

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт

А.Б. Холмогорова

Московский НИИ психиатрии Росздрава

РЕЗЮМЕ

В работе приводятся две психологические модели когнитивных дисфункций у больных шизофренией: 1) модель центрального психологического дефицита, основанная на информационном подходе к психической патологии и претендующая на объяснение этиологии заболевания; 2) модель дисфункциональных установок, основанная на когнитивной модели Бека и не претендующая на выявление этиологических факторов шизофрении, а направленная на поиск психологических механизмов продуктивных симптомов с целью разработки психологических методов их редуцирования. На основании этих подходов приводятся различные психотерапевтические методики, способствующие компенсации когнитивных и социальных дисфункций.

Шизофрения – самое дорогое из всех психических расстройств. В США лечение и содержание больных обходится в 7 млрд. долларов ежегодно, что составляет 2 % валового национального продукта. Хотя открытие нейролептиков в 50-е годы значительно облегчило процесс лечения шизофрении, проблема социальной адаптации и реабилитации этих пациентов по-прежнему стоит крайне остро. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что наиболее эффективным подходом к реабилитации является комплексная психофармакологическая и психосоциальная помощь. Психосоциальные методы зарекомендовали себя как необходимая составная часть реабилитационного процесса и продолжают интенсивно развиваться и совершенствоваться (И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, 1998; И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова, А.Б. Шмуклер, 2004; А.Б. Холмогорова, 1993, 2000).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

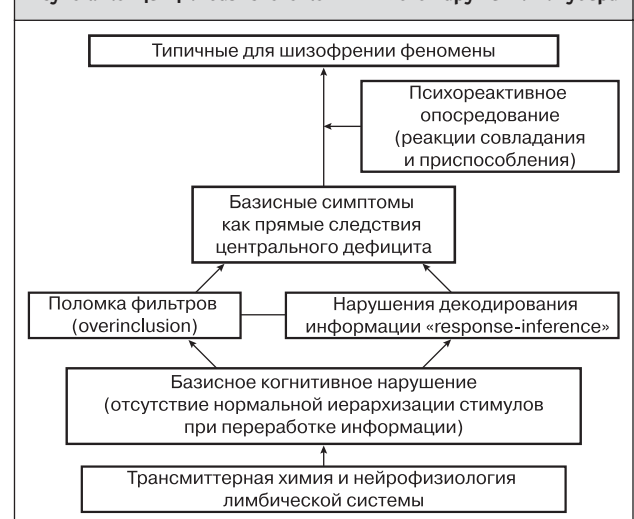
На современном этапе в зарубежной психологии можно выделить две модели когнитивных дисфункций у больных шизофренией: 1) модель центрального психологического дефицита, основанная на информационном подходе к психической патологии и претендующая на объяснение этиологии заболевания; 2) модель дисфункциональных установок, основанная на когнитивной модели Бека и не претендующая на выявление этиологических факторов шизофрении, а направленная на поиск психологических механизмов продуктивных симптомов с целью разработки психологических методов их редуцирования.

Наибольшую разработку и обоснование получила первая модель. При всей дискуссионности любых исследований в области шизофрении, большинство исследователей сходятся в том, что именно нарушения когнитивных процессов могут лежать в основе разнообразных нарушений, сопровождающих данное заболевание. Поэтому они получили название **центрального психологического дефицита** (core psychological deficit). Исследователи считают, что когнитивные нарушения, возникающие в результате поломки биохимических механизмов, ведут к основным базисным симптомам шизофрении (G. Huber, 1983). Трудности отсеивания ненужной информации, а также её адекватного кодирования (отнесения к соответствующим категориям) приводят к постоянной сверхстимуляции. Симптомы болезни трактуются при этом как защита от этой сверхстимуляции. Аутизация, социальная изоляция, пассивность, с одной стороны, и как выражение её ненормальной переработки продуктивные симптомы – с другой. Ниже в виде несколько упрощенной схемы представлена «**концепция базисного когнитивного нарушения**» Г. Губера (рисунок). Эта концепция укладывается в общую диатез-стрессовую модель психической патологии, при этом специфика психологической уязвимости предстает как дефицитарность процесса переработки информации, а стрессоры выступают в виде избыточной стимуляции. Биологическая уязвимость рассматривается, в свою очередь, как нарушения трансмиттерного обмена в центральной нервной системе.

Модель центрального психологического дефицита в настоящее время всё чаще называется моделью **нейропсихологического дефицита**, так как в ней подчёркивается связь психологических дисфункций с биологическими дисфункциями определенных зон центральной нервной системы. Концепция нейропсихологического дефицита основана на современных исследованиях нейрхимии и морфологии головного мозга у больных и здоровых испытуемых. Исследования морфологии головного мозга современными методами дают веские основания предполагать, что так называемый когнитивный или центральный психологический дефицит при шизофрении связан с атрофическими процессами в определенных областях мозга, ответственных за биологическую активацию. При этом, однако, речь идет только о наиболее тяжелых формах болезни с доминированием негативной симптоматики.

Возникновение второй когнитивной модели, которую мы для удобства назвали моделью **дисфунк-**

Рисунок. Концепция базисного когнитивного нарушения Г. Губера



циональных установок, связано с развитием когнитивной психотерапии Бека. Успехи когнитивной психотерапии в области лечения аффективных расстройств привели к развитию новых моделей, направленных на выявление психологических механизмов базисных симптомов шизофрении, в первую очередь галлюцинаций, а также методов их психологического купирования. Рассматриваемая модель развивалась, в основном, в британской когнитивно-бихевиоральной традиции. По мнению британских исследователей, при всех успехах современной психофармакологии, отрицание психологических методов лечения многими психиатрами не оправдано. В частности, они ссылаются на исследование установок по отношению к медикаментам как со стороны пациентов, так и со стороны психиатров, в котором было выявлено, что большинство из них расценивают дистресс от побочных эффектов как соотносимый с тяжестью симптоматики и подчёркивают: «Пессимизм по поводу психологического лечения психотических пациентов не может быть, таким образом, оправдан тем, что биологическое лечение уже выполнило эту задачу» (R. Bentall, 1996, стр. 5).

Как отмечает R. Bentall большинство психиатров вслед за К. Ясперсом считают, что психотические симптомы принципиально не поддаются пониманию, поэтому личность и опыт больных мало принимаются во внимание. В экстремальной форме весь психотический опыт, включая галлюцинации, признается бессмысленным (R. Bentall, 1996, стр. 6), что вызывает возражения у создателей данного направления исследований в британской психиатрии. Модель центрального психологического дефицита также представляется с их точки зрения неспособной объяснить всё богатство и разнообразие симптомов болезни. Специально организованные наблюдения сторонников данной модели показали, что слуховые галлюцинации чаще всего усиливаются в определенных ситуациях, когда больной в конфликте или подавлен, а также когда у него возникают определенные, трудно улавливаемые, автоматические мысли, соответствующие этому аффекту. Была выдвинута **гипотеза, что голоса – это проекция во вне автоматических полусознательных мыслей**. Работа по модификации бредовых убеждений, которые лежат в основе таких автоматических мыслей, а также специальные техники, направленные на реатрибуцию этих голосов самому себе (концентрация на них, обсуждение с персоналом, повторение сказанного собственным голосом и т. д.), позволили в целом ряде случаев прекратить слуховые галлюцинации. Эти пионерские разработки сделаны представителями британской школы когнитивной терапии и требуют дальнейших исследований и доказательств. Вместе с тем имеются сведения, доказывающие эффективность когнитивной психотерапии для уменьшения позитивных и негативных симптомов, перестройке «психотического мышления», уменьшения депрессии и дисфории.

Интересным обоснованием модели дисфункциональных установок служат исследования атрибутивного стиля больных шизофренией. В соответствующих экспериментах этот стиль получил название «самообслуживающего» (self-serving style). Как выяснилось при применении соответствующих опросников, негативное атрибутируется такими пациентами преимущественно внешнему миру, а позитивное – преимущественно себе. Этот стиль прямо противоположен атрибутивному стилю больных депрессией, а от нормы он отличается экстремальной выраженностью. Например, при ответах на во-

просы типа, «С чем обычно связаны Ваши опоздания?» больные значимо чаще здоровых выбирают варианты ответов типа «неполадки транспорта», «задержали при выходе», а не «забывчивость», «неорганизованность». Другой особенностью когнитивного стиля является дефицит различения внешнего и внутреннего, который также был показан в остроумных экспериментах: в методике ассоциативного запоминания больные с галлюцинациями и бредом чаще путали слово-стимул и свой ответ на него, чем здоровые испытуемые. Склонность атрибутировать негативное внешнему миру в совокупности с трудностями в дифференциации внешнего и внутреннего интерпретируются авторами как подтверждение того, что негативные переживания у больных могут проецироваться во вне в виде соответствующих голосов.

В отечественной психиатрии и клинической психологии эти разработки пока практически неизвестны и не находят применения. Тем не менее, имеются уже достаточно веские данные обширных мета-анализов, свидетельствующие об эффективности когнитивной психотерапии стойких продуктивных симптомов, не поддающихся медикаментозному лечению.

Вернёмся к первой модели – модели когнитивного дефицита. Как было выявлено многочисленными экспериментально-психологическими исследованиями психических функций (внимания, мышления, памяти) переработка информации у больных шизофренией происходит крайне неэффективно. Нарушения селективного внимания в виде «поломки фильтров» исследовано и описано в психологической «модели фильтра» (A. Mc Chie, J. Chapman, 1961, R. Payn, 1966). В качестве последствий выступают нарушения концентрации, отвлекаемость, быстрое утомление, а в поведении – неуверенность, пугливость, так как нет защиты от сверхстимуляции.

Из вышеописанных исследований следует вывод об опасности сверхстимуляции для больных шизофренией, о необходимости четкой организации и по возможности ограничения информации и стимуляции, адресованной больному. Так как нарушения внимания проявляются прежде всего в условиях перегрузки, то К. Neuchterlein и соавт. (1986) сделали вывод о том, что нарушения внимания у больных сводятся к ограниченным возможностям переработки информации.

Внимание – не только фильтр, но и готовность к восприятию и переработке информации, т. е. своего рода ожидающее поведение или готовность к реакциям, координирующее защиту от раздражителей, поддержание концентрации. В этом смысле D. Shakow (1962, 1971) говорит о соподчиненных установках. Модель его установки («set-modell») возникла на базе так называемого эффекта «cross-over», суть которого в сниженной способности больных предвосхищать события в вероятностной среде. Такие особенности организации внимания могут во многом объяснить известный феномен целенаправленности внимания и поведения, т. е. трудности подчинения последних какой-либо цели. С другой стороны, больные гораздо хуже выполняют задания, где требуется гибкость и перестройка усвоенных схем и шаблонов (А.Б. Холмогорова, 1983). Ригидность отмечают как важнейшую характеристику высших психических функций больных (Т.Д. Савина, 1982).

О разрушении понятий – размывании их границ, сочетании чрезмерной конкретности с чрезмерной символизацией писали многие исследователи, начиная с Е. Блейлера (К. Гольдштейн, Н. Камерон, Л.С. Выготский, С. Пиро). Это становится

важным барьером в интеллектуальной деятельности и взаимодействии с другими людьми.

В отечественной психологии Б.В. Зейгарник и её последователями была предпринята попытка связать нарушения мышления и других когнитивных процессов с нарушениями социальной мотивации у больных шизофренией (Б.В. Зейгарник, 1962; М.М. Коченов, В.В. Николаева, 1978; Е.Т. Соколова, 1976). Нарушения мотивации проявляются в снижении произвольной регуляции психических функций – внимания, памяти, мышления, что является важным механизмом снижения психической активности у этих больных. Психологические механизмы нарушения произвольной регуляции (нарушения опосредования и целеобразования, адекватной реакции на успех и стимуляции мотивации достижения) были исследованы и подробно описаны в цикле работ под руководством Б.В. Зейгарник (Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, 1985; Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур, 1989) и цикле работ коллектива лаборатории ВНИИПЗ АМН под руководством Ю.Ф. Полякова (В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991; Т.Д. Савина 1982, Н.С. Курек, 1996).

Нарушения социальной мотивации выражаются также в снижении коммуникативной направленности мышления, т. е. в ситуации, предполагающей учёт позиции другого человека, больные испытывают значительные трудности, при оперировании стимульным материалом, они часто игнорируют эту позицию (В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991; А.Б. Холмогорова, 1983).

Все описанные исследования играют важную роль при разработке целей и общих принципов организации психокоррекционной работы с больными.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Многочисленные исследования показывают, что у больных нарушаются социальные навыки: адекватность социального восприятия, вербальность коммуникации, способность к решению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций (см. обзор А.Б. Холмогоровой, 2000). Так, у больных снижается способность к распознаванию эмоций другого человека (Н.С. Курек, 1996), адекватному выражению собственных эмоций, точной передаче полученной им вербальной информации, вербальное выражение собственных чувств и мыслей (Р.В. Brenner и соавт., 1987).

Больные шизофренией проявляют повышенную тревогу по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам, их деятельность легко дезорганизуется под влиянием эмоциональных нагрузок. Они с трудом переносят ситуации конкуренции. Основным нарушением эмоциональной сферы больных является ангедония – сниженная способность испытывать удовольствие (Н.Г. Гараян, 1986; Н.С. Курек, 1996). Ангедония уменьшает вкус к жизни, ухудшает способность к взаимодействию с другими людьми, ослабляет позитивные чувства самоуважения, снижает социальную мотивацию достижения и интерес к деятельности.

Современные исследования показывают важную роль социального окружения в течении шизофрении. Важную роль играет характер эмоциональных коммуникаций с ближайшим окружением, особенно с семьёй. Исследования показали, что высокий уровень негативных эмоций в семье, чрезмерно критический и враждебный настрой по отношению к больному резко ухудшают течение заболевания. Исследования показали также повышенную чувствительность к критике со стороны

других людей (С. Vaughn, J. Leff, 1976; J. Leff, 1989). У этих больных особенно часто отмечается дефицит социальной поддержки, когда они в ней нуждаются (T.S. Brugh, 1995).

Дефицит внимания и трудности переработки информации, характерные для больных шизофренией, а также их нередко обострённая чувствительность к эмоциональным воздействиям повышают вероятность возникновения эмоционального стресса при сверхстимуляции или же при небрежно спланированном, недостаточно структурированном занятии. Такая сверхстимуляция ведёт, как правило, к ухудшению состояния больного. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПОДХОДЫ К КОМПЕНСАЦИИ КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Впервые программа по нормализации функций переработки информации была предложена в 70-х годах (D.W. Meichenbaum, R. Cameron, 1973). Она основана на самоинструкциях и самоуказаниях, которые используются больным для фокусировки внимания, самоободрения в тяжёлых ситуациях и даже уменьшения бреда и галлюцинаций. Затем были разработаны другие более специфицированные программы.

Наиболее распространённой моделью групповой работы с больными шизофренией, начиная с 70-х годов и до сегодняшнего дня, является тренинг социальных навыков (С. Wallace и соавт., 1980). A.S. Bellack (1986) определяет тренинг социальных навыков как структурированную обучающую программу, которая формирует навыки социального поведения, необходимые для создания определённой сети социальных контактов и уменьшения стресса, развившегося в результате интерперсональных конфликтов и неудач.

R.P. Lieberman и соавт., (1986) считают, что эффективность использования тренинга социальных навыков находится в прямой зависимости от строгого соблюдения принципа индивидуального подхода. Так, для пациентов, способных к усвоению стратегий решения проблем, касающихся социального поведения, он рекомендует тренинг, ориентированный на оптимизацию процесса переработки информации. В соответствии с этапами переработки информации в тренинге выделяются три стадии: 1) отработка способов приёма информации; 2) выбор ответной реакции; 3) выбор подходящей формы ответа. На всех стадиях терапевт стимулирует наводящими вопросами анализ проблемной ситуации и даёт пациенту постоянную обратную связь, поощряя любое правильное действие.

Обобщая результаты многолетних исследований (С. Wallace, 1984, 1992; N. Tarrier, 1989; R. Lieberman, T. Eckman, 1989; R. Liberman и соавт., 1993; Н. Brenner и соавт., 1992), можно сделать вывод, что, во-первых, социальный тренинг является эффективным средством оптимизации социального поведения у психотических больных и, во-вторых, в результате тренинга редуцируются клинические симптомы и уменьшается вероятность эскалации заболевания. Такие результаты стимулируют к дальнейшему активному использованию метода социального тренинга в современной психотерапии шизофрении.

Одной из важнейших реабилитационных задач, которую решает тренинг социальных навыков, является преодоление социальной изоляции больного и включение его в более широкую социальную сеть.

Нарушения социального функционирования у больных шизофренией тесно связаны с когнитивными дисфункциями. Отчасти, эта связь прямая и очевидная. Нарушения внимания, памяти, мышления ведут к снижению работоспособности больных, а, в конечном счёте, могут приводить к инвалидизации и социальной дезадаптации. Есть, однако, и более сложная зависимость: описанные выше нарушения социального восприятия, коммуникативной направленности мышления, атрибутивного стиля приводят к постоянному социальному дистрессу из-за общей неадекватности поведения. Так, например, неуспех в социальном взаимодействии больные с параноидной симптоматикой чаще всего атрибутируют с недоброжелательностью других людей. В результате специального тренинга социального восприятия в сочетании с когнитивным тренингом они начинают интерпретировать свои прошлые неудачи как результат неумения адекватно вести себя, и у них возникает мотивация для компенсации соответствующих дефицитов.

Нарушения распознавания эмоциональных состояний других людей, коммуникативной направленности мышления также ведёт к неадекватному социальному поведению и, в конечном счёте, социальной дезадаптации.

Таким образом, идея совмещения тренинга когнитивных функций и социальных навыков логически вытекает из существующих исследований.

Первыми её осуществили швейцарские исследователи – группа в составе трёх психологов и одного психиатра, сотрудники университетских психиатрических клиник Берна и Мюнстерлингена. Они разработали многоступенчатую программу IPT (Integratives Psychologisches Therapieprogramm) – интегративную психологическую терапевтическую программу (H.D. Brenner и соавт., 1987), объединяющую тренинг когнитивных функций и социальных навыков. Программа включает 5 ступеней: 1) когнитивная дифференциация; 2) социальное восприятие; 3) вербальная коммуникация; 4) социальные навыки; 5) решение межличностных проблем. Эта программа в течение 15 лет апробировалась в различных клиниках.

Контролируемые исследования доказали эффективность IPT. У больных шизофренией, прошедших эту программу, отмечалось общее улучшение в когнитивном и социальном функционировании. Эти больные значимо отличались по упомянутым показателям от контрольной группы больных, получавшей неспецифическую поддерживающую терапию в таком же объёме.

Основные принципы вышеописанной интегративной швейцарской программы легли в основу программы ТКСН (тренинг когнитивных и социальных навыков), разработанной отечественными специалистами (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гараян, А.А. Далныкова, А.Б. Шмуклер, 2007).

Однако цели и задачи ТКСН расширены и модифицированы на основе данных отечественных исследований о нарушениях произвольной регуляции когнитивных функций, коммуникативной направленности мышления, интеллектуальной и социальной ангедонии (Н.Г. Гараян, 1986; Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, 1985; Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е.С. Мазур, 1989; В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991; Н.С. Курек, 1996; А.Б. Холмогорова, 1983). Программа разработана лабораторией клинической психологии и психотерапии (руководитель А.Б. Холмогорова) совместно с отделом внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии Росздрава РФ (руководитель И.Я. Гурович). Предлагаемая программа основана на данных мно-

гочисленных научных исследований, включая наиболее современные и надёжные научные данные о психологических механизмах когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией. Её отличительной особенностью является синтез наиболее важных достижений отечественных и зарубежных исследований когнитивных дисфункций и нарушений социального функционирования при шизофрении.

В рамках ТКСН выделяются следующие цели:

- 1) усиление произвольной регуляции памяти и внимания путём обучения использованию специальных средств (тренировка в переключении и удержании внимания, селективном информировании, использовании мнемотехнических приёмов);
- 2) усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления (оперирование понятиями с ориентацией на другого человека, совместная деятельность в парах и группе для достижения общей цели);
- 3) развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия (тренировка в распознавании невербальных коммуникаций – мимики, позы, жестов, анализе и квалификации межличностных ситуаций, точности воспроизведения речевого поведения партнера);
- 4) снижение интеллектуальной ангедонии (связывания интеллектуальной деятельности с игровым компонентом и успехом);
- 5) развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструированию и совладающему диалогу;
- 6) отработка навыков социального поведения (тренировка в коммуникации на разные темы в группе, моделирование и разыгрывание реальных жизненных ситуаций);
- 7) обучения эффективным стратегиям решения межличностных проблем (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов её решения и конкретных задач, способов решения этих задач).

Принципы отбора в группу:

- 1) осознание больными соответствующих дефицитов и наличие мотивации на их преодоление;
- 2) в группу подбираются больные близкие по возрасту и уровню интеллекта;
- 3) состав группы 6–8 человек.

Сеттинг. Тренинг включает два этапа:

- 1) интенсивный в закрытой группе;
- 2) поддерживающий в так называемой slow open (частично открытой) группе.

Началу групповой работы предшествует специальный мотивирующий этап, который может проходить в форме индивидуальной беседы ведущего с больным или форме специальной психообразовательной группы для будущих участников ТКСН. Задачи этого этапа – проинформировать о целях тренинга, способствовать осознанию проблем, вдохновить и мотивировать на работу с ними. Перед включением больного в группу ведущему необходимо установить с ним позитивный эмоциональный контакт и убедиться, что он видит смысл в предстоящей работе.

Интенсивный тренинг проводится во время пребывания в клинике или в дневном стационаре с частотой не менее двух раз в неделю. Продолжительность каждого занятия не более 60 минут. Общее число занятий на этапе интенсивного тренинга 16–20. Поддерживающий этап направлен на поддержание и закрепление выработанных во время интенсивного этапа когнитивных и социальных на-

выков, а также укрепление социальных связей и оказание социальной поддержки. Чтобы в нём могли участвовать больные после выписки, а также устроившиеся на работу, он проводится в вечернее время в режиме раз в неделю, продолжительность каждого занятия 60–90 минут. На поддерживающем этапе группа может включать большее количество людей из разных групп (10–14), прошедших этап интенсивного тренинга. Общая длительность обоих этапов не менее полугода. Возможны индивидуальные вариации.

Принципы работы группы:

- 1) четкий, структурированный стиль ведения – все занятия чётко спланированы, проводятся в строго определённые дни и часы, продолжительность одного занятия фиксирована, не должна превышать 60 минут, все инструкции к упражнениям предельно чётко формулируются;
- 2) избегание эмоциональных и информационных перегрузок;
- 3) постепенный переход от жёсткой структурированности с ориентацией на задания ко всё большей спонтанности в межгрупповом взаимодействии;
- 4) постепенный переход от более директивного стиля к менее директивному;
- 5) постепенный переход от эмоционально нейтрального материала к эмоционально нагруженному;
- 6) поэтапное введение нового материала и переход к более сложным целям и задачам;
- 7) постоянное повторение и отработка предшествующих ступеней;
- 8) чёткая обратная связь со стороны ведущих при выполнении упражнений в плане правильности выполнения;
- 9) запрет на критику – ошибки фиксируются спокойно, как обязательный и неизбежный элемент тренировки, в максимально доброжелательной форме;
- 10) насыщение занятия положительными эмоциями – упражнения проводятся в игровой форме, отмечаются все, даже маленькие достижения и успехи;
- 11) обмен чувствами, наблюдениями и опытом на всех этапах работы (ключевой вопрос после каждого упражнения «Что помогало, что мешало? Какие приёмы использовал?»);
- 12) активизация и разгрузка путём чередования умственных и физических упражнений;
- 13) группу проводят два подготовленных котерапевта, что позволяет использовать принцип моделирования, отслеживать выполнение упражнений и эмоциональное состояние каждого из участников, давать максимально полную обратную связь.

В процессе тренинга социальных навыков используются также известные принципы социального научения, зарекомендовавшие себя как эффективные при работе с данным контингентом:

- 1) инструктирование как вести себя в той или иной ситуации;
- 2) обратная связь – анализ и подкрепление определенных видов поведения;
- 3) моделирование – воспроизведение модели поведения, живой (при участии терапевта) или символической (использование фильма или видеозаписи);
- 4) разыгрывание ролей;
- 5) социальное подкрепление – использование похвал, когда наблюдается желательное поведение;
- 6) домашние задания на отработку желаемого поведения (G. Core, 1986).

Принципы взаимодействия котерапевтов. Предполагается разделение функций между основным

ведущим и соведущим. Основной ведущий даёт инструкции к упражнениям и руководит общей последовательностью работы. Сопровождающий помогает ведущему в показе упражнений, в ситуациях, когда необходимо моделирование, он раздает пациентам игровой материал, карточки с заданиями. Оба ведущих следят за выполнением упражнений и динамикой эмоционального состояния участников, дают необходимую обратную связь членам группы. Оба котерапевта постоянно ведут дневник занятий, фиксируют переходы к новым подпрограммам, цели каждого занятия и упражнения, реакции и динамику достижений участников группы. Котерапевты совместно обсуждают каждое занятие: насколько достигнуты цели занятия, какова индивидуальная динамика его участников, как выполнялись упражнения, насколько удачным было их взаимодействие. Каждое следующее занятие тщательно планируется на основе стратегии программы и анализа предшествующего занятия. Рекомендуется проведение тестирования по основным функциям и способностям, на развитие которых направлен тренинг, до и после его проведения.

Структура занятия. Занятия начинаются и заканчиваются одной и той же процедурой. Каждый участник говорит несколько слов о своём настроении в данный момент и том упражнении, которое ему больше всего запомнилось с прошлого занятия. Этот ритуал даёт ведущим информацию об эмоциональном состоянии участников и его динамике, заставляет участников ещё раз вспомнить все сделанные упражнения. Затем, как правило, проводится короткое упражнение, направленное на активизацию, «вхождение в работу». Это может быть «повторение пройденного» – закрепление уже проработанного этапа. Потом следуют более трудоёмкие упражнения, которые продолжают начатую или вводят новую подпрограмму тренинга. Результаты выполнения этих упражнений обсуждаются. Часто после таких обсуждений, когда выявляются способы, которые позволяют улучшить выполнение упражнений, они повторяются снова (в таком же или модифицированном виде) для освоения и закрепления этих способов. Более долгие, требующие сосредоточенности упражнения чередуются с короткими, часто двигательными, упражнениями. В конце занятия проводится короткое упражнение, которое должно поддержать положительную эмоциональную атмосферу, создать ощущение успеха, удовлетворения.

После каждого занятия участникам предлагается выполнить домашнее задание. Оно может в какой-то форме повторять то, что делалось на занятии или, наоборот, подготавливать материал для следующего занятия. Домашнее задание экономит время на занятии и заставляет участников проявлять определённую активность в промежутках между занятиями.

Последовательность выполнения упражнения участниками может быть разной. Как правило, упражнения выполняются по кругу или – в более сложном варианте – очередь определяется перекидыванием друг другу предмета (мяча, мягкой игрушки). Многие упражнения выполняются в парах.

На первом занятии ведущие ещё раз сообщают участникам всю необходимую информацию о тренинге, включая перечисление его целей, подчёркивают важность комплексного лечения, которое включает и медикаментозное лечение и психологические тренинги, перечисляют правила работы группы. Участникам выдаётся памятка с кратким перечислением целей тренинга, правилами работы группы (с небольшим комментарием) и, если нужно, расписанием занятий.

Методики, рекомендуемые для тестирования соответствующих функций и навыков. Тестирование рекомендуется проводить перед началом и после окончания тренинга.

1-й блок (самооценка дисфункций и симптомов):

1) самооценка когнитивных и социальных дисфункций (опросник когнитивного дефицита А.Б. Холмогоровой);

2) эмоциональные нарушения (опросники тревоги и депрессии Бека);

2-й блок (когнитивные функции):

3) внимание (счёт с переключением Платонова-Савиной, методика «поиск слов» Савиной);

4) память (10 слов);

5) predisпозиция – латентные признаки (вариант методики «сравнение понятий», разработанный в лаборатории Ю.Ф. Полякова);

6) коммуникативная направленность мышления (методика «определение понятий» А.Б. Холмогоровой);

3-й блок (социальное функционирование):

7) социальное восприятие (методика «распознавание эмоций», вариант Н.С. Курека);

8) самооценка (вариант Дембо-Рубинштейн);

9) уровень активности, адекватность целеобразования (методика «уровень притязаний», вариант Н.С. Курека);

10) требования к себе, стандарты качества, особенности переработки социально значимой информации (опросник перфекционизма Н.Г. Гараян, А.Б. Холмогоровой);

11) уровень воспринимаемой социальной поддержки (опросник социальной поддержки Зоммера, Фюдрика, стандартизированный в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава).

Подпрограммы ТКСН. Этап интенсивного тренинга включает 6 подпрограмм:

1) тренировка памяти и внимания;

2) тренировка коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации;

3) развитие точности социального восприятия;

4) развитие вербальной коммуникации;

5) отработка социальных навыков;

6) развитие навыков решения проблем.

Описание подпрограмм тренинга

Подпрограмма 1. Тренировка памяти и внимания (2–3 занятия идут как основные).

Задачи:

1) мотивирование, проблематизация, знакомство;

2) создание безопасной атмосферы и позитивного настроя;

3) введение элементов группового взаимодействия;

4) отработка на игровых моделях мнемотехнических приёмов (опора на смысловые связи) и приёмов концентрации внимания (выполнение упражнений, требующих отслеживания процесса, готовности к быстрому реагированию), селектирования информации (например, отвечать только на определенные стимулы, «чёрного и белого» не называть и т. д.) и упорядочивания информации (составление иерархии понятий и признаков понятий, выстраивание бессмысленного набора предложений в рассказ и т. д.);

5) обсуждение трудностей, а также выработанных приёмов и способов их преодоления.

Подпрограмма 2. Развитие коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации (2–3 занятия идут как основные).

Задачи:

1) введение взаимодействия в парах на материале прошлых занятий (совместное запоминание, помощь в удержании внимания);

2) работа с понятиями (определение заданных понятий для другого, угадывание задуманных понятий, совместное вычленение наиболее информативных признаков понятий, получение обратной связи о трудностях, возникающих у партнеров);

3) взаимодействие в парах с целью совместного достижения определённого результата (совместное рисование фигур, преодоление препятствий и т. п.);

4) обсуждение трудностей и средств их преодоления.

Подпрограмма 3. Социальное восприятие (2–3 занятия идут как основные).

Задачи:

1) тренировка в интерпретации невербальной экспрессии – распознавание эмоций, выражение различных эмоций, распознавание эмоционального состояния по мимике и жестам;

2) тренировка в анализе социальных ситуаций на материале картинок и слайдов – сбор информации об эмоциональном состоянии персонажей, обстановке и других деталях;

3) тренировка в интерпретации собранной информации;

4) тренировка в классификации и квалификации различных межличностных ситуаций;

5) обсуждение трудностей и способов их преодоления.

Подпрограмма 4. Вербальные коммуникации (2–3 занятия идут как основные).

Задачи:

1) тренировка в точности воспроизведения получаемой вербальной информации, например, небольшого фрагмента текста или маленького рассказа;

2) тренировка в составлении предложений, вопросов и ответов на заданную тему;

3) совместное интервьюирование одного или двух членов группы на заданную тему;

4) свободная коммуникация на заданную тему;

5) обсуждение трудностей и способов их преодоления.

Подпрограмма 5. Социальные навыки (2–3 занятия идут как основные).

Задачи:

1) вычленение трудностей в повседневном быту и самообслуживании;

2) развитие навыков самостоятельности (например, планирование сборов перед выходом; планирование действий при походе в магазин, планирование приготовления завтрака и т. п.);

3) вычленение и обсуждение реальных межличностных ситуаций, вызывающих затруднение;

4) обсуждение возможных вариантов поведения и диалога в этих ситуациях;

5) проведение ролевой игры (вначале моделью может выступить котерапевт);

6) обсуждение результатов ролевой игры, вычленение способов преодоления трудностей.

Подпрограмма 6. Эмоциональная саморегуляция и решение проблем (завершает этап интенсивного тренинга).

Задачи:

1) развитие навыков самонаблюдения с помощью дневника для регистрации ситуаций и связанных с ними эмоций и мыслей (методика «три колонки»);

2) вычленение причин, влияющих на настроение – провоцирующие ситуации (например, необходимость выхода из дома), негативные мысли (например, «у меня ничего не получится», «люди смотрят недоброжелательно» и т. п.), дисфункциональные убеждения (например, «надо всё делать

хорошо или вообще не делать», «люди недоброжелательны» и т. д.);

3) развитие навыков альтернативного мышления и совладающего диалога;

4) вычленение типичных проблемных ситуаций, их конкретизация и расчленение на более мелкие (например, устройство на работу);

5) выделение этапов и обсуждение возможных способов их решения.

Далее следует этап поддерживающего тренинга, на котором продолжается отработка навыков, на которые был направлен интенсивный этап.

Апробация программы ТКШН. Программа была апробирована в условиях дневного стационара в клинике первого эпизода болезни Московского НИИ психиатрии Росздрава, а также в условиях стационара в отделении первого психотического эпизода ОКПБ № 1 г. Оренбурга.

В условиях дневного стационара групповые тренинговые занятия проводились в режиме три раза в неделю. Всего было проведено 6 тренинговых групп, каждая включала от 6 до 8 человек. Все больные находились на медикаментозном лечении.

В условиях стационара групповые тренинговые занятия проводились 5 раз в неделю. Всего было проведено 8 тренинговых групп, каждая из которых включала от 8 до 12 человек. Все больные находились на медикаментозном лечении.

Больные были обследованы методиками из описанного выше комплекса. Обобщая полученные данные, можно зафиксировать положительную динамику коммуникативной направленности мышления (у больных возматала ориентация на другого человека, уменьшалось число латентных признаков, повышалась самооценка своей способности к общению, улучшалось распознавание эмоций другого человека); возрастание активности и улучшение произвольной регуляции когнитивных функций (пациенты активнее использовали различные стратегии запоминания, показатели памяти улучшились примерно у половины из них, более чем у половины больных повысилась скорость работы в заданиях на внимание, более половины больных отметили снижение истощаемости в процессе интеллектуальной деятельности); улучшение эмоционального состояния (снижаются симптомы депрессии и тревоги) и повышение уровня социальной поддержки. Эти данные носят предварительный характер и нуждаются в дальнейшей проверке. Все больные находились на комплексном лечении, поэтому необходимы дальнейшие исследования с привлечением контрольных групп, находящихся на чисто медикаментозном лечении.

Литература

- Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией. Автореф. дисс... канд психол. наук. М.: 1986; 23.
- Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998; 8: 4: 5–20.
- Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Шмуклер А.Б. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2004; 14: 1: 81–86.
- Зейгарник Б.В. Патология мышления, М., Изд-во Моск. ун-та, 1962; 242.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1985; 12.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция в норме и патологии // Психологический журнал. 1989; 2.
- Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: МГУ, 1978; 65.
- Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: 1991: 256.
- Курек Н.С. Дефицит психической активности, пассивность личности и болезнь. М.: 1996: 245.
- Савина Т.Д. Изменение характеристик произвольного внимания у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. М.: 1982; 149–162.
- Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: МГУ, 1976.
- Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении. Дисс. ... канд. психол. наук. М.: 1983; 219.
- Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции // Московский психотерапевтический журнал. 1993; 2.
- Холмогорова А.Б. Психосоциальные аспекты микросоциального аспекта психических расстройств (на примере шизофрении) // Московский психотерапевтический журнал. 2000; 3: 35–71.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Далыкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков // Социальная клиническая психиатрия. 2007; 4.
- Bellack A.S. Das Fraining sozialer Fertigkeiten zur Behanding chronisch Schizophrener. Bewaltigung des Schizophrenie. Bern, 1986; 121–131.
- Bentall R. From cognitive studies of psychosis to cognitive-behavior therapy for psychotic symptoms. Cognitive-Behavioral Interventions with Psychotic Disorders, ed by G.Haddock and P.Slade London and New York: Routledge. 1996; 3–27.
- Brenner H.D., Hodel H., Kube G. & Roder V. Kognitive Therapie bei Schizophrenie: Problematische u. Empirische Ergebnisse // Nervenarzt B., Bd. 58, 1987; 2: 72–83.
- Brenner H.D., Hodel H., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunction and behavioral deficits in schizophrenia: Integrated psychological therapy // Schizophrenia Bulletin, 1992; 18: 21–26.
- Brugha T.S. (1995). Social support and psychiatric disorder: overview of evidence // Social Support and Psychiatric Disorder / ed. by T.S. Brugha - Cambridge: University Press.
- Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy - Monterey. 1986.
- Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung fur Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen // Nervenarzt - B., Bd. 54, N1, 23–32.
- Leff J. (1989). Review Article. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion // The International Journal of Social Psychiatry, V.35, N2, 133–445.
- Lieberman R.P., Jacobs H.E., Boon S.E., Foy D.W. Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an der Gemeinschaft // Bewaltigung der Schizophrenie - Bern. 1986; 96–112.
- Lieberman R.P., Eckman T.A. Zur Vermittlung von Trainingsprogrammen fur soziale Fertigkeit an psychiatrischen Einrichtungen // Schizophrenie als systematische Storung - Bern. 1989; 256–269.
- Lieberman R., Wallace Ch., Blackwell G. et al. Innovation of skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules // Innovations & Research. 1993; 2: 43–60.
- Mc Chie A. & Chapman J. Disorders of attention and perception in early schizophrenia // Brit. J. of Medical Psychology. 1961; 34: 103–116.
- Meichenbaum D.W., Cameron R. Training schizophrenics to talk to themselves // Behavior Therapy. Oxford, 1973; 4: 6: 515–534.
- Neuchterlein K.H., Snyder K.S., Dawson M.E. & Rappe S. Expressed Emotion, Fixed-dose Fluphenazine Deconate Maintenance and Relapse in Resent Onset Schizophrenia // Psychopharmacology Bull. Bethesda. 1986; 22: 2: 633–639.
- Payn R.W. The measurement of significance of overinclusive thinking and retardation in schizophrenic patients / Psychopharmacology of schizophrenia, ed. by P.H. Hoch, J. Zubin - N.Y.: Crine Stratton. 1986.
- Schakow D. Segmental Set: A Theory of the Formal Psychol. Deficit in Schizophrenia // Arch. Of General Psychiatry. 1962; N.Y., 6: 1: 1–17.
- Schakow D. Some observation on the psychology (and some fewer on the biology) of schizophrenia // Journal of Nervous and Mental Disease. 1971; 153: 300–316.
- Tarrier N. Elektrodermale Aktivitat expressed Emotion und Verlauf in der Schizophrenie // Schizophrenie als systematische Storung - Bern. 1989; 106–116.
- Vaughn C., Leff J.P. The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness // Brit. J. Of Psychiatry - L. 1976; 129: 2: 125–137.
- Wallace Ch., Nelson C., Lieberman R.P. & Aitchinson R.A. A Review and Critique of Social Skills with Schizophrenic Patients // Schizophrenia Bull. - Wash. 1980; 6: 1: 42–63.
- Wallace Ch. Community and Interpersonal Functioning in the Course of Schizophrenic Disorders // Schizophrenia Bull. - Wash. 1984; 10: 2: 233–253.
- Wallace Ch., Lieberman R., MacKain S. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill // American Journal of Psychiatry. 1992; 149: 654–658.