метакогнитивного функционирования усиливается связанность и сложность данных четырех аспектов [58].

MERIT направлена не на конкретные симптомы шизофрении или решение отдельных психосоциальных проблем, а скорее на сам процесс выздоровления. Восстановление метакогнитивных способностей, исходя из методологии данного подхода, предполагает поступательное движение от доступного пациенту уровня метакогнитивного функционирования к пределу его метакогнитивных возможностей [61]. MERIT является интегративной формой психотерапии, позволяющей терапевту работать в любом направлении (психодинамическом, гуманистическом или когнитивно-поведенческом). Данный подход не является «предписывающим» и не использует пошаговые инструкции, а предлагает некоторый теоретически обоснованный принцип работы [58]. Авторы формулируют восемь элементов предлагаемой терапии, четыре из которых относятся к содержанию сессий и по два – к элементам процесса и элементам высшего порядка [58, 61].

MERIT является относительно новым подходом и не имеет обширной доказательной базы, однако некоторые исследования подтверждают ее эффективность в формировании критичности [105], улучшении показателей MAS-A по шкалам саморефлексии и мастерства [32, 33]. Отчеты пациентов свидетельствуют о субъективном улучшении отношения к себе, навыков самостоятельности и управления своим состоянием [31, 67].

Обсуждение и заключение

Личность пациента не является пассивным вместилищем симптомов шизофрении, а находится с ними в сложных отношениях, пронизанных взаимовлиянием факторов различного порядка. Одним из способов установления связей между различными аспектами болезни является сетевой подход к анализу большого количества переменных для поиска наиболее значимых аспектов патогенеза психотических расстройств в целом и шизофрении, в частности [99]. Проведенный недавно сетевой анализ взаимосвязи симптомов шизофрении, нейрокогни-

тивного, метакогнитивного и социального функционирования (5 показателей PANSS, 4 показателя MAS-A, батарея нейрокогнитивное функционирование MATRICS и шкал для измерения социальных когниций) показал, что центральным в данной модели шизофрении оказался узел когнитивных симптомов PANSS. Кроме того, высокие показатели центральности были получены для метакогнитивных способностей [47]. Данные результаты позволяют рассматривать метапознание как центральный узел в широкой сети нарушенного функционирования при шизофрении. Ряд авторов делает смелое предположение о том, что метакогнитивное функционирование может оказаться «ключевым элементом головоломки в понимании шизофрении», поскольку различные его уровни могут частично объяснить, почему связи между биологическими, социальными и феноменологическими факторами в проводимых исследованиях шизофрении продолжают оставаться ненадежными [45].

Метакогнитивный подход к психотерапии (КПТп, МКТ, МКТр) позволяет усовершенствовать и расширить «наивные» метакогнитивные знания, которые ведут к формированию дезадаптации в виде утяжеления симптоматики или неконструктивных психологических защит у больных шизофренией. «Наивные» представления о собственной психике формируются на протяжении всей жизни человека за счет опыта самонаблюдения и саморегуляции, а также на основании бытующих метакогнитивных предубеждений. Однако в доболезненный период они имеют относительно адаптивную функцию, а под влиянием болезненного опыта – могут способствовать ухудшению состояния.

MERIT рассматривает людей с шизофренией и другими психическими расстройствами как целостных и активно переживающих и противостоящих болезни, а не пассивно переносящих различные формы страдания [66]. Коррекция метакогнитивного дефицита может способствовать снижению уровня инвалидизации пациентов с шизофренией без непосредственного устранения причин заболевания. Благодаря терапии метакогнитивной направленности пациенты могут достичь лучшего осмысления травмы, которая спровоцировала психоз, или сам психоз как травму, что позволит более эффективно противостоять стигматизации [45].

М.Мај выражает надежду на то, что подходы, связанные с трансдиагностической детальной оценкой состояния пациента, сделают лечение менее стереотипным, позволят уменьшить число случаев резистентности к лечению [75]. По нашему мнению, оценка метакогнитивного функционирования имеет не меньшее значение для эффективности проводимой терапии и прогноза заболевания, чем оценка нейрокогнитивного статуса, социального функционирования и качества жизни при шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально-психологические факторы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018 № 3. С. 10–15.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь: [монография] М.: Лабиринт, 2007. 350 с.
3. Жданок Д.Н., Овчинников А.А. Травматическое пространство психотического опыта у пациентов с шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2019. № 5. С. 18–21.
4. Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998. 294 с.
5. Кудряшова В.Ю., Лутова Н.Б. Саморегуляция поведения как один из адаптационно-компенсаторных механизмов психики у больных параноидной шизофренией. Сообщение 2 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019. № 4. С. 60–67.
6. Кузнецов С.Ю., Кожевникова М.Ю., Мовина Л.Г., Папсуев О.О. Динамика показателей социальных когниций и шкалы апатии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших метакогнитивный тренинг // Российский психиатрический журнал. 2020. № 6. С. 55–61.
7. Назаркина Д.М., Новиков В.В. Внутренняя картина болезни пациентов с параноидной шизофренией // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. № 11. С. 71–80.
8. 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.
9. Усов Г.М. Антипсихотики второго поколения в купирующей и профилактической терапии шизофрении: критический анализ научных данных // Современная терапия психических расстройств. 2020. № 4. С. 28–35.
10. Усов Г.М., Шевелева К.П. Эволюция подходов к купирующей терапии антипсихотиками первого в жизни психоза при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (20-летнее ретроспективное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30. № 3. С. 55–61.
11. Шмуклер А.Б. Шизофрения. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 176 с.
12. Ясперс К. Общая психопатология. 2020. Азбука-Аттикус.
13. Borgenquast R., Schweitzer R.D. Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: a pilot study of Metacognitive Narrative Psychotherapy // Psychol. Psychother. 2014. Vol. 87. N 3. P. 338–356.
14. Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., Steer R.A., Warman D.M. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale // Schizophr. Res. 2004. Vol. 68. N 2–3. P. 319–329.
15. Birulés I., López-Carrilero R., Cuadras D. et al. Cognitive Insight in First-Episode Psychosis: Changes during Metacognitive Training // J. Pers. Med. 2020. Vol. 10. N 4. P. 253.
16. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien Deuticke. 1911. Vol. 4.
17. Bonfils K.A., Lysaker P.H., Minor K.S., Salyers M.P. Metacognition, Personal Distress, and Performance-Based Empathy in Schizophrenia // Schizophr. Bull. 2019. Vol. 45. N 1. P. 19–26.
18. Briki M., Monnin J., Haffen E. et al. Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial // Schizophr. Res. 2014. Vol. 157. N 1–3. P. 99–106.
19. Bröcker A.L., Bayer S., Stuke F. et al. Levels of Structural Integration Mediate the Impact of Metacognition on Functioning in Non-affective Psychosis: Adding a Psychodynamic Perspective to the Metacognitive Approach // Front Psychol. 2020. Vol. 11. P. 269.
20. Bröcker A.L., Bayer S., Stuke F. et al. The Metacognition Assessment Scale (MAS-A): Results of a pilot study applying a German translation to individuals with schizophrenia spectrum disorders // Psychol. Psychother. 2017. Vol. 90. N 3. P. 401–418.
21. Bromberg-Martin E.S., Matsumoto M., Hikosaka O. Dopamine in motivational control: rewarding, aversive, and alerting // Neuron. 2010. Vol. 68. N 5. P. 815–834.
22. Broyd A., Balzan R.P., Woodward T., Allen P. Dopamine, cognitive biases and assessment of certainty: A neurocognitive model of delusions // Clin. Psychol. Rev. 2017. Vol. 54. P. 96–106.
23. Brüne M. “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature // Schizophr. Bull. 2005. Vol. 31. N 1. P. 21–42.
24. Chan K.K. Associations of symptoms, neurocognition, and metacognition with insight in schizophrenia spectrum disorders // Compr. Psychiatry. 2016. Vol. 65. P. 63–69.
25. Chan K.W., Hui L.M., Wong H.Y. et al. Medication adherence, knowledge about psychosis, and insight among patients with a schizophrenia-spectrum disorder // J. Nerv. Ment. Dis. 2014. Vol. 202. N 1. P. 25–29.
26. Chan S.K., Chan K.K., Hui C.L. et al. Correlates of insight with symptomatology and executive function in patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorder: a longitudinal perspective // Psychiatry Res. 2014. Vol. 216. N 2. P. 177–184.
27. Chan S.K., Chan K.K., Lam M.M. et al. Clinical and cognitive correlates of insight in first-episode schizophrenia // Schizophr. Res. 2012. Vol. 135. N 1–3. P. 40–45.
28. Chen Q., Sang Y., Ren L. et al. Metacognitive training: a useful complement to community-based rehabilitation for schizophrenia patients in China // BMC Psychiatry. 2021. Vol. 21. N 1. P. 38.
29. Chien W.T., Lee I.Y. The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia // Psychiatr. Serv. 2013. Vol. 64. N 4. P. 376–379.
30. Chien W.T., Thompson D.R. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up // Br. J. Psychiatry. 2014. Vol. 205. N 1. P. 52–59.
31. de Jong S., Hasson-Ohayon I., van Donkersgoed R., Aleman A., Pijnenborg G.H.M. A qualitative evaluation of the effects of Metacognitive Reflection and Insight Therapy: ‘Living more consciously’ // Psychol. Psychother. 2020. Vol. 93. N 2. P. 223–240.
32. de Jong S., van Donkersgoed R.J., Aleman A. et al. Practical Implications of Metacognitively Oriented Psychotherapy in Psychosis: Findings From a Pilot Study // J. Nerv. Ment. Dis. 2016. Vol. 204. N 9. P. 713–716.
33. de Jong S., van Donkersgoed R.J.M., Timmerman M.E. et al. Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia // Psychol. Med. 2019. Vol. 49. N 2. P. 303–313.
34. Dudley R., Taylor P., Wickham S., Hutton P. Psychosis, Delusions and the “Jumping to Conclusions” Reasoning Bias: A Systematic Review and Meta-analysis // Schizophr. Bull. 2016. Vol. 42. N 3. P. 652–665.
35. Favrod J., Rexhaj S., Bardy S. et al. Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study // Eur. Psychiatry. 2014. Vol. 29. N 5. P. 275–281.
36. Fine C., Gardner M., Craigie J., Gold I. Hopping, skipping or jumping to conclusions? Clarifying the role of the JTC bias in delusions // Cogn. Neuropsychiatry. 2007. Vol. 12. N 1. P. 46–77.
37. Flavell J.H. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-development inquiry // Am. Psychol. 1979. Vol. 34. N 10. P. 906–911.
38. Fletcher P.C., Frith C.D. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia // Nat. Rev. Neurosci. 2009. Vol. 10. N 1. P. 48–58.
39. Gagen E.C., Zalzal A.B., Hochheiser J. et al. Metacognitive deficits and social functioning in schizophrenia across symptom profiles: a latent class analysis // J. Exp. Psychopathol. 2019. Vol. 10. N 1. P. 281.
40. Garety P.A., Freeman D. The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable // Br. J. Psychiatry. 2013. Vol. 203. N 5. P. 327–333.
41. Gerretsen P., Menon M., Mamo D.C. et al. Impaired insight into illness and cognitive insight in schizophrenia spectrum disorders: resting state functional connectivity // Schizophr. Res. 2014. Vol. 160. N 1–3. P. 43–50.
42. Gillessen J., David A., Greenwood K. Self-reflection and set-shifting mediate awareness in cognitively preserved schizophrenia patients // Cogn. Neuropsychiatry. 2016. Vol. 21. N 3. P. 185–196.
43. Green M.F., Leitman D.I. Social cognition in schizophrenia // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34. N 4. P. 670–672.
44. Greenberger C., Serper M.R. Examination of clinical and cognitive insight in acute schizophrenia patients // J. Nerv. Ment. Dis. 2010. Vol. 198. N 7. P. 465–469.
45. Hamm J.A., Leonhardt B.L., Ridenour J. et al. Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment // Psychosis. 2018. Vol. 10. N 4. P. 340–350.
46. Hasson-Ohayon I., Avidan-Msika M., Mashiach-Eizenberg M. et al. Metacognitive and social cognition approaches to understanding the impact of schizophrenia on social quality of life // Schizophr. Res. 2015. Vol. 161. N 2–3. P. 386–391.
47. Hasson-Ohayon I., Goldzweig G., Lavi-Rotenberg A. et al. The centrality of cognitive symptoms and metacognition within the interacting network of symptoms, neurocognition, social cognition and metacognition in schizophrenia // Schizophr. Res. 2018. Vol. 202. P. 260–266.
48. Henriksen M.G., Parnas J. Self-disorders and schizophrenia: a phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance // Schizophr. Bull. 2014. Vol. 40. N 3. P. 542–547.
49. Howes O.D., Nour M.M. Dopamine and the aberrant salience hypothesis of schizophrenia // World Psychiatry. 2016. Vol. 15. N 1. P. 3–4.

50. Keshavan M.S., Rabinowitz J., DeSmedt G., Harvey P.D., Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 70. N 2–3. P. 187–194.
51. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon // *Psichiatriki*. 2019. Vol. 30. N 1. P.13–16.
52. Koriat A. Metacognition research: An interim report. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489976.012>
53. Lam K.C., Ho C.P., Wa J.C. et al. Metacognitive training (MCT) for schizophrenia improves cognitive insight: a randomized controlled trial in a Chinese sample with schizophrenia spectrum disorders // *Behav. Res. Ther.* 2015. Vol. 64. P. 38–42.
54. Leonhardt B.L., Vohs J.L., Bartolomeo L.A. et al. Relationship of Metacognition and Insight to Neural Synchronization and Cognitive Function in Early Phase Psychosis // *Clin EEG Neurosci.* 2020. Vol. 51. N 4. P. 259–266.
55. Lincoln T.M., Lüllmann E., Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol. 33. N 6. P. 1324–1342.
56. Lopez-Morinigo J.D., Ajnakina O., Martínez A.S. et al. Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* 2020. Vol. 50. N 14. P. 2289–2301.
57. Lysaker P., Bell M. Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995. Vol. 183. N 2. P. 103–106.
58. Lysaker P.H., Klion R.E. Recovery, meaning-making, and severe mental illness: A comprehensive guide to metacognitive reflection and insight therapy. Routledge. 2017.
59. Lysaker P.H., Cheli S., Dimaggio G. et al. Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? // *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21. N 1. P. 329.
60. Lysaker P.H., Dimaggio G. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments // *Schizophr. Bull.* 2014. Vol. 40. N 3. P. 487–491.
61. Lysaker P.H., Gagen E., Moritz S., Schweitzer R.D. Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches // *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2018. Vol. 11. P. 341–351.
62. Lysaker P.H., Gagen E., Wright A. et al. Metacognitive Deficits Predict Impaired Insight in Schizophrenia Across Symptom Profiles: A Latent Class Analysis // *Schizophr. Bull.* 2019. Vol. 45. N 1. P. 48–56.
63. Lysaker P.H., George S., Chaudoin-Patzoldt K.A. et al. Contrasting metacognitive, social cognitive and alexithymia profiles in adults with borderline personality disorder, schizophrenia and substance use disorder // *Psychiatry Res.* 2017. Vol. 257. P. 393–399.
64. Lysaker P.H., Hamm J.A., Hasson-Ohayon I., Pattison M.L., Leonhardt B.L. Promoting recovery from severe mental illness: Implications from research on metacognition and metacognitive reflection and insight therapy // *World J. Psychiatry*. 2018. Vol. 8. N 1. P. 1–11.
65. Lysaker P.H., Irrazábal L., Gagen C. et al. Metacognition in schizophrenia disorders: Comparisons with community controls and bipolar disorder: Replication with a Spanish language Chilean sample // *Psychiatry Res.* 2018. Vol. 267. P. 528–534.
66. Lysaker P.H., Keane J.E., Culleton S.P., Lundin N.B. Schizophrenia, recovery and the self: An introduction to the special issue on metacognition // *Schizophr. Res. Cogn.* 2019. Vol. 19. P. 100–167.
67. Lysaker P.H., Kukla M., Belanger E. et al. Individual Psychotherapy and Changes in Self-Experience in Schizophrenia: A Qualitative Comparison of Patients in Metacognitively Focused and Supportive Psychotherapy // *Psychiatry*. 2015. Vol. 78. N 4. P. 305–316.
68. Lysaker P.H., Kukla M., Vohs J. et al. Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of Metacognitive Reflection and Insight Therapy // *J. Exp. Psychopathol.* 2019. Vol. 10. N 1. P. 94–94.
69. Lysaker P.H., Minor K.S., Lysaker J.T. et al. Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: Relationship to cognition, self-experience and developing treatments // *Schizophr. Res. Cogn.* 2019. Vol. 19. P. 100–142.
70. Lysaker P.H., Olessek K.L., Warman D.M. et al. Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity // *Psychiatry Res.* 2011. Vol. 190. N 1. P. 18–22.
71. Lysaker P.H., Pattison M.L., Leonhardt B.L., Phelps S., Vohs J.L. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. N 1. P. 12–23.
72. Lysaker P.H., Vohs J., Minor K.S. et al. Metacognitive Deficits in Schizophrenia: Presence and Associations with Psychosocial Outcomes // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2015. Vol. 203. N 7. P. 530–536.
73. Lysaker P.H., Zalzal A.B., Ladegaard N. et al. A disorder by any other name: metacognition, schizophrenia, and diagnostic practice // *J. Hum. Psychol.* 2019. Vol. 59. N 1. P. 26–47.
74. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management // *World Psychiatry*. 2021. Vol. 20. N 1. P. 4–33.
75. Maj M. Beyond diagnosis in psychiatric practice // *Ann. Gen. Psychiatry*. 2020. Vol. 19. P. 27.
76. Mascolo M.F. Beyond Objectivity and Subjectivity: The Intersubjective Foundations of Psychological Science // *Integr. Psychol. Behav. Sci.* 2016. Vol. 50. N 4. P. 543–554.
77. Massé M., Lecomte T. Metacognitive profiles in individuals with a first episode of psychosis and their relation to social functioning and perceived social support // *Schizophr. Res.* 2015. Vol. 166. N 1–3. P. 60–64.
78. McCutcheon R.A., Reis Marques T., Howes O.D. Schizophrenia-An Overview // *JAMA Psychiatry*. 2020. Vol. 77. N 2. P. 201–210.
79. McKay R., Langdon R., Coltheart M. Need for closure, jumping to conclusions, and decisiveness in delusion-prone individuals // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006. Vol. 194. N 6. P. 422–426.
80. McLean B.F., Mattiske J.K., Balzan R.P. Association of the Jumping to Conclusions and Evidence Integration Biases with Delusions in Psychosis: A Detailed Meta-analysis // *Schizophr. Bull.* 2017. Vol. 43. N 2. P. 344–354.
81. Moritz S., Andreou C., Schneider B.C. et al. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia // *Clin. Psychol. Rev.* 2014. Vol. 34. N 4. P. 358–366.
82. Moritz S., Balzan R.P., Bohn F. et al. Subjective versus objective cognition: Evidence for poor metacognitive monitoring in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2016. Vol. 178. N 1–3. P. 74–79.
83. Moritz S., Klein J.P., Lysaker P.H., Mehl S. Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments // *Dialogues Clin. Neurosci.* 2019. Vol. 21. N 3. P. 309–317.
84. Moritz S., Lysaker P.H. Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions // *Schizophr. Res.* 2018. Vol. 201. P. 20–26.
85. Morrison A.P., Pyle M., Chapman N. et al. Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: a feasibility study // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. 2014. Vol. 45. N 2. P. 280–284.
86. Normann N., van Emmerik A.A., Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review // *Depress Anxiety*. 2014. Vol. 31. N 5. P. 402–411.
87. Osatuke K., Ciesla J., Kascow J.W., Zisook S., Mohamed S. Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research // *Compr. Psychiatry*. 2008. Vol. 49. N 1. P. 70–77.
88. Owen M.J., Sawa A., Mortensen P.B. Schizophrenia // *Lancet*. 2016. Vol. 388. P. 86–97.
89. Pinkham A.E. Metacognition in psychosis // *J. Exp. Psychopathol.* 2019. Vol. 10. N 2. P.411–426.
90. Pinkham A.E., Shasteen J.R., Ackerman R.A. Metaperception of personality in schizophrenia // *J. Exp. Psychopathol.* 2019. Vol. 10. N 2. P. 409–415
91. Popolo R., Smith E., Lysaker P.H. et al. Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms // *Psychiatry Res.* 2017. Vol. 257. P. 45–50.
92. Raji T.T., Riecki T.J., Hari R. Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 139. P. 27–32.
93. Reynolds R., Wade S. Thinking about thinking about thinking: Reflections on metacognition // *Harvard Educ. Rev.* 1986. Vol. 56. P. 307–318.
94. Riggs S.E., Grant P.M., Perivoliotis D., Beck A.T. Assessment of cognitive insight: a qualitative review // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38. P. 338–350.
95. Sauvé G., Kline R.B., Shah J.L. et al. Cognitive capacity similarly predicts insight into symptoms in first- and multiple-episode psychosis // *Schizophr. Res.* 2019. Vol. 206. P. 236–243.
96. Sauvé G., Lavigne K.M., Pochiet G. et al. Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis // *Clin. Psychol. Rev.* 2020. Vol. 78. P.1018–10154.
97. Schneider B.C., Cludius B., Lutz W. et al. An investigation of module-specific effects of Metacognitive Training for Psychosis // *Z. Psychol.* 2018. Vol. 226. P. 164–173.
98. Sellers R., Wells A., Morrison A.P. Are experiences of psychosis associated with unhelpful metacognitive coping strategies? A systematic review of the evidence // *Clin. Psychol. Psychother.* 2018. Vol. 25. P. 31–49.
99. Shmukler A.B., Karyakina M.V. Network analysis as new research approach in psychiatry // *Psychiatr. Psychopharmacother.* 2020. N 5. P. 4–8.

100. Simon V., De Hert M., Wampers M., Peuskens J., van Winkel R. The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia // *Eur. Psychiatry*. 2009. Vol. 24. P. 239–243.
101. Stefanopoulou E., Lafuente A.R., Saez Fonseca J.A., Huxley A. Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia // *Psychiatr. Q.* 2009. Vol. 80. P. 155–165.
102. Trauelsen A.M., Gumley A., Jansen J.E. et al. Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles // *Psychiatry Res.* 2016. Vol. 238. P. 14–23.
103. van den Berg D.P., de Bont P.A., van der Vleugel B.M. et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry*. 2015. Vol. 72. P. 259–267.
104. van der Gaag M., van den Berg D., Ising H. CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at risk mental state: A review and proposed next steps // *Schizophr. Res.* 2019. Vol. 203. P. 88–93.
105. Vohs J.L., Leonhardt B.L., James A.V. et al. Metacognitive Reflection and Insight Therapy for Early Psychosis: A preliminary study of a novel integrative psychotherapy // *Schizophr. Res.* 2018. Vol. 195. P. 428–433.
106. WeiMing W., Yi D., Lysaker P.H., Kai W. The relationship among the metacognitive ability, empathy and psychotic symptoms in schizophrenic patients in a post-acute phase of illness // *Chin. J. Behav. Med. Brain Sci.* 2015. Vol. 24. P. 128–131.
107. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press, 2011. 316 p.
108. Whitman J.C., Menon M., Kuo S.S., Woodward T.S. Bias in favour of self-selected hypotheses is associated with delusion severity in schizophrenia // *Cogn. Neuropsychiatry*. 2013. Vol. 18. P. 376–389.
109. Wiffen B.D., Rabinowitz J., Lex A., David A.S. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2010. Vol. 122. P. 94–103.
110. Winton-Brown T.T., Fusar-Poli P., Ungless M.A., Howes O.D. Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis // *Trends Neurosci.* 2014. Vol. 37. N 2. P. 85–94.
111. Woodward T.S., Moritz S., Cuttler C., Whitman J.C. The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia // *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 2006. Vol. 28. N 4. P. 605–617.
112. Wright N.P., Turkington D., Kelly O.P., Davies D., Jacobs A.M., Hopton J. *Treating psychosis: A clinician's guide to integrating acceptance and commitment therapy, compassion-focused therapy and mindfulness approaches within the cognitive behavioral therapy tradition*. New Harbinger Publications, 2014.

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ ПАТОГЕНЕЗА ШИЗОФРЕНИИ

Д.Ю. Коломыцев, Д.В. Сараханова, Г.М. Усов

Изучение нарушений метапознания при шизофрении позволило установить их значимую роль в происхождении симптомов, а также переосмыслить психологию данного заболевания. Метапознание связано с базовой способностью размышлять о собственном мышлении, на основании чего человек формирует сложное интегративное представление о себе и других. Нарушение метапознания при шизофрении приводит к «фрагментации» опыта, специфическим нарушениям самосознания, вследствие чего нарушается социальная адаптация. Кроме того, метапознание играет существенную роль в бредаобразовании и недостатке критичности у пациентов с шизофренией.

За последние десятилетия разработано несколько психотерапев-

тических вмешательств, носящих метакогнитивную направленность (когнитивно-поведенческая терапия психозов, метакогнитивная терапия, метакогнитивный тренинг, MERIT), и перспективных для реабилитации пациентов с шизофренией. Данные вмешательства сосредотачиваются на различных мишенях в метапознании и могут способствовать уменьшению выраженности продуктивной и коморбидной тревожной и депрессивной симптоматики, повышению критичности, снижению уровня инвалидизации пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: метапознание, бред, критика, психотерапия шизофрении, метакогнитивная терапия, метакогнитивный тренинг, MERIT.

METACOGNITIVE APPROACHES TO PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SCHIZOPHRENIA

D.Yu. Kolomytsev, D.V. Sarakhanova, G.M. Usov

The significant role of metacognition impairment in the development of the symptoms of schizophrenia has been shown in a number of studies. It gives a key for understanding the psychology of the disease. Metacognition is associated with the basic ability to reflect on one's own thinking. Due to this, a person forms a complex integrative idea of himself and others. Impairments of metacognition in schizophrenia lead to "fragmentation" of experience, specific impairments of self-awareness, and a social maladaptation as a result. In addition, metacognition plays a significant role in delusions and lack of insight in patients with schizophrenia.

Over the past decades, several psychotherapeutic interventions that are focused on metacognition were developed (cognitive-behavioral therapy for psychosis, metacognitive therapy, metacognitive training, MERIT), which are promising for the rehabilitation of patients with schizophrenia. These interventions are focused on various targets of metacognition and may lead to a severity decrease of positive symptoms, comorbid anxiety, depressive symptoms, increased insight, and a reduced disability in patients with schizophrenia.

Key words: metacognition, delusion, insight, psychotherapy of schizophrenia, metacognitive therapy, metacognitive training, MERIT.

Коломыцев Дмитрий Юрьевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: d.kolomytsev@icloud.com

Сараханова Дарья Владимировна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: dsarakhanova@gmail.com

Усов Григорий Михайлович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: usovgm@list.ru