

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом

Д. Туркингтон, С. Тай, С. Браун, А.Б. Холмогорова
D. Turkington, S. Tai, S. Brown, A. Kholmogorova

(Newcastle University, Manchester University, Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust, Московский НИИ психиатрии)

ВВЕДЕНИЕ

К истории вопроса

Шизофрения рассматривается в настоящее время большинством исследователей как генетически детерминированное расстройство нейроразвития, характеризующееся позитивными и негативными симптомами и когнитивным дефицитом [15]. С этой позиции процесс заболевания предстает как постепенное снижение уровня функционирования, сопровождаемое эпизодическими обострениями. Этот взгляд на шизофрению ведет свое начало от Э. Крепелина и не позволяет особо рассчитывать на эффективность психотерапевтического вмешательства [67]. Е. Блейлер, в отличие от Э. Крепелина, рассматривал шизофрению как группу гетерогенных психозов, различных по своей этиологии и генезу [16]. Это нашло подтверждение в ряде исследований, авторы которых различают «дефицитарную» и «недефицитарную» формы шизофрении [32]. Более оптимистичный взгляд на данное заболевание подтверждается также катamnестическими исследованиями длительностью от 15 до 25 лет, которые показали, что примерно 50 % больных оказывались достаточно хорошо адаптированы, а многие практически выздоравливали [40]. В других исследованиях была убедительно доказана роль травмы как фактора уязвимости и предиктора шизофрении, что также позволяло обосновать важность психологических мишеней и методов в комплексной терапии шизофрении. Авторитетные зарубежные и отечественные авторы отмечают, что наиболее полно учитывает имеющиеся научные данные биопсихосоциальная диатез-стрессовая модель шизофрении [4, 24]. «Стресс-обусловленная гипотеза в большей степени соответствует биопсихосоциальному подходу к пониманию шизофрении и представляет собой наиболее приемлемый способ для обобщения имеющихся данных и теорий» [1].

Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) шизофрении изначально развивалась с целью поддержки и усиления эффекта антипсихотического медикаментозного лечения и социальной помощи. В Великобритании развитие психологических моделей психозов привело к новому пониманию природы и механизмов функционирования продуктивных симптомов, их связи с личностной уязвимостью и жизненными стрессорами [34].

В настоящее время в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии шизофрении можно выделить два базовых метода:

1) основанный на модели центрального психологического дефицита и представлении о несформированности когнитивных и социальных навыков, раз-

витие которых и становится главной мишенью психотерапии;

2) основанный на двухуровневой модели когнитивных процессов А. Бека, согласно которой система незрелых негативных убеждений больных обуславливает когнитивные искажения и дисфункциональные автоматические мысли, лежащие в основе позитивных симптомов, соответственно главной мишенью психотерапии становится редукция этих симптомов.

Первый метод достаточно хорошо известен российским специалистам по обзорам [6, 7]. Оригинальная модель тренинга когнитивных и социальных навыков, соединяющая наиболее значимые отечественные и зарубежные разработки, подробно освещалась на страницах данного журнала [7] и нашла применение в работе ряда клиник России (Оренбург, Санкт-Петербург).

Данная статья посвящена характеристике второго метода, пока мало известного в России. В этой связи представляется необходимым несколько подробнее остановиться на специфике когнитивных нарушений при шизофрении и связанных с этой спецификой методах помощи.

Общая характеристика когнитивных нарушений при шизофрении и проблема их природы

При всей дискуссионности любых исследований в области шизофрении большинство ученых сходятся в том, что именно нарушения когнитивных процессов лежат в основе разнообразных симптомов, сопровождающих данное заболевание. Поэтому в англоамериканской литературе нарушения когнитивных процессов получили название центрального психологического дефицита (core psychological deficit), а в немецкоязычной – базисного нарушения (Basisstörung). Многие исследователи развивали эти представления, полагая, что когнитивные нарушения, возникающие в результате поломки биохимических механизмов, ведут к основным базисным симптомам шизофрении [23, 43]. При этом все симптомы исследователи пытались вывести из одного центрального или основного нарушения.

В когнитивной психологии разрабатывались различные модели внимания, которые ложились в основу исследований в клинической психологии. Первые модели центрального психологического дефицита были основаны на представлении о функции внимания как о фильтре, отсеивающем ненужную информацию. Соответственно центральный дефицит трактовался как нарушение внимания (attention impairment) в результате поломки фильтров. Следующая модель цент-

рального дефицита связывала основную поломку не с фильтрацией информации, а с трудностями выбора адекватного ответа или реакции (response selection) вследствие ослабления установок или целей, осуществляющих регулятивные воздействия [60]. В теории интерференции [19] именно это нарушение – сниженная способность ориентироваться на прошлый опыт и отсутствие соответствующей иерархии ответных реакций – кладется в основу всего многообразия симптоматики.

В более поздних концепциях в качестве основного нарушения рассматривалась ограниченная «пропускная способность» – снижение объема перерабатываемой информации (limited information processing capacity) [54], соответственно предполагается, что когнитивные нарушения усиливаются при увеличении объема информации, которую необходимо переработать. Причины, которые лежат в основе этого феномена, разными авторами трактуются по-разному.

Известный американский специалист в области исследования когнитивного дефицита и способов его компенсации Corrigan, суммируя попытки трактовки сниженной «пропускной способности», выделил следующие:

- 1) так называемую «неэффективную политику распределения ресурсов» («inefficient Allocation Policy»), выражающуюся в трудностях выделения значимых, согласующихся с внутренними целями и задачами моментов в поступающей извне информации вследствие дезинтеграции перцептивных и когнитивных процессов;
- 2) эффекты повышенной возбудимости центральной нервной системы (effects of arousal), приводящие к общему снижению продуктивности;
- 3) нарушение автоматизированных процессов (impaired automaticity) или трудности автоматизации навыков и реакций при их выработке [25].

В отечественной клинической психологии когнитивные нарушения при шизофрении также стали предметом интенсивных исследований, в процессе которых были получены оригинальные результаты и выдвинуты эвристичные, важные для организации психологической помощи этим больным идеи [2, 3, 5]. Комплексный тренинг когнитивного дефицита и социальных навыков, основанный на различных представлениях о нарушениях когнитивных процессов и связанных с ними трудностей в социальной адаптации, со временем стал одной из наиболее популярных и эффективных моделей психологической помощи больным шизофренией [6–8, 59, 60].

В последние годы в структуре когнитивного дефицита особое внимание исследователей привлекают нарушения так называемого социального познания у больных шизофренией. Существует тенденция рассматривать эти нарушения в качестве основного дефицита, наиболее тесно связанного с трудностями социальной адаптации и исходом заболевания. Под социальным познанием, или социальными когнициями, понимается «многоаспектный конструкт, который связан с психическими процессами, лежащими в основе социальных интеракций» [44]. Часто ссылаются на определение Adolphs, который рассматривает социальные когниции как «способность строить репрезентации отношений между собой и другими людьми и использовать их для гибкой регуляции социального поведения» [9]. Многие авторы считают, что нарушения этой способности при шизофрении

имеют наследственную биологическую природу и выдвигают гипотезу о существовании сформировавшихся в процессе эволюции структур – так называемого «социального мозга» – и о его «повреждении» у больных шизофренией [20].

Модель центрального психологического дефицита в настоящее время все чаще называется моделью нейropsychологического дефицита, так как в ней подчеркивается связь психологических дисфункций с биологическими дисфункциями определенных зон центральной нервной системы.

Однако помимо наследственных факторов различных мозговых дисфункций, авторитетные исследователи в этой области Б. Ходель и Г. Бреннер отмечают вклад негативных психосоциальных влияний. Они подчеркивают, что созревание центральной нервной системы, формирование структуры мозга и нейронных сетей в процессе развития происходит под воздействием внешних факторов. «Это объясняет, почему негативные психосоциальные факторы могут приводить к нарушениям внимания, перцепции и когнитивного функционирования, зависящих от функционального состояния мозга. Другими словами, эти нарушения могут быть усилены или снижены под действием как внутренних, так и внешних факторов» [41].

Рост числа исследований, доказывающих роль стресса и негативного травматического опыта в генезе и течении шизофрении, привел к появлению моделей психотерапии, в которых важная роль принадлежит работе с системой негативных дисфункциональных убеждений больных и с их неадекватными компенсаторными стратегиями. Успехи когнитивной психотерапии А. Бека в области лечения аффективных расстройств привели к развитию методов, направленных на выявление психологических механизмов продуктивных и негативных симптомов шизофрении, а также методов их психологического купирования.

КБТ как направление психотерапии представляет собой структурированный, основанный на сотрудничестве психотерапевта и пациента подход с очень солидной доказательной базой. Не удивительно, что этот подход стал успешно использоваться в психиатрической практике, в том числе в лечении больных с острыми психотическими состояниями, которому и посвящена данная статья. Она включает три части: характеристику КБТ и ее применения в работе с продуктивными симптомами шизофрении; обзор доказательных исследований эффективности этого применения; описание основных техник КБТ бреда и галлюцинаций с иллюстрациями из клинической практики.

О КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ А. БЕКА

Общая характеристика подхода

В 1952 г. А. Бек опубликовал первый случай лечения пациента, страдающего шизофренией, на основе работы с его мыслями и убеждениями. Но только в последние два десятилетия его идеи получили широкое распространение и возникла модель когнитивной психотерапии шизофрении, прошедшая к настоящему времени солидную эмпирическую проверку. В 1950-х гг. эти идеи А. Бека были слишком новаторскими и вряд ли могли найти поддержку в сообществе специалистов.

Впервые систематически КБТ была описана А. Беком в форме руководства по лечению депрессий. Ее ключевые элементы в модифицированной форме при-

¹ В современной психологии внимания введен термин salient («выделенный») для описания информации, которая выдвигается на передний план сознания индивидуума. Некоторые исследователи шизофрении предлагают рассматривать трудности в иерархизации или выделении нужной информации не только в качестве центрального дефицита, но даже заменить термином salient desregulation disorder («расстройство, связанное с дезрегуляцией выделения значимого») само классическое название этого заболевания.

ложимы и в случае лечения пациентов с диагнозом шизофрении. На этапе диагностики терапевт расспрашивает пациента и составляет с ним список проблем, из которого вытекают мишени терапии и домашние задания для последующих психотерапевтических сессий. Также оценивается риск, и выявляются совладающие стратегии, которые использует пациент. Затем следует презентация когнитивной модели расстройства на примерах того, как наши установки и способы мышления могут приводить к эмоциональным, поведенческим, а в определенных случаях и соматическим нарушениям. Терапевт может давать объяснения, используя собственный опыт, например рассказать, как он преодолел страх полетов на самолете, корректируя собственные ошибочные мысли и убеждения относительно безопасности такого способа передвижения. Затем терапевт и пациент, опираясь на уже составленный список проблем, вместе выбирают мишень для демонстрации ошибочности автоматических мыслей на когнитивном материале пациента, и в оптимальном варианте последний получает первый успешный опыт такого рода работы. Следующим шагом терапевт просит пациента дать ему обратную связь о первой сессии, а затем сам суммирует ее результаты в целях достижения лучшего понимания и укрепления сотрудничества. Домашние задания определяются совместно. Это может быть, например, самостоятельное чтение информации о КБТ или брошюры об основных видах искажений мышления. В случае когнитивной терапии депрессий А. Бек работал над модификацией дисфункциональных мыслей и убеждений, поддерживающих депрессию. В случае шизофрении слуховые галлюцинации могут рассматриваться как экстернализированные автоматические мысли, а бред – как идеосинкратические убеждения, которые не очевидны для других людей. Мысли и убеждения – основные мишени работы в когнитивной-бихевиоральной психотерапии шизофрении. Многие продуктивные и негативные симптомы также успешно поддаются модификации с помощью КБТ, что приводит к продолжительному улучшению в социальном функционировании пациентов.

Основные положения КБТ шизофрении

В основе КБТ продуктивных симптомов при шизофрении лежит ряд положений, которые во многом подтверждаются эмпирическими исследованиями.

1. Бред и галлюцинации не являются механическим следствием нейрокогнитивного дефицита. Имеет место связь продуктивных симптомов с негативными жизненными событиями или же особым жизненным контекстом.
2. Особая роль в предшествующем негативном жизненном опыте принадлежит дисфункциональным интерперсональным отношениям.
3. Пусковыми факторами-усилителями продуктивных симптомов служат определенные стрессоры – события, обстоятельства.
4. Так же как и в случае депрессивных и тревожных расстройств, при восприятии этих стрессоров у больных шизофренией имеют место выраженные когнитивные искажения: персонализация, сверхобобщение, произвольные умозаключения и др.
5. Компенсаторная стратегия совладания со страхом и растерянностью в виде избегающего поведения (так называемое «безопасное поведение», свойственное также пациентам с тревожными расстройствами) мешает эмпирической проверке своих дисфункциональных убеждений и способствует их укреплению и хронификации.
6. Слуховые галлюцинации представляют собой проекцию вовне автоматических полусознательных мыслей. Работа по модификации бредовых убеж-

дений, которые лежат в основе таких автоматических мыслей, а также применение специальных техник, направленных на реатрибуцию этих голов самому себе (например, концентрация на них, обсуждение с персоналом, повторение сказанного собственным голосом и т. д.), может способствовать редукции слуховых галлюцинаций.

Уже проведены многочисленные исследования, доказывающие эффективность когнитивной психотерапии для уменьшения продуктивных и негативных симптомов, перестройки «психотического мышления», снижения депрессии и дисфории [56]. Было показано, что редукция как негативных, так и продуктивных симптомов при медикаментозном лечении в сочетании с когнитивной психотерапией значительно успешнее, чем при стандартном медикаментозном лечении в сочетании с поддерживающей психотерапией. Рассмотрим подробнее результаты наиболее строгих доказательных исследований.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ И РАНДОМИЗИРОВАННЫЕ КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Серия рандомизированных контролируемых исследований (RCTs) доказала эффективность КБТ в работе с позитивной и негативной симптоматикой, а также с рядом других симптомов, типичных для шизофрении: низкой способностью к пониманию и инсайту, депрессией, суицидальными мыслями. Улучшение, однако, не было выявлено для симптомов когнитивного дефицита. Последнее говорит о том, что тренинг когнитивных и социальных навыков и когнитивная психотерапия на основе модели А. Бека адресованы разным мишеням и могут дополнять друг друга.

Эффективность (рандомизированные контролируемые исследования)

Первое рандомизированное контролируемое исследование эффективности КБТ в сравнении с обычным лечением было проведено в 1997 г. [47] при лечении выборки из 60 пациентов с хронической шизофренией. Спустя 9 месяцев после начала лечения улучшение оставалось значимым только в группе КБТ. Отмечалось небольшое количество пациентов, прервавших лечение (11 %), и высокий уровень удовлетворенности проводимым лечением (80 %). Тем не менее статистически значимой динамики не было обнаружено при прицельной оценке выраженности бреда и частоты галлюцинаций, общая оценка выраженности различных симптомов также статистически не различалась в двух сравниваемых группах. Спустя 18 месяцев 47 участников исследования были обследованы еще раз, при этом обнаружилось, что группа, находившаяся на лечении КБТ, демонстрировала значимое и устойчивое улучшение при оценке выраженности всех симптомов, включая бред и галлюцинации.

Годом позже Tarrier et al (1998) опубликовали результаты методологически безукоризненно организованного рандомизированного контролируемого исследования 87 пациентов с резистентным галлюцинаторным синдромом. В нем сравнивались результаты КБТ (включавшей оптимизацию стратегий совладания со стрессом и решения проблем), поддерживающей психотерапии и традиционного медикаментозного лечения. Психотерапевтическое лечение в двух сравниваемых группах с психотерапией проводилось в интенсивном режиме: две сессии в неделю в течение 10 недель. Спустя три месяца оценка показала, что как в группе КБТ, так и в группе поддерживающей терапии результаты были лучше, чем в третьей группе традиционного лечения. При этом, однако,

только группа, получавшая КБТ, продемонстрировала значимое улучшение в отношении продуктивной симптоматики: положительная динамика имела место более чем у 50 % участников этой группы. Однако это преимущество КБТ в сравнении с поддерживающей терапией оказалось незначимым при замере спустя 18 месяцев. Тем не менее обе группы имели меньшее количество обострений в сравнении с группой традиционного лечения при обследовании спустя год и два года [63, 64].

В 1999 г. в Италии Pinto et al. провели рандомизированное исследование результативности лечения КБТ пациентов, уже начавших курс лечения клозапином. Двадцать из них на основе процедуры рандомизации попали в группу КБТ в сочетании с тренингом социальных навыков, а 21 – в группу поддерживающей терапии. Обе группы к концу лечения продемонстрировали значимую положительную динамику в отношении негативных и продуктивных симптомов. Однако при сравнении групп выяснилось, что пациенты, получавшие КБТ в сочетании с тренингом социальных навыков, продемонстрировали меньшую выраженность симптоматики, включая продуктивные симптомы, чем группа поддерживающей терапии. В отношении негативных симптомов значимых различий между группами получено не было. Следование режиму лечения в обеих группах было хорошим (между 75 % и 85 % пациентов), но пациенты экспериментальной группы посетили в целом большее количество терапевтических сессий, чем пациенты контрольной. К сожалению, результаты исследования с трудом поддаются интерпретации, так как время проявления эффекта от лечения клозапином варьирует вплоть до 6 месяцев от начала приема, кроме того часть пациентов, страдавших от побочных эффектов, получали претерапевтические дозы. Несмотря на эти накладывающиеся факторы, группа КБТ имела более выраженное улучшение при общей оценке степени редукции симптоматики.

В 2000 г. Sensky et al. провели рандомизированное контролируемое исследование пациентов с продуктивными симптомами, резистентных к медикаментозному лечению. Они сравнили эффективность курса лечения из 20 сессий КБТ с поддерживающей психотерапией и контрольной группы, получавшей неспецифическое лечение, сопоставимое по длительности. Девяносто пациентов получили в среднем по 19 терапевтических сессий в течение 9 месяцев. В обеих группах отмечалось существенное снижение выраженности как продуктивных, так и негативных симптомов, однако устойчивым спустя пять лет оказалось только улучшение в группе КБТ.

Granholt et al. (2005) методом рандомизации распределили 57 пациентов среднего и пожилого возраста с хроническим течением шизофрении на группу когнитивно-бихевиорального тренинга социальных навыков и группу традиционного лечения, каждая из которых получила 24 еженедельных групповых терапевтических сессии. Они пришли к выводу, что группа, получавшая когнитивно-бихевиоральный тренинг социальных навыков, обучилась совладающим навыкам и более объективной оценке своего аномального опыта (демонстрировала больший когнитивный инсайт и осознание проблем). Кроме того они имели лучшие показатели социального функционирования.

Turkington et al. (2006) более 10 дней проводил тренинг со средним медицинским персоналом (психи-

атрическими медицинскими сестрами) по обучению краткосрочной КБТ (6 сессий в течение 2–3 месяцев) для пациентов, страдающих от хронических продуктивных и негативных симптомов шизофрении. Результаты их работы с этими пациентами сравнивались с обычным лечением. Результаты лечения выборки из 422 человек показали, что в течение года пациенты, получавшие КБТ, имели значительную положительную динамику. Хотя при оценке общей выраженности симптоматики значимых отличий между экспериментальной и контрольной группами выявлено не было, оказалось, что КБТ предотвращает депрессию, улучшает инсайт, сокращает время, проводимое в стационаре, и время обращения за помощью в случае повторных приступов.

Garety et al. (2008) сравнил эффективность КБТ и семейной терапии для превенции повторных приступов у больных, только что перенесших приступ психоза. Курс лечения из 20 сессий КБТ или такого же количества сессий семейной терапии в течение 9 месяцев прошли 301 пациент с психозом и 83 человека из ближайшего окружения. Традиционное медикаментозное лечение (первая группа) сравнивалось с КБТ в сочетании с традиционным лечением (вторая группа) и семейными интервенциями в сочетании с традиционным лечением (третья группа). Больные и их родственники были разделены на группы в соответствии с принципом рандомизации. Согласно данным этого исследования ни добавка КБТ, ни добавка семейных интервенций к традиционному лечению не влияла на количество повторных приступов в течение года или двух после лечения. Однако КБТ в отличие от семейных интервенций оказывала дополнительное положительное влияние на уровень дистресса, связанного с бредом, и на уровень социального функционирования, причем только у тех больных, которые имели родственников. В группе КБТ спустя 24 месяца отмечались также более низкие показатели депрессии. Исследователи сделали вывод, что определенные формы КБТ целесообразно рекомендовать пациентам с персистирующими продуктивными симптомами, резистентными к медикаментозному лечению, а также необходимо внедрять в качестве обязательного метода при текущих эпизодах болезни для улучшения выхода из нее.

Систематические обзоры

N. Rector и A. Beck (2001), а также Gould et al. (2001) представили систематические обзоры (мета-анализы) рандомизированных контролируемых исследований когнитивно-бихевиоральной психотерапии, направленной на продуктивную симптоматику при шизофрении. В обзоре Gould et al. сила эффекта (ES)² была рассчитана для семи выборок, в общей сложности включавших 340 участников. Средняя сила эффекта редукции симптомов равнялась 0,65, 95 % CI = 0,56–0,71. Катамнестические исследования в четырех выборках из семи показали, что пациенты, прошедшие курс КБТ, даже после его окончания продолжают получать преимущества по сравнению с контрольными группами (ES = 0,93). Эти данные показывают, что КБТ является эффективным методом помощи пациентам с персистирующими продуктивными симптомами.

Tarrier, Wykes (2004) провели метаанализ 20 контролируемых исследований КБТ шизофрении и сообщили о средней силе эффекта 0,37. Согласно данным

² Сила эффекта может быть понята как средний процентиль усредненного испытуемого экспериментальной группы относительно усредненного испытуемого контрольной группы (усредненная степень отличия пациента экспериментальной группы от пациента контрольной группы). Сила эффекта может быть также проинтерпретирована как процент неперекрываемости полей значений экспериментальной и контрольной групп. Так, сила эффекта в 0,8 означает, что 1) 47,4 % значений испытуемых двух групп не пересекаются, 2) средние показатели эмпирической группы на 0,8 стандартного отклонения выше средних показателей контрольной группы, 3) средний эмпирический пациент имеет результат лучший, чем у 79 % контрольной группы.

этих авторов, преимущества КБТ в лечении шизофрении имеются, однако сила эффекта невелика.

Zimmerman et al. (2005) рассмотрели 14 исследований, включавших данные обследования 1484 пациентов, опубликованные в интервале 1990–2004 гг. Метаанализ этих данных позволил сделать вывод, что КБТ в сравнении с другими методами способствует значительной редукции продуктивной симптоматики, включая возрастающие со временем преимущества для пациентов как с острым психотическим эпизодом ($ES = 0,57$, 95 % $CI = 0,31-0,83$), так и с хроническими состояниями ($ES = 0,27$, 95 % $CI = 0,11-0,42$).

Таким образом, современные доказательные базы свидетельствуют, что КБТ – эффективный метод лечения шизофрении. Конечно, существуют определенные ограничения приведенных выше исследований, которые прежде всего касаются «слепоты» и качества применяемой модели КБТ в конкретных случаях. Целый ряд обзоров подтверждает превосходство КБТ над традиционным медикаментозным лечением, однако сравнение с другими методами психотерапии указывает на относительно более скромное преимущество в катамнезе спустя 1–2 года [26].

В Великобритании Национальный институт клинических достижений (NICE) создал основанное на доказательных данных руководство для клинической практики. В 2002 г. его сотрудники сделали метаанализ 13 рандомизированных контролируемых исследований с данными о 1297 пациентах, страдающих шизофренией. Был сделан вывод, что «длительное лечение КБТ значительно более эффективно, чем краткосрочное; последнее может приводить к коррекции симптомов депрессии, но не психотических симптомов. В соответствии с полученными данными продолжительность курса КБТ, направленного на коррекцию психотических симптомов, должна быть более 6 месяцев и включать более 10 запланированных сессий [NICE, 2002].

Нежелательные эффекты

В процессе модификации позитивных и негативных симптомов определенные техники КБТ требуют от пациента толерантности к некоторому росту уровня тревоги до того момента, пока симптомы будут скорректированы. Хороший пример тому – поведенческие эксперименты, направленные на проверку бреда, а также совладающие стратегии для галлюцинаций, предполагающие концентрацию на параноидных убеждениях и содержании голосов соответственно. Пациенты способны выносить эти эксперименты, поскольку они полностью информированы об их смысле и знают, что кратковременный подъем тревоги может в итоге привести к значительному прогрессу в специфических совместно сформулированных целях психотерапии. Свидетельства того, что КБТ может приводить к приступам или росту суицидальной направленности, отсутствуют.

Потивопоказания

Пациенты в остром психотическом состоянии и неспособные к инсайту могут быть также неспособны к созданию терапевтического альянса и мало способны к вовлечению в КБТ. В ряде случаев структурированный формат может привести к усилению симптоматики. Пациенты с высоким риском спровоцированного симптомами неадекватного поведения могут также неадекватно реагировать на КБТ в силу дефицита понимания, а также возможных проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ и с личностной патологией.

Экономичность

При сравнении с другими методами дополнительных выгод не отмечается. Вместе с тем Malik et al.

(2009) сообщает о довольно скромной экономии спустя два года после лечения, которая связана с уменьшением числа приступов и дней госпитализации.

Практические аспекты

Согласно последнему переработанному руководству NICE все пациенты с диагнозом шизофрении должны иметь возможность пройти курс КБТ и работы с семьей. Руководство акцентирует необходимость индивидуального выбора и возрастания доступности психологического лечения, основанного на доказательствах. Несмотря на эти рекомендации, внедрение руководства NICE встречается с трудностями. Неадекватная подготовка и недостаточные возможности супервизии мешают специалистам развивать и совершенствовать навыки в области КБТ шизофрении.

ОСНОВНЫЕ ТЕХНИКИ КБТ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РЕДУКЦИЮ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ И БРЕДА

1. Вовлечение в работу психотического пациента

Пациенты с психотической симптоматикой чаще всего подвергаются насмешкам или игнорированию при попытках обсудить свой опыт с другими людьми. По этой причине они могут быть очень настороженными в начале лечения, и установление доверительного контакта может занять немало времени. Специалисты должны отводить время для этого и предложить пациенту обсудить его опыт, а также возможные, на его взгляд, причины состояния и предпочитаемое лечение. При этом специалисты развивают подход, получивший название сотрудничающего эмпиризма (collaborative empiricism), и не отвергают в прямой форме психотические объяснения, а используют сократический диалог, чтобы актуализировать другие возможные трактовки. Для специалистов одинаково важно не вовлекаться в конфронтацию и не присоединяться к больному, а поддерживать проблематизирующий стиль беседы, в процессе которой могут возникать и проверяться другие точки зрения.

Клинический случай

Петер, пациент 42 лет, страдающий хронической параноидной шизофренией. Его проблемы впервые начались, когда ему было 17 лет, и с тех пор он страдает бредом преследования, галлюцинациями и негативными симптомами, выражающимися в плохом уходе за собой, в низкой мотивации и социальной отгороженности. Он в определенной степени реагировал на высокие дозы клоzapина, но уровень дистресса от хронических продуктивных и негативных симптомов оставался высоким. С начала заболевания он перенес пять госпитализаций. Результаты диагностики показывали крайне высокие показатели симптомов в целом, продуктивных и негативных симптомов в отдельности, а также социальной изоляции и дистресса.

Петер: Компьютеры говорят со мной посредством телепатии.

КБТ-терапевт: Это должно быть пугающим опытом. Это выглядит, как будто мысли появляются в вашей голове или голоса слышны извне?

Петер: Это такой же голос, как ваш, но он звучит, как голос машины.

КБТ-терапевт: Мне бы очень хотелось больше узнать об этом. Могли бы вы рассказать мне, как часто это случается в течение дня и о чем говорит этот голос?

2. Нормализация

Нормализация является процессом, во время которого мысли, чувства и поведение пациента сравнива-

ются с опытом тех, у кого нет проблем с психическим здоровьем [46]. Этот процесс может снизить страх и тревогу и помочь дифференцировать симптомы и так называемый нормальный опыт. Слуховые галлюцинации чаще всего трактуются как признак сумасшествия и опыт, который нельзя делать предметом обсуждения. У пациентов обычно неадекватные и странные объяснения происходящего, и они зачастую уверены, что окружающие тоже слышат их голоса. Цельный ряд исследований показал, что в общей популяции феномен «слышания голосов» с разной степенью частоты и возможности контроля довольно распространен. Почти каждый человек испытывал гипногогические и гурпоромпс галлюцинации, а галлюцинации с образом или голосом умершего весьма распространены при нормальном горе. Эта информация может быть сообщена пациенту, также как и информация об известных людях, которые слышали голоса.

Петер: Компьютер разговаривает со мной каждый день около трех часов, в основном когда я один.

КБТ-терапевт: Знаете ли вы, что такого рода опыт в виде голосов, которые слышатся в одиночестве, очень распространен: один человек из восьми слышит голоса в данный момент. Дефицит сна, галлюциногены или психическая травма являются типичными триггерами.

Петер: Это интересно, так как у меня очень плохой сон.

КБТ-терапевт: В точности так же исследования установили, что параноидные мысли тоже весьма распространены в обычной популяции. Объяснения этих данных вы можете найти на вебстранице www.paranoidthoughts.com.

Петер: Почему компьютер делает это со мной?

КБТ-терапевт: Откуда мы можем знать, что это именно компьютер? Я знаю, что многие люди испытывают беспокойство по поводу такого большого количества техники в наше время. Можем ли мы подумать о других возможных объяснениях?

Когда пациент страдает бредовыми и параноидными идеями, он с легкостью переходит к выводам без поиска обоснований, чтобы понять правду о происходящем. Терапевту целесообразно выразить сомнения там, где это уместно, и поддержать пациента в попытках рационализации опыта и понимания того, что нормально, а что нет.

3. Совладающие стратегии

Совладающая стратегия – это способ справиться со стрессовой ситуацией, травмирующим убеждением или симптомом. Широко распространены деструктивные стратегии, в частности так называемое safety behavior, фактически означающее уход от сложной ситуации, например, в форме избегающего поведения или употребления психоактивных веществ.

Отметим, что наиболее типичная стратегия при психозе – это отвлечение внимания (distraction) от симптомов с использованием телевизора, компьютерных игр, музыки или чтения. К сожалению, эти приемы, или техники совладания, приносят лишь кратковременное облегчение и очень быстро принимают форму safety behavior, поддерживающего и усиливающего психотические симптомы.

Техника фокусировки, при которой пациент вовлекается в диалог с голосами, представляет собой альтернативу, при которой возможна рационализация содержания голосов и осущестствления их контроля. Фокусировка внимания и взгляд как бы со стороны на собственные симптомы (detached mindfulness) признаны наиболее эффективными и получили название метакогнитивных техник.

4. Тестирование реальности

Тестирование реальности – это техника, направленная на ослабление действительности дисфункционального убеждения с помощью анализа доказательств и поиска альтернативных путей мышления с их последующей эмпирической проверкой [22]. При эмпирической проверке какого-либо убеждения всегда существует риск, что она подтвердит его, поэтому проверке обязательно должно предшествовать тщательное планирование, чтобы убедиться, что планируемый тест специфичен и валиден для соответствующей реальности. Планирование бихевиоральных экспериментов, направленных на проверку дисфункциональных убеждений и альтернативных гипотез, требует тщательно обдумывания и достижения согласия между клиентом и терапевтом на их проведение.

Петер: Когда я слышу, как люди кашляют, я знаю, что это мафия, которая работает с компьютером, и они общаются друг с другом по поводу меня.

КБТ-терапевт: Могут ли у людей быть другие причины для кашля?

Петер: Мне ничего не приходит в голову...

КБТ-терапевт: Есть ли у вас друзья – зlostные курильщики, страдающие бронхитом или астмой? Кашляет ли кто-то из них и если да, то по какой причине?

....

Петер: Голос в компьютере сегодня был очень громким.

КБТ-терапевт: Могут ли другие люди слышать его?

Петер: Конечно, он очень громкий.

КБТ-терапевт: Дайте мне знать, когда вы опять будете его слышать, и вместе запишем его на магнитофон. Если лента окажется пуста, что это будет значить?

5. Комплаенс

КБТ вырабатывает комплаенс, укрепляя понимание и сотрудничество. Записываются все преимущества приема медикаментов, а также побочные эффекты, и в результате их соотношения достигается общий вывод о преобладании плюсов над минусами, связанными с приемом лекарств. Когнитивные схемы, препятствующие комплаенсу, могут включать следующие убеждения: раз лекарства не помогли выздороветь другим, не помогут и мне; я не хочу, чтобы меня контролировали и т. п. Эти убеждения также важно обсудить и найти контраргументы.

6. Формулирование

Пациенты обычно не понимают, что то, что они думают и делают, может утяжелять их симптоматику. Петер избегает социальных контактов, несмотря на тот факт, что голоса усиливаются, когда он находится в одиночестве. Он выслушивает их, волнуется, пытается агрессивно кричать в ответ, отмахивается, а в результате страдает его сон. Так выглядит порочный круг, поддерживающий и провоцирующий галлюцинации.

7. Когнитивное переструктурирование (изменение когнитивной схемы)

Обычно в основе психозов лежат крайне негативные представления о себе и о мире. Убеждения о себе могут быть следующими: я – дьявол, я проклят, меня нельзя любить, я виноват во всем плохом. Эти убеждения способствуют очень низкой самооценке. Убеждения относительно мира могут включать следующие: мир опасен, ему нельзя доверять, требуется постоянный контроль. Эти убеждения могут быть выявлены с помощью специального опросника и трансформированы в процессе КБТ.

Петер: Мафия начала эти штуки с компьютером после того, как я потерял работу и моя жена оставила меня. Совершенно очевидно, что я законченный неудачник (печально).

КБТ-терапевт: Давайте подумаем о последней неделе – день за днем, может быть, мы обнаружим не только неудачи.

8. Предупреждение приступов

У каждого пациента, страдающего шизофренией, имеются свои предвестники приступа. В КБТ пациент обучается опознанию своих стрессогенных стимулов и начальных симптомов, которые могут привести к развернутому приступу. На этой основе создается план его предупреждения.

Петер: Я опять плохо сплю и чувствую себя плохо с ощущением измененности.

КБТ-терапевт: В точности то же самое происходило в последний раз перед тем, как у вас возникло сильное возбуждение и вы были госпитализированы.

Петер: Да, это было очень похоже...

КБТ-терапевт: Что могло бы быть полезно? Я думаю, необходимо увеличить дозировку лекарств, провести тренинг на релаксацию и попросить вашего друга пожить с вами неделю или две... Можем мы попытаться это сделать?

В конце курса КБТ Петер все еще довольно высоко оценивал выраженность негативных симптомов. Он отметил умеренно сильное снижение в частоте и выраженности галлюцинаций и бреда; относительно уровня дистресса и социального функционирования также отмечался умеренный прогресс. Хотя спустя два года он, к сожалению, подвергся повторной госпитализации, его пребывание в госпитале на этот раз было очень коротким по сравнению с прежними, что он связывал с лучшим пониманием своего состояния и более конструктивными стратегиями совладания с ним.

ВЫВОДЫ

КБТ представляет собой безопасное и адекватное психологическое лечение шизофрении, направленное на редукцию продуктивных и негативных симптомов с определенным, хотя и относительно небольшим преимуществом по сравнению с другими психотерапевтическими методами (при сравнении силы эффекта). Она показана и при острых психотических состояниях. Техники хорошо проверены, согласованы, базируются на когнитивной модели психозов и представлены в руководствах [46]. Этот метод также эффективен в условиях терапии в сообществах, если персонал прошел соответствующий обучающий тренинг, а также обеспечена регулярная обратная связь с опытными экспертами. КБТ используется только в качестве дополнительного метода к атипичным препаратам и может дополняться другими психологическими методами лечения.

Литература

- Аведисова А.С., Любов Е.Б. Шизофрения и заболевания шизофренического спектра // Психиатрия / под ред. А.Г. Гофмана. М., 2010.
- Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии. 1985. № 12.
- Краснов В.Н. Диагностика шизофрении // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М., 2009.
- Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
- Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 2.
- Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт // Терапия психических расстройств. 2007. № 4.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Далныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4.
- Adolphs R. The neurobiology of social cognition // Curr. Opin. Neurobiol. 2001. V. 1.
- Beck A.T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt // Psychiatry 1952; 15: 305–12.
- Beck A.T. et al. Cognitive Therapy Depression. New York, USA: Guilford Press, 1979.
- Beck J.S. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. UK: Guilford Press, 1995.
- Beck A.T. et al. Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy. New York, USA: Guilford Press, 2009.
- Birchwood M. et al. Predicting relapse in schizophrenia – the development and implementation of an early signs monitoring-system using patients and families as observers, a preliminary investigation // Psychological Medicine 1989; 19: 649–656.
- Bilder R.M. Schizophrenia as a neurodevelopmental disorders // Curr. Opin. Psychiatry. 2001. V. 14.
- Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien, 1911.
- Bouchard S. et al. Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms of schizophrenia: a critical analysis // Behav Ther 1996; 27: 257–277.
- Brabban A., Turkington D. The search for meaning: detecting congruence between life events, underlying schema and psychotic symptoms. In Morrison AP. (Eds), A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis. Hove: Brunner-Routledge, 2002.
- Broen W.E., Storms L.N. Lawful disorganization: The process underlying a schizophrenic syndrome // Psychol. Rev. 1966. V. 73.
- Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia // World psychiatry. 2006. V. 5 (4).
- Chadwick P, Lowe C. Measurement and modification of delusional beliefs // J Consulting and Clin Psychol 1990; 58: 225–32.
- Chadwick P. et al. Modifying delusions: the role of empirical testing // Behavior Therapy 1994; 25: 35–49.
- Chapman L.J. Breadth of Deficit Concepts used by Schizophrenic // J. of Abnormal and Social Psychology. 1957. V. 37.
- Ciampi L. Modellvorstellungen zum Zusammenwirken biologischer und psychologischer Faktoren in der Schizophrenie // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 1984. V. 52.
- Corrigan P. Cognitive Rehabilitation of Schizophrenia / M. Merlo, C. Perris, H. Brenner (Eds.) // Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen, 2002.
- Dickerson F.B. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies // Schizophr Res 2000; 43: 71–90.
- Drury V. et al. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 1. Impact on psychotic symptoms // B J Psychiatry 1996; 169: 593–601.
- Drury V. et al. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 2. Impact on recovery time // B J Psychiatry 1996; 169: 602–607.
- Drury V. et al. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial 3. Five-year follow up // B J Psychiatry 2000; 177: 8–14.
- Dudley R. et al. Techniques in cognitive behavioural therapy: using normalising in Schizophrenia // J Norwegian Psychological Association 2007; 44: 562–571.
- Fowler D. Morley S. The cognitive behavioural treatment of hallucinations and delusions: A preliminary study // Behav and Cog Psychother 1989; 17: 267–82.
- Galderesi S. Maj M., Mucci A., Cassano G., Invernizzi G., Rossi A., Vita A., Dell'Osso L., Daneluzzo E., Pini S. Historical, Psychopathological, Neurological and Neuropsychological Aspects of Deficit schizophrenia: a multicenter study // Am. J. Psychiatry. 2002. V. 159.
- Garety P. et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: II. Predictors of outcome // Br J Psychiatry 1997; 171: 420–6.
- Garety P. et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // Psychol Med 2001; 31: 189–195.
- Garety P. et al. Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial // British Journal of Psychiatry 2008; 192: 412–423.
- Gould R.A. et al. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis // Schizophr Res 2001; 48: 335–42.

37. Granholm E. et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia // *Am J Psychiatry* 2005; 162: 520–9.
38. Haddock G. et al. Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing or distraction? In: Haddock G., Slade P.D. (Eds). *Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge, 1996.
39. Haddock G. et al. Individual cognitive-behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions // *Clin Psych Review* 1998; 18: 821–838.
40. Harrison G. et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow-up study // *B J Psychiatry* 2001; 178: 506–517.
41. Hodel B., Brenner H. Therapies for information processing in schizophrenia: conceptual basis, present state, future directions / M. Merlo, C. Perris, H. Brenner (Eds.) // *Cognitive therapy with schizophrenic patients: The evolution of a new treatment approach*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen, 2002.
42. Hole R.W. et al. A cognitive investigation of schizophrenic delusions // *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes* 1979; 42: 312–9.
43. Huber G. Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen // *Nervenarzt*. B., 1983. Bd. 54. № 1.
44. Kern R., Horan W. Definition and Measurement of neurocognition and social cognition / V. Roder, A. Medalia (Eds.) // *Neurocognition and Social cognition in schizophrenia patients*. Basel-Freiburg-Paris-London-New-York, 2010.
45. Kingdon D. et al. Destigmatising schizophrenia: does changing terminology reduce negative attitudes? // *Psychiatric Bull* 2008; 32: 419–422.
46. Kingdon D., Turkington D. *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York, USA: Guilford Press, 2005.
47. Kuipers E. et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, 1: effects of the treatment phase // *Br J Psychiatry* 1997; 171: 319–27.
48. Kuipers E. et al. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III. Follow-up and economic evaluation at 18 months // *Br J Psychiatry* 1998; 173: 61–8.
49. Lacro J.P. et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 892–909.
50. Lewis S. et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes // *Br J Psychiatry* 2002; 181: 91–97.
51. Malik N. et al. Effectiveness of brief cognitive behavioural therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months // *J Clinical Psychiatry*, 2009; 70: 201–207.
52. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2002. Clinical guideline 1: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. London: NICE 2002.
53. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. An update of NICE Clinical guideline 1: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care: clinical guidance 82 [online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG82> [Accessed 03 April 2009].
54. Neuchterlein K., Goldsrein M., Ventura J., Davson M., Doane J. Beziehung zwischen Patient und Umwelt in der Schizophrenie: Informationsverarbeitung, Kommunikationsstörung, autonomes Arousal und belastende Lebensereignisse / W. Boeker, H. Brenner (Hrsg.) // *Schizophrenie als systematische Störung*. Bern, 1989.
55. Pinto A. et al. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia // *Psychiatry Serv* 1999; 50: 901–4.
56. Rector N., Beck A. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: an empirical review // *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 278–87.
57. Roberts G.A. Delusional systems and meaning in life – a preferred reality? // *Br J Psychiatry* 1991; 14: 20–9.
58. Roder V., Brenner H.D., Kienzle N., Hodel H. *Integratives psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten*. Weinheim, 1995.
59. Roder V., Medalia A. (Eds.). *Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment*. Basel-Freiburg-Paris-London-New-York: Karger, 2010.
60. Schakow D. Segmental Set: A Theory of the Formal Psychol. Deficit in Schizophrenia // *Arch. Of General Psychiatry*. 1962. V. 6. № 1.
61. Sensky T. et al. A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication // *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 165–72.
62. Tarrier N. et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia // *Br Med J* 1998; 317: 303–7.
63. Tarrier N. et al. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of schizophrenia: 12-month follow-up // *Br J Psychiatry* 1999; 174: 500–4.
64. Tarrier N. et al. Brief reports – Two-year follow-up of cognitive-behavioural therapy and supportive counselling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia // *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 917–22.
65. Tarrier N., Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? // *Behav Res Ther*. 2004; 42: 1377–1401.
66. Turkington D., Dudley R. *Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Schizophrenia* // *Expert Rev Neurotherapeutics* 2004; 4: 89–96.
67. Turkington D. et al. Cognitive Behavior therapy for schizophrenia // *Am J Psychiatry* 2006; 163: 365–373.
68. Wells A. *Cognitive Therapy Anxiety Disorders: a Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd, 1996.
69. Zimmermann G. et al. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis // *Schizophr Res* 2005; 77: 1–9.