

Методы коррекции нарушений социального познания при шизофрении*

Рычкова О.В.

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии», Москва, Россия

Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ: В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению нарушений социального познания у больных шизофренией. Существует множество эмпирических данных, свидетельствующих о значительных нарушениях социального познания при шизофрении (таких как нарушения распознавания эмоций, понимания социальных ситуаций, нарушений «модели психического» и др.). Способности из числа относящихся к социальному познанию имеют первостепенное значение для успешных межличностных контактов и общения пациентов с шизофренией, поэтому важно найти эффективные методы коррекции нарушений социального познания. Целью статьи стал обзор вариантов коррекционных программ, предназначенных для компенсации нарушений социального познания у больных шизофренией. Наш обзор предоставил повод для оптимизма в отношении этих вмешательств, показывая, что все подобные мишене-ориентированные вмешательства могут приводить к заметному улучшению навыков социального познания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: шизофрения, социальный интеллект, нарушения социального познания, социальная ангедония, социальная компетентность.

КОНТАКТ: rychkovao@bk.ru

Теоретические основы психологической коррекции при шизофрении

Развитие представлений о шизофрении привело к появлению в конце XX в. двух концепций, имеющих большое значение для построения программ психологической помощи больным. Первая концепция, концепция – нейрокогнитивного дефицита, возникла в результате появления большого числа эмпирических работ о нарушениях моторных и перцептивных процессов, пространственных функций, вербальной и невербальной памяти, общем дефиците контроля над деятельностью, затруднениях в ее произвольной регуляции, трудностях концентрации и распределения внимания у больных шизофренией. Результатом стало выделение нейропсихологических нарушений в качестве «третьей ключевой группы симптомов» шизофрении наряду с позитивными и негативными расстройствами [47]. Первоначально причиной подобных дефицитов считали болезненный процесс, что концептуально оформлено в идее о «нейротоксичности» шизофрении [76]. Позже когнитивные дефициты были выявлены у впервые заболевших шизофренией пациентов, у лиц с высоким риском развития шизофрении, а менее выраженные, но сходные по профилю неврологические и когнитивные нарушения обнаружили у близких родственников больных шизофренией [34, 36, 70]. Мягкие нейропсихологические нарушения стали интерпретировать как преморбидные, сцепленные с генетическими маркерами риска развития шизофрении, т. е. как проявления эндофенотипа, а шизофрения уверенно заняла свое место в числе расстройств «нейрокогнитивного» спектра [34].

Постепенно исследовательский фокус при изучении шизофрении стал смещаться в сторону выделения особых когнитивных нарушений, касающихся

социального познания (social cognition), к числу которых относятся следующие.

1. Многочисленные феномены нарушения и искажения восприятия лицевой экспрессии, эмоций других людей, парамимических проявлений, т. е. нарушения социальной перцепции, описаны у пациентов с расстройствами шизофренического спектра [59, 66, 69 и др.].

2. Затруднения в понимании больными шизофренией ситуаций социального взаимодействия, неумение пациентов предвидеть развитие таких ситуаций, дефициты необходимых для указанного прогнозирования сценариев, несформированность поведенческих навыков разрешения сложных социальных ситуаций; т. е. дефициты социальных или коммуникативных навыков, коммуникативной компетентности [13, 16, 44, 45].

3. В поисках механизмов нарушений социального познания при шизофрении западные исследователи привлекли оригинальный концепт theory of mind («модель психического»), обозначающий особую способность субъекта понимать состояние других людей, как и собственное. Исследования данной способности широко представлены в области изучения шизофрении и смежных расстройств, например, раннего детского аутизма [10, 17, 18, 30 и др.]. С позиций данного подхода утверждается, что при шизофрении и аутистических расстройствах страдают репрезентации умственных состояний, касающиеся распознавания и отслеживания как собственных намерений человека, так и намерений, мыслей, убеждений, которые он приписывает другим. В публикациях последнего времени для обозначения сходных феноменов – способности субъекта отслеживать как собственные мыслительные процессы, так и мыслительные процессы других людей – используется термин metacognition («мета-когниции»). Дефицит данной способности также установлен у больных с расстройствами шизофренического спектра [48, 49].

* Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского научного фонда (грант № 14-18-03461).

4. В последние годы внимание к способности распознавать, осознавать, учитывать при построении взаимодействия, а также регулировать эмоции нашло отражение в концепте «эмоциональный интеллект» (ЭИ) [50], в структуре которого предлагают выделять несколько причастных к распознаванию эмоций и регуляции эмоционального состояния блоков. Ценность подхода состоит в том, что он позволяет структурировать сложную область психологических феноменов, представленную эмоциями, чувствами. Исследования ЭИ при психопатологических состояниях ведутся за рубежом и в нашей стране, описаны нарушения ЭИ у больных с расстройствами шизофренического спектра [7, 15].

Существуют и иные близкие к перечисленным концепты, как-то автобиографическая память, трактуемая как механизм, обуславливающий дефициты социального познания и взаимодействия при шизофрении [28, 55], нарушения «прагматики речи», затрудняющие построения социального взаимодействия больными шизофренией [46, 54], «макиавеллизм» как особая способность манипулировать окружающими людьми для достижения своих целей, также дефицитная симптоматика при шизофрении [51, 71], иные.

Важно, что этап сбора данных о сложной феноменологии нарушений социального познания и социального функционирования у больных шизофренией позади. Пришло время интегративных концепций, вот почему термин *social cognition* («социальная когниция») стал так популярен [70]. При этом составляющие «социальной когниции» определяются по-разному в отношении обобщенности, глубины, детализированности описаний, включаемых эмпирических феноменов, а диагностируются также с помощью самого разного психодиагностического и клинического инструментария.

Нельзя не отметить возрастающий вклад нейронауки в изучение нейрокогнитивных процессов, обеспечивающих познание социальных объектов. В этой области был предложен нейропсихологический концепт *social brain* («социальный мозг»), претендующий на роль механизма, объясняющего специфику социального познания и поведения человека. В рамках данного направления проводятся систематические исследования в поисках структурной основы и нейрофизиологических механизмов процессов социального познания на материале испытуемых разного возраста, включая лиц, страдающих психопатологическими расстройствами, в том числе шизофренического спектра [8, 9].

Безусловно, основным методом лечения больных с шизофренией остается психофармакотерапия, но если позитивные симптомы хорошо поддаются воздействию нейролептиков, роль последних в преодолении негативных симптомов и когнитивных нарушений гораздо менее очевидна. Исследования последних лет свидетельствуют, что атипичные антипсихотические препараты (такие как оланзапин, рисперидон и клозапин) могут оказывать благоприятное влияние на негативные симптомы и когнитивные нарушения, в том числе на показатели внимания, беглости речи, но в отношении дефицитов социального познания данные о позитивном влиянии фармакотерапии неубедительны [4–6, 37, 38, 62]. Поэтому в практике психиатрической помощи больным

в западных странах большое внимание уделяется психологической коррекции и психотерапии, причем особенно активно эти методы используются для преодоления нарушений именно социального познания.

Варианты программ коррекции нарушений «social cognition»

Cognitive remediation therapy, или «когнитивная реабилитация» – одна из первых программ, направленных на преодоление нарушений процессов обработки информации (термин «когнитивная» здесь используется в академическом значении этого слова). Развившаяся на основе концепции нейрокогнитивного дефицита когнитивная реабилитация сейчас часто включается в планы широких реабилитационных программ, сочетается с другими видами воздействия, например с трудотерапией [20, 33, 79–81]. Программы содержат упражнения для тренировки памяти, внимания, так называемых исполнительских функций, объединенные в ряд модулей с постепенным усложнением необходимой для выполнения заданий деятельности – что важно для закрепления достигнутых положительных изменений функций и генерализации эффекта [21].

Создатели указанных программ рекомендуют исключать пациентов с выраженной продуктивной психосимптоматикой и тренировать те навыки, которые более страдают. Используется индивидуальная работа, частые и регулярные встречи с больными (до пяти занятий в неделю), нередко в сочетании с процедурами трудотерапии, подобранными таким образом, чтобы тоже развивать нарушенные способности. В интервенциях данного вида больше внимания уделяется когнитивным процессам как таковым, нежели содержанию мышления и деятельности, хотя последние могут учитываться. На сегодняшний день когнитивную коррекцию можно определить как общепризнанную, включаемую в реабилитационные программы, причем она хорошо сочетается с другими видами воздействия. Наиболее верифицировано влияние этого вида интервенций на собственно когнитивные процессы, хотя есть данные о вкладе в социальное познание и функционирование [52].

Широкую известность получила **Integrated psychological therapy (IPT)** – «интегративная психологическая терапия», названная так за ориентацию на улучшение широкого круга когнитивных и связанных с социальным познанием способностей, социальных навыков у больных шизофренией [22, 67]. Главная идея подхода – иерархия способностей: простые когнитивные навыки признаны фундаментом, над которым надстраивается социальное познание, более сложное, подверженное влиянием эмоций, переживаний, а потому особо уязвимое для нарушений, и уже на его основе строится сложное межличностное поведение, осуществляемое человеком. Социальное познание – медиатор между нейрокогнитивными нарушениями и социальным функционированием больных, поэтому навыки пациентов восстанавливаются поэтапно, снизу вверх. Программа IPT включает ряд модулей или подпрограмм.

1. Когнитивная дифференциация направлена на тренировку переключения и сосредоточения внимания, развитие навыка удержания вербальной инфор-

мации, в том числе с использованием мнемотехнических приемов, тренировку способности к легкости ассоциирования и точности при формировании понятий. Используются групповые упражнения, приемы методичного и последовательного обучения нужным навыкам.

2. Способности второй группы обеспечивают точное восприятие человеком эмоционального состояния окружающих в разных социальных ситуациях. Такое восприятие требует опознания мимического и парамимического сопровождения переживаемых другим человеком эмоций; для тренировки используются групповые упражнения, специальные материалы в виде слайдов, изображений социальных ситуаций.

3. Подпрограмма развития вербальной коммуникации и связанных с ней когнитивных процессов в качестве основы имеет техники активного слушания, тренировки точности понимания и интерпретации речи окружающих, обучение навыкам построения ответных реплик (очевидно, что для тренировки способностей этого модуля необходимы навыки, усвоенные или скорректированные в двух предыдущих подпрограммах).

4. Подпрограмма собственно социальных навыков предполагает развитие социальной компетентности в более широком смысле и строится на основе ролевых тренингов, разыгрывания участниками различных ситуаций, с последующим выходом в полевые условия и эмпирической проверкой новых стратегий поведения в социальной среде.

5. Подпрограмма обучения новым и эффективным стратегиям решения сложных межличностных проблем вводит алгоритм: расчленение проблемы на частные, мелкие, выделение этапов решения, постановка конкретных задач, выбор способов решения этих задач.

Каждая подпрограмма включает большое число специальных упражнений, выполняемых пациентами; упражнения градуированы по сложности, а их выполнение может быть сразу оценено. Структурированная групповая активность, интенсивная и предъявляющая высокие требования как к познавательным способностям, так и к уровню включенности и активности пациента, правильная логика построения работы, возможность тщательной оценки больного при подборе групп (с опорой на оценку уровня когнитивного функционирования), разработанные правила ведения группы привели к тому, что эффективность программ оказалась убедительной. В качестве частного момента была доказана значимость когнитивного функционирования как медиатора повышения социальной компетентности. Эмпирические данные свидетельствуют о большей частоте использования таких программ в амбулаторном звене помощи больным шизофренией, и о достижении тем более существенного улучшения состояния пациентов, чем более обширными по числу подпрограмм были интервенции [14, 35, 67].

Тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН) – оригинальная программа, предложенная отечественными учеными, ориентированная на работу с больными шизофренией и созданная на основе оригинальной модели нарушений когнитивной сферы при данном заболевании. Опираясь не только на работы западных исследователей, клиницистов и психотерапевтов, но и на недооцененные в период

их выхода труды отечественных ученых, посвященные различным аспектам нарушений социального познания при шизофрении [1, 3, 11, 12], авторы программы доказывают важность более широкого взгляда на коррекцию дефицита когнитивных и социальных навыков. По их мнению, необходим системный взгляд на нарушения психической деятельности при шизофрении, с поиском закономерностей возникновения нарушений и их стабилизации. Особое значение при этом уделяется личностным, мотивационным факторам нарушений когнитивной сферы, что отвечает традиции и методологическим разработкам отечественной патопсихологии [2].

Указанные положения отражены в подпрограммах, включенных в тренинг и содержащих не только направленные на тренировку внимания и памяти, но и подпрограмму, определенную как «Развитие коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации» [13]. Последняя подпрограмма обеспечивает улучшение рефлексивной составляющей мышления, часто страдающей у больного шизофренией [12], корректирует мотивационную направленность. Логичным продолжением такой работы становятся техники, последовательно направленные на тренировку «социального восприятия», «вербальной коммуникации», «социальных навыков»; перечисленные группы упражнений составляют содержание соответствующих подпрограмм. Завершает программу «эмоциональная саморегуляция», позволяющая перейти к личности больного, что служит основой для закрепления достигнутого в тренинге улучшения когнитивного и социального функционирования.

Cognitive Enhancement Therapy (CET), или «когнитивная улучшающая терапия», соединила приемы тренинга когнитивных процессов на основе компьютерных технологий и тренинга социального познания [19, 41, 42]. Основой построения программы стал «принцип мастерства», когда навыки тренируются до тех пор, пока не будут удовлетворительно отработаны. Показания для проведения этого относительно сложного вида психологической коррекции есть у пациентов с шизофренией, находящихся в ремиссии, не имеющих коморбидных наркологических заболеваний, без признаков значительного интеллектуального снижения (IQ не менее 80). В основу программы CET были положены принципы нейропсихологической реабилитации пациентов с травматическими локальными поражениями головного мозга, поэтому CET учитывает характер нарушений познавательных процессов и присущий пациенту патологически измененный когнитивный стиль. Последний может быть обедненным, дезорганизованным (хаотичным) или ригидным и по-разному нарушает процессы переработки информации; для каждого случая этот стиль должен быть изменен по-своему. Программы тренинга позволяют подходить к улучшению функций индивидуально: при обедненном типе восприятия направить усилия на то, чтобы дорабатывать подобные упрощенные схемы до более полного, «выпуклого» видения социальных объектов. Лиц с хаотичным когнитивным стилем CET позволяет научить фокусироваться на главном, удерживать внимание на основной линии рассуждений, планировать дальнейшие действия. Наконец, для лиц с ригидным когнитивным стилем обучение концентрируется на генерировании

альтернатив, достижении большего разнообразия и гибкости суждений [41].

Разработчики программы полагают главным в ней развитие способности к метапознанию («*meta-cognition*»), т. е. навыков рефлексии и произвольности, но параллельно тренируются и более простые навыки внимания, памяти, скоростные и динамические параметры деятельности [40]. В среднем программа включает 75 часовых индивидуальных занятий с использованием компьютерных технологий и 56 групповых сессий длительностью по 90 минут. Групповые и индивидуальные занятия сочетаются, что дает возможность отрабатывать на основе постепенно улучшающихся нейрокогнитивных функций более сложные навыки из числа социально-когнитивных и обеспечивающих социальное взаимодействие. Исследования показали, что СЕТ приводит к значимому улучшению показателей нейропсихологических и показателей социального функционирования у больных [29, 39].

Social cognition enhancement training (SCET)

более прицельно направлена на улучшение социального функционирования больных, и предполагает, по мнению авторов, отбор пациентов без психотической симптоматики и коморбидных наркологических заболеваний [26]. В ходе проведения 36 занятий по 90 минут каждое в режиме два раза в неделю пациенты обучаются правильно оценивать социальные ситуации, понимать намерения и состояния других людей (*theory of mind*), видеть перспективы взаимодействия. Здесь также использован принцип постепенного усложнения заданий, и весь курс разделен на три уровня: элементарный, средний и высокий. В качестве материала используются оригинальные компьютерные программы на основе мультимедиа, где задача опознания эмоций или понимания намерения персонажа решается в контексте конкретной социальной ситуации, а участники могут также обсудить возникшие у них версии и варианты стратегического разрешения сложных социальных ситуаций. Поскольку данный вид коррекционной работы внедряется недавно, оценки его эффективности имеют предварительный характер.

Особое место занимает когнитивно-бихевиоральная психотерапия психотических расстройств (**Cognitive-behavioral therapy – CBT**). Получившая широкую известность как метод лечения аффективных расстройств, СBT должна была рано или поздно обратиться к помощи больным из других клинических групп. Не имея возможности подробно изложить историю становления данного варианта терапии, укажем, что на сегодняшний день она хорошо зарекомендовала себя для разных категорий больных шизофренией, и с помощью модифицированных техник СBT удается справляться даже с продуктивными симптомами [25, 31, 72–74]. Работа с глубинными убеждениями пациентов позволяет уменьшить интенсивность галлюцинаторной и бредовой продукции, уменьшить выраженность сопутствующей депрессии, переживаемого стресса и усилить приверженность психофармакотерапии у больных шизофренией [75]. Есть также данные об уменьшении выраженности негативной симптоматики с помощью СBT [65]. Заметим, что СBT не ориентирована непосредственно на улучшение навыков социального познания, но, обращаясь к личности пациента, она

использует те личностные факторы, которые значимо влияют на социальное познание. Это касается убеждений пациентов (в том числе параноидных), мотивации (включая причастную коммуникации), когнитивных схем и убеждений, описывающих межличностный контекст – как его видит пациент. Недостатками СBT в сравнении с иными коррекционными программами являются индивидуальный формат, невозможность унификации процедур, а потому затратность. В качестве основных компонентов СBT можно выделить:

- установление терапевтического альянса, мотивирование на работу и удержание в терапии;
- развитие копинг-стратегий, в том числе приемов совладания с симптомами заболевания;
- переработку опыта психоза: оценку бредовых убеждений пациента и поиск альтернативных объяснительных моделей событий, при необходимости – психообразование пациента;
- работу с продуктивными симптомами и преодоление типичных логических ошибок больных;
- преодоление депрессии и иных симптомов сопутствующих аффективных расстройств, заниженной самооценки, самостигматизации;
- формирование навыков регуляции своего состояния и преодоления рецидива психоза.

Данные о применении СBT и ее эффектах выглядят убедительными, подтверждены мета-обзорами [63, 65, 73], хотя для отечественных авторов сама постановка задачи психотерапевтического воздействия на продуктивные симптомы выглядит до настоящего времени экзотичной.

Более лаконичным вариантом психотерапии следует признать **Personal therapy for schizophrenia (PT)**, или ориентированную на личность психотерапию [43]. Основной целью РТ является идентификация стрессовых влияний с последующим изменением восприятия стрессоров и превенцией рецидивов заболевания; вариант пригоден для пациентов в ремиссии. Создатели указанной психотерапии акцентируют важную роль фактора социальной поддержки для благополучия пациентов, отмечают важность достижения удовлетворительной социальной адаптации больных. Поэтому на начальном этапе терапии, после установления прочного альянса, пациенту предлагается в доступной форме психообразовательный блок, дающий представление о том, что с ним происходит, каковы признаки заболевания, его варианты, что значит переживание стресса и каковы способы копинга со стрессом. Затем, при постоянном поддержании ремиссии, пациента обучают навыкам совладания с сохраняющимися симптомами (негативными, аффективными), а также развивают навыки, необходимые для социальной жизни, поддержания отношений с близкими (тренинг социальных навыков, навыков уверенного поведения, иных), и навыки саморегуляции (в том числе релаксации). На завершающей фазе РТ актуализируют сложные социальные навыки (разрешения конфликтов, решения проблемных ситуаций), а при возможности восстанавливают профессиональные навыки больного.

В последние годы предложена программа **Functional cognitive-behavioral therapy (FCBT)**, т. е. программа функциональной когнитивно-бихевиоральной терапии, отражающая существующую тенденцию к технологизации психотерапии, постро-

ению четких краткосрочных и мишене-ориентированных форматов интервенций [23]. Данный вариант описан как «краткосрочная индивидуализованная психотерапия пациентов с расстройствами шизофренического спектра, направленная на преодоление остаточных симптомов, препятствующих функционированию больных, особенно – социальному» [60]; заметим, что задача превенции рецидива здесь не обозначена как основная. Частота сессий – 16 еженедельных, и на завершающем этапе – 4 сессии через две недели. Фокусы лечения в начальный период обычные – установление и поддержание контакта. Однако в дальнейшем предлагается осуществлять более прицельные интервенции для преодоления тех установок, барьеров, которые препятствуют коммуникациям пациента, включая симптомы бреда, нарушения восприятия, малоадаптивные копинг-стратегии (избегания, уклонения от контактов, пассивности, иные). В противовес традиционной когнитивно-бихевиоральной психотерапии, здесь предполагается более высокая активность психотерапевта, например, при проведении психообразования пациента или планировании мероприятий по улучшению социального функционирования. Первые данные об эффективности такого варианта психотерапии обнадеживающие, но исследователи признают необходимость дальнейшего развития техник [24].

Указанная выше тенденция к технологизации обусловила возникновение и такого лаконичного вида психологической коррекции, как тренинг распознавания эмоций – **Training of affect recognition (TAR)** [78]. Из названия программы очевиден ее основной фокус, а обучение предлагается проводить в небольших по числу участников группах (например, один терапевт работает с двумя пациентами), что возможно организовать как для находящихся в условиях стационара больных, так и при амбулаторном ведении. Оптимальна работа с пациентами без значительной активной психосимптоматики, проводимая краткими сессиями (по 45 минут) два или более раз в неделю, общим числом 12 сессий. В работе активно используются компьютерные технологии, позволяющие как оценивать состояние способности пациента к распознаванию различных эмоций, так и тренировать эту способность. Данные эмпирической проверки эффектов рассматриваемого варианта коррекции свидетельствуют не только об улучшении способности больных шизофренией распознавать эмоции, но и о генерализации данного эффекта с постепенным улучшением показателей по другим параметрам социального познания, таким как *theory of mind*, социальная компетентность и социальное функционирование в целом [77]. Эффекты подобных тренинговых программ подтверждают и данные нейронаук [64].

Высоко специализированной программой является также когнитивно-бихевиоральный тренинг социальных навыков – **Cognitive-behavioral social skills training (CBSST)** [53]. Этот вариант тренинга опирается на традиционную когнитивно-бихевиоральную психотерапию и на широко известный и используемый для разных категорий реципиентов (отнюдь не только в клинической практике) тренинг социальных навыков. CBSST был предложен для пациентов с серьезными психическими расстройствами (включая шизофрению) в возрасте второй половины жизни, поскольку для таких больных совершенствование на-

выков социального познания и поведения наталкивается на дополнительное сопротивление, связанное с рядом причин. В числе последних не только утрата обучаемости и гибкости, присущих лицам молодого возраста, но и предубеждение в отношении психотерапии, часто наблюдаемое у лиц старшего возраста, разочарование в возможностях изменения своего состояния, а также накопление связанных с возрастом и длительным лечением проблем (госпитализм, патологические привычки, лишний вес, ухудшение физического состояния и др.).

Программа предполагает развитие поведенческих навыков, необходимых для поддержания у больного мотивации на лечение и поведения, связанного с выполнением врачебных рекомендаций (включая организацию приема медикаментов пациентом), на оптимизацию его контакта со специалистами, а также формирование навыков саморегуляции и управления симптоматическим поведением (через анализ состояния, обнаружение сигналов приближающегося обострения), и расширение арсенала средств совладания со стабильными резидуальными симптомами заболевания. CBSST состоит из ряда относительно независимых модулей, что позволяет компоновать программу с учетом запросов и нужд конкретного больного, и относится к краткосрочным интервенциям – обобщается 12 еженедельных сессий. Результаты оценки эффективности свидетельствуют о значимом росте мотивации к лечению, уровня самоуважения и удовлетворенности жизнью у больных и о возможности включать такой вид интервенций в более широкие реабилитационные программы [32, 82].

Social Cognition and Interaction Training (SCIT), или тренинг социального познания и межличностного взаимодействия, является еще одной высоко специализированной программой. Этот тренинг создан группой канадских ученых, признанных в мире в качестве авторитетов в области нарушений социального познания при шизофрении [61, 70]. Интервенции адресованы больным шизофренией, включая обнаруживающих симптоматику параноидного круга, и предполагают компенсацию нарушений восприятия эмоций, сложных социальных ситуаций, дефицитов «модели психического», работу с искаженным атрибутивным стилем, достижение большей гибкости при восприятии социально-релевантных стимулов. Сессии данного вида интервенций групповые, длительностью около часа, до трех раз в неделю, общим числом в пределах 20. Создатели считают необходимым обучение больных правильному опознанию эмоций другого человека, при этом используется собственный опыт переживания больного, а также обучение навыкам распознавания невербальных признаков эмоционального состояния; анализ стиля приписывания причинности событий (каузальной атрибуции), присущего пациентам, в том числе манеры делать скороспелые выводы на основе субъективных допущений, не подвергая их логической или иной проверке (такой тип ошибок определяют как *jumping to conclusions*, или «прыжок к выводу», и часто обнаруживают у больных с расстройствами шизофренического спектра). Важно также интегрировать получаемые в ходе занятий знания в повседневный опыт пациента, для чего проводятся отдельные сессии на заключительном этапе. Оценка эффективности уверенно свидетельствует об улучшении всех показателей социального познания у больных с расстройст-

вами шизофренического спектра после проведения такого тренинга [27].

Предлагается для проведения с больными шизофренией и так называемый метакогнитивный тренинг – **Metacognitive training (MCT)** [57]. Создатели MCT полагают возможным через последовательное психообразование пациентов дать им представления об основных закономерностях искажений восприятия социально-релевантной информации (психообразование здесь включает не только и не столько теоретические модели, сколько многочисленные примеры таких искажений). Следующий пункт – доказательство негативных последствий подобных логических ошибок и предубеждений. Психотерапия проводится в группе, и появляется возможность использования примеров из личного опыта больных, причем очень важна атмосфера – игровая и ироничная, в этом случае работают техники мягкого оспаривания.

Поскольку MCT создается в последние годы, авторы могут опираться на изрядное число данных о специфических нарушениях социального познания при расстройствах шизофренического спектра и позиционировать свой метод как патогенетический, наиболее приближенный к специфическим когнитивным нарушениям пациентов данной группы. В числе используемых для построения интервенций данных названы все нарушения социального познания, приведенные нами выше, в начале настоящей статьи, а также представления об изменениях личности и идентичности больных шизофренией, их самосознания. Данные об эффективности выглядят оптимистично, причем подчеркивается, что указанный вариант психотерапии можно сочетать с другими, например, с более индивидуализированными программами [56].

Заключение

Проведенный анализ свидетельствует не только о наличии большого числа различных программ психологической коррекции и психотерапии, направленных на преодоление нарушений социального познания при расстройствах шизофренического спектра, но и о значительной неоднородности предлагаемых интервенций. Вплоть до сегодняшнего дня можно видеть все новые предлагаемые различными исследовательскими группами варианты; в числе последних назовем **Combining Computerized Social Cognitive Training with Neuroplasticity-Based Auditory Training in Schizophrenia** [68] и **Online Social Cognitive Training Program** [58], предназначенные для больных шизофренией молодого возраста и опирающиеся на современные компьютерные технологии. Такое обилие инструментария психологической коррекции имеет как отрицательные, так и положительные стороны. Трудности сопоставления программ и выбора оптимальной для конкретного пациента программы уравниваются широким арсеналом используемых средств, а весьма неплохая эффективность многих интервенций, доказанная в эмпирических исследованиях, свидетельствует о высоком потенциале развития данного направления коррекционной работы. Полагаем, что настоящий обзор даст дополнительный импульс интересу отечественных ученых и практиков к психологической коррекционной работе с больными шизофренией и в перспективе позволит развивать и совершенствовать реабилитационное направление в психиатрии, столь востребованное пациентами и их родственниками.

Список литературы

1. Елигулашвили Е.И. Роль общения в процессе взаимодействия личности с реальностью: дисс. ... канд. псих. наук. – Тбилиси, 1982. – 170 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986.
3. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986. – № 12. – С. 1831–1836.
4. Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С.Н. Мосолова. М., 2012.
5. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 4–11.
6. Мосолов С.Н., Кабанов С.О., Сулимов Г.Ю. Коррекция нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией при длительной антипсихотической терапии // Новые достижения в терапии психических заболеваний / под ред. С.Н. Мосолова. – М., 2002. – С. 110–126.
7. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: авт. дисс. ... канд. псих. наук. – М., 2010. – 34 с.
8. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии: в 2 ч. – Ч. II: Концепция «социальный мозг»: структурные компоненты и связь с психопатологией // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 4. – С. 86–95.
9. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии: в 2 ч. – Ч. I: Концепция «Социальный мозг» – продукт современной нейронауки // Культурно-историческая психология. – 2012. – № 3. – С. 86–94.
10. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека. – М.: И-т психологии РАН, 2009. – 415 с.
11. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: дисс. ... канд. псих. наук. – М., 1984. – 177 с.
12. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дисс. ... канд. псих. наук. – М., 1983. – 219 с.
13. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Соц. и клин. психиатрия. – 2007. – Т. 17 (4). – С. 67–76.
14. Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // Br J Psychiatry. – 2006. – Vol. 189 (4). – P. 373–378.
15. Aguirre F., Sergi M.J., Levy C.A. Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy // Sch Res. – 2008. – Vol. 104 (1–3). – P. 255–264.
16. Andreasen N.C., Grove W.M. Thought, language and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis // Sch Bull. – 1986. – Vol. 12 (3). – P. 348–359.
17. Baron-Cohen S., Belmonte M.K. Autism: A window onto the development of the social and the analytic brain // Annual Rev Neuroscience. – 2005. – Vol. 28. – P. 109–126.
18. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a 'theory of mind'? // Cognition. – 1985. – Vol. 21. – P. 37–46.
19. Bell M., Bryson G., Greig T., Fiszdon J., Wexler B. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups // J Rehabil Res Dev. – 2005. – Vol. 42. – P. 829–838.
20. Bellack A.S., Gold J.M., Buchanan R.W. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects and strategies // Sch Bull. – 1999. – Vol. 25. – P. 257–274.
21. Benedict R., Harris A., Markow T. et al. Effects of attention training on information processing in schizophrenia // Sch Bull. – 1994. – Vol. 20 (3). – P. 537–546.
22. Brenner H., Hodel B., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia // Sch Bull. – 1992. – Vol. 18 (1). – P. 21–26.
23. Cather C. Functional cognitive-behavioral therapy: A brief, individual treatment for functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia // Canadian J Psychiatry. – 2005. – Vol. 50. – P. 258–263.
24. Cather C., Penn D., Otto M. et al. A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia // Sch Res. – 2005. – Vol. 74. – P. 201–209.
25. Chadwick P., Birchwood M., Trower P. Cognitive Therapy of Voices, Delusions and Paranoia. – Chichester: Wiley, 1996.
26. Choi K., Kwon J. Social-Cognition Enhancement Training for Schizophrenia: A Preliminary Randomized Controlled Trial // Comm Ment Health J. – 2006. – Vol. 42 (2). – P. 177–187.
27. Combs D., Adams S., Penn D. et al. Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: Preliminary findings // Sch Res. – 2007. – Vol. 91. – P. 112–116.
28. Corcoran R., Frith C.D. Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia // Psychol Med. – 2003. – Vol. 33. – P. 897–905.
29. Eack S., Hogarty G., Greenwald D. et al. Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects // Sch Res. – 2007. – Vol. 89. – P. 308–311.
30. Frith U. Cognitive explanations of autism // Lee K. (ed.) Childhood cognitive development: The essential readings. – Malden, MA: Blackwell, 2000. – P. 324–337.

31. Garety P., Fowler D., Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms // *Sch Bull.* – 2000. – Vol. 6. – P. 73–86.
32. Granholm E., Holden J., Link P. et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older consumers with schizophrenia: defeatist performance attitudes and functional outcome // *Am J Geriatr Psychiatry.* – 2013. – Vol. 21 (3). – P. 251–262.
33. Green M.F. Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? // *Am J Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150. – P. 178–187.
34. Green M.F. Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness. – Boston: Allyn & Bacon, 1998.
35. Green M.F., Kern R.S., Heaton R.K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS // *Schizophr Res.* – 2004. – Vol. 72. – P. 41–51.
36. Green M.S., Nuechterlein K. Should schizophrenia be treated as a neurocognitive disorder? // *Sch Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 309–320.
37. Harvey P., Patterson T., Potter L. et al. Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: A randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning // *Am J Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163. – P. 1918–1925.
38. Hasan A., Falkai P., Wobrock T. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects // *World J Biol Psychiatry.* – 2013. – Vol. 14 (1). – P. 2–44.
39. Hogarty G., Flesher S., Ulrich R. et al. Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia: Effects of a 2-Year Randomized Trial on Cognition and Behavior // *Arch Gen Psychi.* – 2004. – Vol. 61 (9). – P. 866–876.
40. Hogarty G., Flesher S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia // *Sch Bull.* – 1999. – Vol. 25 (4). – P. 677–692.
41. Hogarty G., Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia // *Sch Bull.* – 1999. – Vol. 25 (4). – P. 693–708.
42. Hogarty G., Greenwald D., Eack S. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy // *Psychiatric Services.* – 2006. – Vol. 57. – P. 1751–1757.
43. Hogarty G., Kornblith S., Greenwald D. et al. Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia // *Sch Bull.* – 1995. – Vol. 21. – P. 379–393.
44. Kymäläinen J.A., de Mamani A.G. Expressed emotion, communication deviance, and culture in families of patients with schizophrenia: a review of the literature // *Cult Divers Ethnic Minor Psychol.* – 2008. – Vol. 14 (2). – P. 85–91.
45. Langdon R., Coltheart M., Ward P.B., Cats S.V. Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading // *Psychol Med.* – 2002. – Vol. 32. – P. 1273–1284.
46. Langdon R., Davies M., Coltheart M. Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia // *Mind Lang.* – 2002. – Vol. 17. – P. 68–104.
47. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? // *Rev Psychiatr Neurosci.* – 2004. – Vol. 29 (2). – P. 102–113.
48. Lysaker P.H., Hasson-Ohayon I. Metacognition in schizophrenia: Introduction to the special issue // *Isr J Psychiatry Relat Sci.* – 2014. – Vol. 51. – P. 4–7.
49. Lysaker P.H., Leonhardt B.L., Pijnenborg M. et al. Metacognition in schizophrenia spectrum disorders: Methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function // *Isr J Psychiatry Relat Sci.* – 2014. – Vol. 51. – P. 54–62.
50. Mayer J.D., Salovey P. What is emotional intelligence? // Salovey P., Sluyter D. (eds.). *Emotional development and emotional intelligence: educational applications.* – New York: Basic Books, 1997. – P. 3–31.
51. Mazza M., De Risio A., Tozzini C. et al. Machiavellianism and theory of mind in people affected by schizophrenia // *Brain and Cognition.* – 2003. – Vol. 51. – P. 262–269.
52. McGurk S., Twamley E., Sitzer D. et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia // *Am J Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164. – P. 1791–1802.
53. McGuire J., Granholm E., McClure F. et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia // *J Psychother Res.* – 2000. – Vol. 9. – P. 149–156.
54. Melijon S.R., Kasher A., Elizar A. Language Performance in Chronic Schizophrenia: A Pragmatic Approach // *J Speech, Language, Hearing Research.* – 2004. – Vol. 47. – P. 695–713.
55. Morise C., Berna F., Danion J.M. The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia // *Sch Res.* – 2011. – Vol. 128 (1–3). – P. 156–160.
56. Moritz S., Vitzthum F., Randjbar S. et al. Detecting and defusing cognitive traps: meta-cognitive intervention in schizophrenia // *Curr Opin Psychi.* – 2010. – Vol. 23. – P. 561–569.
57. Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention // *Curr Opin Psychiatry.* – 2007. – Vol. 20. – P. 619–625.
58. Nahum M., Fisher M., Loewy R. et al. A novel, online social cognitive training program for young adults with schizophrenia: A pilot study // *Sch Res: Cognition.* – 2014. – Vol. 1 (1). – P. 11–19.
59. Penn D., Combs D., Ritchie M. et al. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficits models // *J Abn Psychol.* – 2000. – Vol. 109. – P. 512–516.
60. Penn D., Mueser K., Tarrier N. et al. Supportive therapy for schizophrenia: Possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments // *Sch Bull.* – 2004. – Vol. 30. – P. 101–112.
61. Penn D., Roberts D., Combs D., Sterne A. The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorder // *Psychiat Serv.* – 2007. – Vol. 58. – P. 449–451.
62. Penn D.L., Keefe R., Davis S. et al. The effects of antipsychotic medications on emotion perception in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial // *Sch Res.* – 2009. – Vol. 115. – P. 17–23.
63. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. et al. Psychological treatments in schizophrenia, I: Meta-analysis of family interventions and cognitive-behaviour therapy // *Psychol Med.* – 2002. – Vol. 32. – P. 763–782.
64. Popova P., Popov T.G., Wienbruch C. et al. Changing facial affect recognition in schizophrenia: Effects of training on brain dynamics // *NeuroImage: Clinical.* – 2014. – Vol. 6. – P. 156–165.
65. Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review // *J Nervous Mental Dis.* – 2001. – Vol. 189. – P. 278–287.
66. Roder V., Medalia A. Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment / Karger Publishers. – 2010. – 178 p.
67. Roder V., Mueller D., Mueser K., Brenner H. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? // *Sch Bull.* – 2006. – Vol. 32 (1). – P. 81–93.
68. Sacks S., Fisher M., Garrett C. et al. Combining Computerized Social Cognitive Training with Neuroplasticity-Based Auditory Training in Schizophrenia // *Clin Sch Relat Psychoses.* – 2013. – Vol. 7 (2). – P. 78–86.
69. Schneider F., Gur R., Koch K. et al. Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia // *Am J Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163. – P. 442–447.
70. Corrigan P.W., Penn D.L. (eds). *Social Cognition and Schizophrenia.* – Washington, DC: APA, 2001. – 327 p.
71. Sullivan R.J., Allen J.S. Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism // *Acta Psych Scand.* – 1999. – Vol. 99. – P. 148–154.
72. Tarrier N. Behavioural Psychotherapy and Schizophrenia: The Past, the Present, and the Future // *Behav Psychother.* – 1991. – Vol. 19 (1). – P. 121–130.
73. Tarrier N., Wykes T. Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? // *Behav Res Therapy.* – 2004. – Vol. 42. – P. 1377–1401.
74. Tarrier N., Yusupoff L., Kinney C. et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia // *Br Med J.* – 1998. – Vol. 317. – P. 303–307.
75. Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia // *Am J Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163. – P. 365–373.
76. Weinberger D.R., McClure R.K. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? // *Arch Gen Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59 (6). – P. 553–558.
77. Wölwer W., Frommann N. Social-cognitive remediation in schizophrenia: generalization of effects of the Training of Affect Recognition (TAR) // *Sch Bull.* – 2011. – Vol. 37 (2). – P. 63–70.
78. Wölwer W., Frommann N., Halfmann S. et al. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program // *Sch Res.* – 2005. – Vol. 80. – P. 295–303.
79. Wykes T., Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – Cognitive Remediation therapy (CRT)? // *Clin Psychol Review.* – 2001. – Vol. 21 (8). – P. 1227–1256.
80. Wykes T., Reeder C., Corner J. et al. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. // *Schizophr Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 291–307.
81. Wykes T., Reeder C., Williams C. et al. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia // *Schizophr Res.* – 2003. – Vol. 61. – P. 163–174.
82. <http://www.cbssst.org> – это не литература!

Methods of psychological correction of social cognition's deficits in schizophrenia

Rychkova O.V.

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

SUMMARY: During the last decades in the foreign literature indicates the growing interest in the study of the social cognition's deficits in schizophrenia. A wealth of evidence has revealed that deficits in social cognitive skills (including facial affect recognition, social cue perception, Theory of Mind, and others) are evident in schizophrenia. Because intact social cognitive skills are vital for negotiating successful interpersonal interactions and are deficient in many individuals with schizophrenia, it is important to identify treatment methods that can effectively remediate impaired social cognition. The purpose of this article was to conduct a review of the types of training offered to people with schizophrenia in order to help them develop strategies to cope with or compensate for social cognition's deficits. Our review has provided reason for optimism regarding these interventions, showing that all reviewed «targeted» social cognitive training programs demonstrate that social cognition's deficits can be ameliorated.

KEY WORDS: schizophrenia, social cognitive deficits, psychological therapy, cognitive-behavioral therapy, social skills training, social cognitive training program.

CONTACTS: rychkovao@bk.ru